

**T.C**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AMELİYAT SONRASI HASTALARIN AYAĞA KALKMA**  
**DURUMLARININ İNCELENMESİ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**  
**Rasima MAHMUDOVA**

**DANIŞMAN**  
**Yrd.Doç.Dr. Yelda CANDAN DÖNMEZ**

**İZMİR**

**2018**

**T.C**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AMELİYAT SONRASI HASTALARIN AYAĞA KALKMA**  
**DURUMLARININ İNCELENMESİ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**  
**Rasima MAHMUDOVA**

**DANIŞMAN**  
**Yrd.Doç.Dr. Yelda CANDAN DÖNMEZ**

**İZMİR**  
**2018**

**TEZ DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ**

**Başkan:**

**Yrd. Doç.Dr. Yelda CANDAN DÖNMEZ (Danışman)**

.....  
.....

**Üye :**

**Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GIERBERGEN**

.....  
.....

**Üye :**

**Doç. Dr. Emel YILMAZ**

.....  
.....

**Yüksek Lisans Tezinin Kabul Edildiği Tarih:17.01.2018**

## ÖNSÖZ

*Bu tez çalışması T.C Sağlık Bakanlığı Balıkesir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde yapılmıştır.*

*Yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgi ve deneyimleri ile bana yön veren, her konuda desteğini ve ilgisini esirgemeyen, mesleki kişiliğimin gelişiminde büyük emekleri olan, tezimin her aşamasında eşsiz katkılar sunan, kendisini örnek aldığım, değerli hocam ve danışmanım Yrd.Doç.Dr.Yelda CANDAN DÖNMEZ'e, yüksek lisans savunma sınavında jürilerden Prof.Dr.Meryem YAVUZ VAN GIERSBERGEN'e, Doç.Dr.Emel YILMAZ'a ve T.C. Sağlık Bakanlığı Balıkesir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde görevli bütün hemşirelere ve her zaman yanımda olan ve destekleyen anneme, Gulchohra MAHMUDOVA'ya teşekkürlerimi sunarım.*

**Rasima MAHMUDOVA**

**İzmir-2018**

## ÖZET

### AMELİYAT SONRASI HASTALARIN AYAĞA KALKMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Ameliyat sonrası hastaların ayağa kalkma durumlarının incelenmesi amacıyla planlanan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırma evrenini, Balıkesir ilinde T.C Sağlık Bakanlığı Balıkesir Devlet Hastanesinde Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında Genel Cerrahi Kliniğinde yatan ve kolesistektomi (açık laparoskopik) ameliyatı olan hastalar oluşturdu. Araştırma örneklemine Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında Balıkesir ilinde T.C Sağlık Bakanlığı Balıkesir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde yatan açık ve laparoskopik yöntemle kolesistektomi ameliyatı olan, araştırma sınırlılıklarına uyan 206 hasta dahil edildi. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hastaların sosyodemografik özellikleri, ameliyat sonrası ayağa kalkma durumları ve ayağa kalkma durumlarını etkileyen etmenlere yönelik toplam 38 sorudan oluşan soru formu kullanılarak toplandı. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanıldı.

Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama, minimum, maksimum, standart sapma, fisher's exact test, paired samples t testi, ki-kare testi ile SPSS 18.0 version (Statistical Package For Social Scientists) paket programı kullanıldı.

Araştırma verilerine göre; hastaların yaş ortalamaları  $51.34 \pm 12.56$  ve min-max değerleri 18.00-65.00 olduğu, hastaların %35.9'unun 60-65 yaş grubundan, %51.0'mın kadın olduğu, %89.8'inin evli olduğu, %58.7'sinin ilkökul mezunu, %44.7'sinin ev hanımı, %93.7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %67.0'mın kronik hastalığın olmadığı, %20.4'ünün hipertansiyon hastası olduğu, %67.5'inin ilaç kullanmadığı, %20.4'ünün antihipertansif ilaç kullandığı, %44.2'sinin hafif egzersiz, %63.1'inin daha önce ameliyat olduğu ve hastaların %79.6'sının laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olduğu bulundu. Hastaların %61.7'sinin 31-60 dakikalar arasında ameliyatın sürdüğü, %85.9'unun 0-12 saatleri arasında ameliyattan çıktığı, %96.6'sının 0-12 saatler arasında yoğun bakımda kaldıkları, %72.8'sinin 7-12 saatler arasında aç kaldıkları, %94.2'sinin idrar kateteri olmadığı, ve %73.8'inin dren olmadığı, %99.0'ının parenteral sıvı tedavisi aldığı saptandı.

Hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası yaşam bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. Araştırma kapsamına alınan hastaların, erken ayağa kalkma ile abdominal distansiyon değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p>0.05$ ). Araştırma kapsamına alınan hastaların, ilk ayağa kalkma ile ağrı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ). Araştırma kapsamına alınan hastaların, ilk ayağa kalkma ile ameliyat tipi arasında istatistiksel olarak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Araştırma kapsamına alınan hastaların, ilk ayağa kalkma ile bulantı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar; ayağa kalkmanın yaşam bulguları üzerinde etkili olduğu, fakat ayağa kalkmanın abdominal distansiyon, konstipasyon, ağrı durumu, ameliyat tipi, bulantı durumu üzerinde etkili olmadığı bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Kolesistektomi, ameliyat sonrası dönem, erken ayağa kalkma.

## ABSTRACT

### THE INVESTIGATION OF STANDING CONDITIONS OF PATIENTS AFTER SURGERY

In this study, the investigation of standing conditions of patients after surgery planned. Two hundred-six(206) patients who underwent cholecystectomy surgery in the Balikesir State Hospital between February 2017-June 2017 were found eligible and included in the study. Data were collected with questionnaire technique between the dates of February 2017- June 2017.

The data were collected by using the questionnaire consisting of 38 questions about the sociodemographic characteristics of the patients developed by the researcher according to the literature and the factors affecting post-operative ambulation and ambulation factors. face-to-face interviewing was used to collect the data.

In evaluating the data; Number, Percentage, Mean, Minimum, Maximum, Standard Deviation, Fisher's Exact test, Paired Samples t test, chi-square test was assessed using the SPSS 18.0 version (Statistical Package for Social Scientists).

According to research data; it was found that there was a statistically significant difference between the pre-ambulation and post-ambulation survival data of the patients. There was no statistically significant difference between abdominal distension values and early leg elevation of the patients included in the study ( $p>0.05$ ).

According to research data; the mean age of the patients was  $51.34 \pm 12.56$  and the min  $\pm$  max values were  $18.00 \pm 65.00$ , 35.9% of the patients were in the 60-65 age group, 51.0% were female, 89.8% were married, 58.7% were primary school graduates and 44.7% were housewife, 67.5% had not use medication, 20.4% had used antihypertensive drugs, 44.2% did exercise , 63.1% had previously surgery, and 79.6% of the patients had undergone laparoscopic cholecystectomy. It was found that 61.7% of the patients had surgery period between 31-60 minutes, 85.9% had left the operation between 0-12 hours, 96.6% stayed in the intensive care between 0-12

hours, 72.8% were hungry between 7-12 hours, 94.2% had no urinary catheters, 73.8% had no drains, and 99.0% received parenteral fluid therapy. It was found that there was a statistically significant difference between the before ambulation and after ambulation vital signs data of the patients. There was no statistically significant difference between abdominal distension values and early ambulation of the patients included in the study ( $p>0.05$ ). There was no statistically significant relationship between early ambulation and the pain status of the patients included in the study ( $p>0.05$ ). There was no statistically significant difference between early ambulation and the operation type ( $p>0.05$ ). There was no statistically significant difference between early ambulation and nausea of the patients included in the study ( $p>0.05$ ).

In conclusion our results suggest that before and ambulation between vital signs were determined, but ambulation was found to be ineffective on abdominal distension, constipation, pain status, operation type, nausea status.

**Key Words:** Cholecystectomy, postoperative period, early mobilization



## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
<b>ÖNSÖZ</b> .....	I
<b>ÖZET</b> .....	II
<b>ABSTRACT</b> .....	IV
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	VI
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	IX
<b>BÖLÜM I</b> .....	2
<b>GİRİŞ</b> .....	2
1.1.Problemin Tanımı.....	2
1.2.Araştırmanın Önemi.....	4
1.3.Sınırlılıklar.....	4
1.4.Tanımlar.....	4
1.5.Araştırmanın Hipotezleri.....	4
1.6.Araştırmanın Amacı.....	5
<b>1.7.GENEL BİLGİLER</b>	
1.7.1. Ayağa Kalkmanın Tanımı ve Tarihçesi.....	6
1.7.2. Erken Ayağa Kalkmanın Önemi.....	7
1.7.3. Ameliyat Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması.....	8
1.7.4. Cerrahi Girişimin Ameliyat Sonrası Döneme Etkisi.....	10
1.7.5. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	11
1.7.6. Ameliyat Sonrası Görülen Komplikasyonlar.....	12
1.7.7. Solunum Sistemi Komplikasyonları.....	14
1.7.7.1.Atektazi.....	14
1.7.7.2.Pnömoni.....	14
1.7.7.3.Pulmoner Aspirasyon.....	15
1.7.7.4.Bronkospazm ve Laringospazm.....	15
1.7.8.Kardiyovasküler Komplikasyonlar.....	15
1.7.8.1.Hipotansiyon.....	15
1.7.8.2.Hipovolemi.....	15
1.7.8.3.Hipertansiyon.....	15
1.7.8.4.Kardiyak Arritmi.....	15

1.7.8.5.Hipotermi.....	16
1.7.8.6.Derin Ven Trombozu.....	16
1.7.9.Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları.....	16
1.7.9.1.Bulantı-Kusma.....	16
1.7.9.2.Abdominal Distansiyon.....	17
1.7.9.3.Konstipasyon.....	17
1.7.9.4.Paralitik İleus.....	18
1.7.9.5.İnsizyonel Herni.....	18
1.8.Üriner Sistem Komplikasyonları.....	18
1.8.1.İdrar Retansiyonu.....	18
1.8.2.Üriner Sistem Enfeksiyonu.....	19
1.8.3.Azalmış İdrar Miktarı(Oligüri).....	19
1.9.Diğer Komplikasyonlar.....	19
1.9.1.Ameliyat Sonrası Ağrı.....	19
1.9.2.Kanama.....	20
1.9.3.Basınç Yaraları.....	20
1.9.4.Yara Komplikasyonları.....	20
1.9.5.Ameliyat Sonrası Ateş.....	22
1.9.6.Deliryum.....	23
1.9.7.Enfeksiyonlar.....	23
1.9.7.1.Cerrahi Alan Enfeksiyonu.....	23
1.9.7.2.Santral Venöz Kateter Enfeksiyonu.....	23
1.9.7.3.İdrar Yolu Enfeksiyonu.....	23
1.9.7.4.Pelvik Apse.....	24
1.9.7.5. Damar Yoluna Bağlı Enfeksiyonlar.....	24
<b>BÖLÜM II.....</b>	<b>25</b>
<b>GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>25</b>
2.1.Araştırmanın Tipi.....	25
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
2.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
2.4.Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri.....	25
2.4.1. Bağımlı Değişkenler.....	25
2.4.2.Bağımsız Değişkenler.....	25

2.5. Veri Toplama Yöntemi .....	26
2.6. Kullanılacak Gereçler.....	26
2.6.1. Hasta Tanıtım Formu.....	26
2.6.2. Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Sıklığı ve Etkileyen Faktörlere Yönelik Soru Formu.....	26
2.7. Verilerin Analizi.....	27
2.8. Etik Açıklamalar.....	27
2.9. Süre ve Olanaklar.....	27
<b>BÖLÜM III.....</b>	<b>28</b>
<b>BULGULAR.....</b>	<b>28</b>
3.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
3.2. Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumuna Yönelik Dağılımı.....	31
<b>BÖLÜM IV.....</b>	<b>56</b>
<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>56</b>
4. 1. Bireylerin Sosyodemografik Bilgilerin İncelenmesi.....	56
4.2. Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumuna Yönelik Dağılımı.....	57
<b>BÖLÜM V.....</b>	<b>62</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>62</b>
<b>5.2. ÖNERİLER.....</b>	<b>63</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>64</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>77</b>
EK I : Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	77
EK II: Hasta Tanıtım Formu.....	78
EK III : Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumuna Yönelik Soru Formu.....	79
EK IV: Etik Kurul İzni.....	82
EK V: Kurum İzni.....	83
Özgeçmiş.....	92

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Tablo 1:</b> Erken Ayağa Kalkmanın Tanımlamaları.....	10
<b>Tablo 2:</b> Ameliyat Sonrası Kanamaya Neden Olan Risk Faktörleri.....	20
<b>Tablo 3:</b> Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	28
<b>Tablo 4:</b> Hastaların Kronik Hastalığa Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 5:</b> Hastaların İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 6:</b> Hastaların Kullandığı İlacı Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 7:</b> Hastaların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Dağılımı.....	31
<b>Tablo 8:</b> Hastaların Ameliyat Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	31
<b>Tablo 9:</b> Hastaların Geçirdiği Ameliyat Tipine Göre Dağılımı .....	31
<b>Tablo 10:</b> Hastaların Ameliyat Sürelerine Göre Dağılımı.....	32
<b>Tablo 11:</b> Hastaların Ameliyattan Çıkma Saatine Göre Dağılımı .....	32
<b>Tablo 12:</b> Hastaların Yoğun Bakımda Kalma Sürelerine Göre Dağılımı....	32
<b>Tablo 13:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Aç Kalma Sürelerine Göre Dağılımı.....	33
<b>Tablo 14:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası İdrar Kateteri Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	33
<b>Tablo 15:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Dren Bulunma Durumuna Göre Dağılımı.....	33
<b>Tablo 16:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Parenteral Sıvı Tedavisi Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	34
<b>Tablo 17:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkma Saatine Göre Dağılımı.....	34
<b>Tablo 18:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkma Sürelerine Göre Dağılımı.....	35
<b>Tablo 19:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Toplam Ayağa Kalkma Sürelerine Göre Dağılımı.....	36
<b>Tablo 20:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkma Sırasında Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	37
<b>Tablo 21:</b> Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Yaşam Bulgularının Karşılaştırılması .....	39

<b>Tablo 22:</b> Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Yorgunluk Durumuna Göre Dağılımı.....	41
<b>Tablo 23:</b> Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Çarpıntı Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.....	41
<b>Tablo 24:</b> Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Baş Dönme Yaşama Durumuna Göre Dağılımı .....	42
<b>Tablo 25:</b> Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Gaz Çıkarma Durumuna Göre Dağılımı .....	43
<b>Tablo 26:</b> Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Bağırsak Seslerinin Durumuna Göre Dağılımı .....	44
<b>Tablo 27:</b> Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Baş Ağrısı Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.....	45
<b>Tablo 28:</b> Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Ağrı Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	46
<b>Tablo 29:</b> Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Bulantı Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	46
<b>Tablo 30:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Yaşadığı Durumlara Göre Dağılımı .....	47
<b>Tablo 31:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Açlık ve Susuzluk Hissetme Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	48
<b>Tablo 32:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası İlk Oral Beslenmeye Başlama Süresine Göre Dağılımı.....	48
<b>Tablo 33:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Analjezik Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	48
<b>Tablo 34:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Kullanılan Analjeziğin Dozuna Göre Dağılımı.....	49
<b>Tablo 35:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Kullanılan Analjeziğin Veriliş Yoluna Göre Dağılımı.....	49
<b>Tablo 36:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Bağırsak Seslerinin Duyulma Süresine Göre Dağılımı.....	50
<b>Tablo 37:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Gaz Çıkarma Durumuna Göre Dağılımı.....	50
<b>Tablo 38:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası İlk Defekasyon Yapma Zamanına Göre Dağılımı.....	50

<b>Tablo 39:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Abdominal Distansiyon Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.....	51
<b>Tablo 40:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Derin Solunum Öksürük Egzersizleri Uygulama ve Triflo Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	51
<b>Tablo 41:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Ayağa Kalkmama Nedenlerine Göre Dağılımı.....	52
<b>Tablo 42:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Taburculuğa Kadar Komplikasyon Gelişme Durumuna Göre Dağılımı.....	52
<b>Tablo 43:</b> Hastaların Taburcu Olma Zamanına Göre Dağılımı.....	52
<b>Tablo 44:</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Abdominal Distansiyon Görülme Durumuna Göre İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması .....	53
<b>Tablo 45:</b> Hastaların Ağrı Durumuna Göre İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo 46:</b> Hastaların Geçirdiği Ameliyat Tipine Göre İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması .....	54
<b>Tablo 47:</b> Hastalarda Ameliyat Sonrası Bulantı Görülme Durumuna Göre İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması .....	54

## KISALTMALAR LİSTESİ

**ERAS** = Enhanced Recovery After Surgery

**GİS**= Gastrointestinal Sistem

**WHO**= World Health Organization Dünya Sağlık Örgütü

**ARDS** =Acute Respiratory Distress Syndrome

**DVT**=Derin Ven Trombozu

**KKY**=Konjestif Kalp Yetmezliği

**ADH**=Antidiüretik Hormon

**IV**=İntravenöz

**ASA**=Amerikan Anestezistler Derneği

**İH**=İnsizyonel Herni

**ADH**=Antidiüretik Hormon

**VAS**=Visual Analog Skala

# BÖLÜM I

## GİRİŞ

### 1.1.Problemin Tanım

Ameliyat sonrası planlı ve etkin hemşirelik bakımı, gelişebilecek sorunların erken dönemde önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Ameliyat sonrası erken dönemde en çok karşılaşılan sorunların; ameliyat yerinde ağrı, öksürük, bulantı, yutma güçlüğü ve konstipasyon olduğu bilinmektedir. Hastaların ameliyat sonrası erken dönemde yatak istirahatinde olmaları, kullanılan opioid/nonopioid analjezik ilaçlar ve sürgü/ördek kullanma zorunluluğu gibi durumlar konstipasyona neden olmaktadır (1,2,3,5,6,7,8). Sorunlara yönelik hemşirelik girişimleri arasında en fazla hastaya uygun pozisyon verilmesi ve hastanın erken ayağa kalkmasının sağlanması yer almaktadır.

Mobilizasyon ameliyat sonrası iyileşmeyi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkilemektedir. Mobilizasyon yöntemleri; pasif, aktif yardımcı, aktif ve dirençli eklem hareketleri, pozisyon değişikliği, sırtüstü pozisyondan yatak kenarında oturma ve sandalyede oturma, ayakta durma pozisyonuna geçiş ve yürüyüş aktivitelerinden oluşmaktadır. Solunum fonksiyonlarının iyileştirilmesi, Kardiyovasküler sistemin desteklenmesi, İmmobilizasyon komplikasyonlarının önlenmesi, psikolojik olarak kendini iyi hissetme duygusunun geliştirilmesi amacıyla tedavide kullanılmaktadır (54,55,56).

Cerrahi girişim yapılması planlanan hastalarda, tedavi sırasında ve erken ameliyat sonrası dönemde fiziksel aktivitenin, fiziksel fonksiyon üzerinde iyileştirici etkisinin yanı sıra psikolojik olarak da sağlığı geliştirici etkileri olduğu belirtilmektedir. Erken ameliyat sonrası dönem, hastanın bilincinin yerinde olmasıyla başlayarak hastanın ayağa kalkıp yürümesine kadar geçen dönemi 72 saatlik süreyi kapsamaktadır. Erken dönemde hastaların mobilizasyonu geç dönemde gelişebilecek fiziksel ve psikososyal sorunların önlenmesinde önemli rol oynamaktadır (7,8).



Ameliyat öncesi ve sonrası sistemli hemşirelik bakımı komplikasyonların erken dönemde önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Cerrahi girişim uygulanan hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde en çok karşılaşılan sorunlar; ameliyat yerinde ağrı, öksürük, bulantı-kusma, yutma güçlüğü, konstipasyon, abdominal distansiyon olarak belirlenmiştir. Bulantı ve kusma, ameliyat sonrası gelişen sorunlar arasında ağrıdan sonra en sık görülen sorunlardan biridir (1,2,5,7).

Ameliyat sırasında kullanılan anestetik ilaçlar bulantı ve kusmaya neden olurlar. Abdominal distansiyon; ameliyat sonrası erken dönemde, hastaların mide ve bağırsaklarında sıvı ve gaz birikimi sonucu genişlemeye bağlı olarak gelişir. Ameliyat sonrası erken dönemde ağrı yönetimi ve kontrolü, derin solunum egzersizleri ve mobilizasyon ile desteklenen hastada daha az komplikasyon gelişmektedir (1,2,5,7).

Erken ayağa kalkma; yatan hastaların normal uygulamalarına göre daha erken mobilizasyonun yapıp kısa süre hastanede kalmasını sağlamak olarak tanımlanmıştır(1). Erken mobilizasyon; erken ekstübasyon ve yoğun bakımda kalış süresinin azaltılması ile birlikte, hastanede kalış süresinin kısalmasını hedefleyen "fast-track" cerrahi zincirin bir halkasıdır. Ameliyat sonrası karşılaşılan sorunların en başında, ameliyat yerinde ağrı gelir. Buna bağlı olarak hastalar ağrı nedeni ile zorlandıkları aktivitelerden kaçınırlar (1, 4, 6, 7, 8).

Mobilizasyonu hızlandırmak ve ağrıyı hafifletmek için bir çok literatürde egzersizin önemi belirtilmiştir. Egzersiz, aktif-pasif hareketleri, yatak hareketleri ve yürüyüş aktivitelerini içerir. Egzersiz hareketi artırır ve sürekliliğini sağlar, kan akımını artırır, kasların spazmı ve kontraktürlerini önleyerek ağrıyı hafifletir(1, 4, 6, 7, 8). Ameliyat sonrası mobilizasyon ve ağrının hafifletilmesinde hemşire, doktor, anestezi uzmanı ve diğer profesyonellerin multidisipliner bir şekilde çalışarak, ameliyat sonrası kardiyovasküler fonksiyonu sürdürme, solunum sistemi fonksiyonunu sürdürme, yeterli beslenme ve eliminasyon sağlama, sıvı-elektrolit dengesini sürdürme, yeterli renal fonksiyonu sürdürme, istirahat ve güvenliğin sağlanması yanı sıra erken hareket ve mobilizasyonun sağlanması ile komplikasyonların bir çoğu önlenir (4,5).

## 1.2.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Ameliyat sonrası hastanın erken dönemde ayağa kaldırılması ve fiziksel aktivitede bulunması, dolayısıyla hareketsizlik ile ilgili komplikasyonların önlenmesi, homeostatik dengenin sürdürülmesi, morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması ve iyileşmenin hızlandırılması ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımının önemli amaçları arasında yer almaktadır (9,10,11).

Hastanın erken dönemde ayağa kaldırılmasıyla ameliyat ile ilişkili kardiyovasküler ve solunum sistemi komplikasyonları azalır, yara iyileşmesi ve bağırsak peristaltizmi desteklenir, tromboflebit gelişimi önlenir ve hastanın kısa sürede kendi bakım sorumluluğunu alması sağlanmaktadır. Bu nedenle ameliyat sonrası erken ayağa kalkma, hastanın iyileşme sürecini hızlandırıp, daha erken taburcu olması sağlanmaktadır (9,10,11).

## 1.3. SINIRLILIKLAR

Bu çalışma tek bir hastane ile topluma genellenemez ve bölgenin karakteristik özelliğini taşımaktadır. Nörolojik problemi olan, hareket kısıtlılığı bulunan, 65 yaş üzerinde ve acil ameliyat olan hastalar ise araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

## 1.4. TANIMLAR

**Ayağa Kalkma:** Yürüme dolaşma; özellikle ameliyattan sonra hastanın ayağa kalkıp dolaşması olarak tanımlanmıştır (1,6). Egzersiz, aktif-pasif hareketleri, yatak hareketleri ve yürüyüş aktivitelerini içerir (11).

**İlk Ayağa Kalkma:** Yatan hastaların normal uygulamalarına göre daha hızlı mobilizasyonun yapılıp kısa süre hastanede kalmasını sağlamak olarak tanımlanmıştır (1,11).

## 1.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1:Ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma durumunun ağrıya etkisi vardır.

H2: Ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma durumunun bulantıya etkisi vardır.

H3: Ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma durumunun abdominal distansiyona etkisi vardır.

H4: Ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma durumunun ameliyat türüne etkisi vardır.

## **1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu alıŐma, kolesistektomi ameliyatı sonrası hastaların ayağa kalkma durumlarının incelenmesi amacıyla yürütüldü.



## 1.7.GENEL BİLGİLER

### 1.7.1. Ayağa Kalkmanın Tanımı ve Tarihçesi

Ayağa kalkma; yürüme, dolaşma özellikle ameliyattan sonra hastanın ayağa kalkıp dolaşmasıdır. Ayağa kalkma; oturma, ayakta durma, ambulasyon, pasif hareket egzersizleri ve ergometri hareketleri olarak da tanımlanmaktadır. Ayağa kalkma; cerrahi sonrası işlevsel durumunun geri kazandırılmasıdır. Erken ayağa kalkma; ameliyat sonrası mümkün olan en kısa sürede bir hastanın yatmadan yaptığı hafif aktivite (oturma, ayakta durma veya yürüme) olarak tanımlanmıştır (9,10,11,12,13,14).

Ambulasyonun önemi ilk defa 1899'da Dr.Emil Ries tarafından vurgulanmıştır. Dr. Ries ilk defa hastalarında ameliyattan ilk 24-48 saat sonra erken ayağa kalkma yöntemini uyguladı. Ancak o dönemde yaygın bir uygulama olarak erken ayağa kalkma kullanılmadı. Daha sonra Leihäuser ve Bergo tarafından 1941 yılında ameliyattan sonra erken mobilizasyon konulu bir literatür yayınlandı. Araştırmacılar erken ayağa kalkmayı; yataktan erken ayrılma (kalkma), yürüme ve derin solunum egzersizleri olarak tanımladılar; yatakta oturma ve ayağa kalkma, pulmoner ve oturma egzersizleri ve son olarak cerrahi girişim günü, en az bir veya iki kez yürümeden oluşan 3 aşamalı prosedür geliştirdiler (9,10,11,12,13,14,15,16). Hastaların ameliyat gününde anestezinin etkisi geçtikten sonra ayağa kalkmalarını desteklediler (16,17,18).

Erken ayağa kalkmanın tanımı yataktan kalkma olarak belirlenmiştir. Prospektif bir gözlem çalışmasına göre abdominal cerrahi hastalarında ameliyat sonrası 1. gün 3 dakika ile 34.4 dakika arasında yürüdüğü saptanmıştır. Aynı zamanda, ameliyat sonrası, erken ayağa kalkmanın önemi 1940'larda tıbbi literatürde'de belgelenmiştir. Ayağa kalkma kısa bir süre sonra, ameliyat sonrası hemşirelik bakımının temel bir parçası haline gelmiştir (11,12,13,15,16,17).

İkinci Dünya Savaşında Dr.Canavarro tarafından yapılan bir çalışmayla tekrar ambulasyonun önemini ortaya atılmıştır. Dr.Canavvaro rutin ayağa kaldırmayı ameliyattan sonra 10. 14. günde yaparken 1.günde hastaları ayağa kaldırmıştır. Dr. Canavvaro'nun (1946) kayıtlarına göre, hastaların normal vücut fonksiyonlarına hızlı bir şekilde döndüğünü hastalara daha az ilaç ve hemşirelik bakımı gerektiğini vurgulamıştır (11,12,13,15,16,17).

1949 yılında erken ayağa kalkmanın önemi artmıştır ve cerrah Detroit tarafından “On Yıl Önce Erken Ayağa Kalkma” başlıklı bir makale yayınlanmıştır. Ayağa kalkma, hemşirelik ders notları ve ders kitaplarında hemşire odaklı girişim olarak öğretilmeye başlanmıştır. 1949 yılında Trice “Erken ayağa kalkma kanıta dayalı en temel fizyolojik süreç” olduğunu belirtmiştir (17,19,20,22,26,29,31). Blodgett(1949) araştırmalarına göre, ameliyat sonrası erken ayağa kalkmanın günde 2 ya da 3 kez tekrarlanması gerektiğini önermiştir (12,13,15,16,17).

Burch ve Lavelly, 1950 yılında ameliyat sonrası erken ayağa kaldırılan hastaların, daha az mide bulantısı, kusma, abdominal distansiyon görüldüğü ve daha az ağrı kesici gereksinimi olduğunu vurgulamıştır. Burch ve Lavelly en kısa zamanda hastanın anesteziden çıkarılması ve 12 saat içinde hastaların ayağa kalkması gerektiğini önermişlerdir. Leithauser ve arkadaşları (1951) ambulasyonun venöz trombozu azalttığını bildirmişler (20,22,36). Leithauser, Gregory ve Miller 1966 yılında ameliyat sonrası daha kısa bir zaman diliminde (2-4 saat) ayağa kalkmayı önermişler (12,14,19,20). ABD’de 20. yüzyılın başında erken ayağa kalkma rutin olarak uygulanmaya başlanmıştır.

Geçmiş yüzyılın ortalarına kadar ameliyat sonrası erken ayağa kalkma yaygın bir uygulama değil iken günümüzde, ayağa kalkma, erken ve gerekli olarak görülmektedir. Araştırmalara göre hastaların erken ayağa kaldırılması ile hasta bakımında olumlu etkiler ve değişiklikler sağlandı. Hemşirelik bakımının erken ayağa kalkmada önemli bir yeri olduğu saptandı. Erken ayağa kalkmayı kolaylaştıran hemşirelik bakımı ameliyat sonrası hastalarda, önemli bir parça haline geldi. Fitzpatrick ve Wallace (2006) kayıtlarına göre ameliyat sonrası ilk ayağa kalkmanın 7. gün ya da 10. gün’de yapılması hastalarda anksiyeteyi azalttığını vurgulamışlardır (12,14,21,22).

### **1.7.2. Erken Ayağa Kalkmanın Önemi**

Uzun süre yatak istiraheti, hareket azlığı ve fonksiyonel düşüşe neden olur. Ameliyat komplikasyonlarına bağlı olarak erken ayağa kalkmanın gecikmesi, azaltılmış hareketle birlikte, hızlandırılmış kemik kaybı, kas kütlelerinin % 5’inin kaybı, düşmelere ve basınç yaralarına neden olur. Düşmeler ve basınç yaraları, hastaların hastanede kalış süresini uzatır ve sağlık maliyetini artırır. Araştırmalara göre, erken taburcu olan hastaların evde bakım hizmetleri harcamalarında azalma

olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle klinik hemşireleri, ayağa kalkmayı desteklemeli, hastanede yatan hastalar için çeşitli protokoller geliştirmeli ve taburculuğu hızlandırmalıdır (14,16,17).

Hobson ve arkadaşlarına göre, erken ayağa kalkan hastalar 3.86 gün sonra taburcu olur. Hareketsiz olan hastaların çoğunda % 25 periferel kas zayıflığı ve % 18 oranında kilo kaybı görülür. Kas zayıflığı ve deliryum daha uzun süre yatakta kalmayı, erken ayağa kalkmayı ve rehabilitasyonu geciktirir (14). Ayrıca ağrı, uykusuzluk, mekanik ventilasyon da erken ambulasyonu geciktirir. Deenadayalan ve arkadaşlarına (2011) göre, erken ayağa kalkma yavaş ve kademeli olarak ve aktiviteye, kardiyovasküler ve solunum sistemi değerlendirildikten sonra başlanmalıdır (24).

Kritik hastalar için uygun aktivite sıklığı ve süresi değişiklik gösterir. Ambulasyonun sıklığı ve süresi hastanın genel durumuna bağlıdır. Ambulasyon mümkün olduğunca işlevsel olmalıdır. Ayağa kalkmadan önce, ısınma süresi tanınmalıdır. Her ayağa kalkmada, hasta güvenliği en üst düzeyde olmalıdır. Serum tedavisi, kateterler, mekanik ventilasyon, ambulasyonu engeller bu nedenle yürüme sırasında IV (intavenöz) yürüteç kullanılmalıdır. Yürüme esnasında hasta sık sık dinlendirmelidir. Ameliyat sonrası, erken ayağa kalkma solunum, sindirim ve dolaşım sistemi komplikasyonlarını engeller eklem kontraktürlerini ve kas atrofisini yavaşlatır. Ambulasyon, zihinsel aktiviteyi artırır, ruh halini düzeltir ve yara iyileşmesini hızlandırır (14,15,16,17,18,25,26,27).

### **1.7.3. Ameliyat Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması**

Erken ayağa kalma, ameliyat sonrası rutin bir uygulama haline geldikten sonra son derece gelişmiştir. Son 20 yılda cerrahiden sonra hızlandırılmış iyileşme kavramı ortaya çıkmıştır. Gelişmiş iyileşme programı, hastanın iyileşmesini hızlandırmak için stres tepkisini azaltmak ve ameliyat sonrası organ işlev bozukluğu ve komplikasyonlarını önlemek amacıyla birçok farklı müdahaleyi birleştiren çok disiplinli bakım yoludur (21,26,28,31).

Hızlandırılmış iyileştirme protokolünde ameliyat öncesi hasta eğitimi ve danışmanlık, sigara ve alkol alımının engellenmesi, ağlıktan kaçınma, ameliyat öncesi bağırsak hazırlığı için kullanılan karbonhidratlı içeceklerden kaçınmayı içerir. Ameliyat sırasında müdahalelerde hipotermimin önlenmesi, antibiyotik profilaksi,

mümkün olduğunca minimal invaziv cerrahi ve sıvı optimizasyonu yer almaktadır. Ameliyat sonrasında ise; erken oral beslenme, multimodal analjezi, ürüner kateterin erken çıkarılması, laksatifler ve erken ayağa kalkmayı içeren konular yer almaktadır (21,26,31,41).

ERAS'ın etkisi Cochrane'nin incelemelerinde yer alan çalışmalarda da gösterilmiştir. Sağlık profesyonelleri erken ayağa kalkmayı farklı şekillerde tanımlamışlardır (Tablo 1). ERAS protokolüne göre hasta cerrahi girişimden 2 saat sonra yataktan kalkmalı ve taburcu olana kadar günde 6 saat mobilize olmalıdır (21,26,27,28,95).

**Tablo 1 : Erken Ayağa Kalkmanın Tanımlamaları**

<b>Anderson AD (2003)</b>	*Ameliyat günü 20 dakika yatakta oturma *Ameliyat sonrası 1. gün fizyoterapist eşliğinde mobilizasyon (29)
<b>Delaney CP (2003)</b>	*Hastanın tolere edebildiği kadar mobilizasyon *Hasta tolere edebiliyor ise ameliyat günü mobilize edilmeli *Ameliyat sonrası 1. gün 60 metre günde 5 kez mobilize edilmeli (30)
<b>Gatt M (2005)</b>	*Mobilizasyonlar arasında hasta mutlaka yatakta oturtulmalı *Ameliyat olduğu gün hasta yatakta oturmalı *Ameliyat sonrası 1.gün mobilize olmalı *Fizyoterapist eşliğinde hasta mobilize olmalıdır (31)
<b>Khoo CK (2007)</b>	*Ameliyat sonrası ambulasyon hedef alınmalıdır (32)
<b>Muller S (2009)</b>	*Mobilizasyona ameliyat sonrası hemen başlanmalıdır (33)
<b>Serclova Z (2009)</b>	*Hasta ameliyat sonrası stabil olduktan sonra yatak içi egzersizlere başlanmalıdır (34)

ERAS'a göre ameliyat sonrası uygulamaların en başında erken ayağa kalkma gelir. Hastalara ameliyat öncesi eğitim verilir ve ayağa kalkmanın önemi vurgulanır. Hastalar ameliyattan 2 saat sonra ayağa kaldırılır ve günde 6 saat, taburcu olana kadar mobilize edilir. Hastalar, hemşireler tarafından desteklenerek erken ayağa kaldırılmalıdır ve gerektiğinde fizyoterapistten destek alınmalıdır (20,21,28,35,36).

#### 1.7.4. CERRAHİ GİRİŞİMİN AMELİYAT SONRASI DÖNEME ETKİSİ

Günümüzde cerrahi alanındaki hızlı teknolojik gelişmeler, ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımındaki ve anesteziye ilerlemeler sonucunda, cerrahi girişimler, en son başvurulmuş tedavi yöntemi olmaktan çıkmıştır ve yaygın olarak uygulanmaktadır. Cerrahi girişim büyük ya da küçük olsun, ameliyat sonrası sorun gelişme riskinin her zaman var olduğu bilinmektedir. Ameliyat sonrası en sık rastlanan sorunlar arasında; ateletazi, yara enfeksiyonu, parolitik ileus, üriner retansiyon ve üriner enfeksiyon yer almaktadır. Abdominal cerrahiye yönelik girişimler; mide, safra kesesi, karaciğer, dalak, pankreas, incebağırsak ve kalın bağırsakta ortaya çıkan hastalıkları kapsamaktadır (11,18,30,36,37). Abdominal cerrahi sonrası görülen sorunların bir bölümü gastrointestinal sistemle (GİS) ilgilidir. GİS'e ilişkin sorunlar arasında özellikle bulantı-kusma, gastrik dilatasyon, parolitik ileus, abdominal distansiyon ve konstipasyon yer almaktadır (16,17,38,39). Bulantı ve kusma, ameliyat sonrası gelişen sorunlar arasında ağrıdan sonra en sık görülen sorunlardan biridir (3,10,16,18,37,39). Ameliyat sırasında kullanılan anestetik ilaçlar bulantı ve kusmaya neden olurlar (3,10,24,38,39). Abdominal distansiyon; ameliyat sonrası erken dönemde, hastaların mide ve bağırsaklarında sıvı ve gaz birikimi sonucu genişlemeye bağlı olarak gelişir. Abdominal distansiyonun gelişmesine neden olan faktörler arasında; stres tepkisi, genel anestezi, abdominal bölgeye yapılan cerrahi girişim, travma ve narkotik analjezik kullanımı yer almaktadır (3,10,23,24,25,26,83). Abdominal cerrahi girişim sonrası yaraya ilişkin en sık görülen sorunlar; ameliyat yerinde hematoma, yara açılması, yara enfeksiyonudur. Yara açılması; tüm abdominal cerrahi girişimlerin % 1-3'ünde görülmektedir (33).

Cerrahi sonrası mobilizasyon ve derin solunum egzersizlerinin yararlı olduğunu gösteren çok sayıda kanıtla rağmen hastaların çoğunda ameliyat sonrası dönemde derin soluk alma ve hareket etmede isteksizlik olabilmektedir. Bunun nedeni hastaların, hareketle beraber ağrı gelişeceği ve insizyon bölgesinin zarar göreceği korku ve endişesi yaşamalarıdır (23). Bu nedenle, hastaların solunum egzersizleri ve erken mobilizasyonun önemi konusunda bilgilendirilmesi, cesaretlendirilmesi ve etkili ağrı yönetimi yapılarak aktivitelere katılması sağlanmalıdır (5,27,30,37,40,41).



### 1.7.5. AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Ameliyat sonrası hasta bakımı cerrahi girişim sonrası yapılan bakımdır. Ameliyat sonrası verilecek olan hasta bakımı, ameliyatın tipine (açık, laparoskopik) ve hastanın sağlık geçmişine bağlıdır. Ameliyat sonrası bakım ameliyattan hemen sonra başlar. Cerrahi sonrası bakım hastaneye yatma ile başlar ve taburcu olduktan sonra da devam eder. Ameliyat sonrası hasta bakımının temel amacı; bozulan hemostatik dengenin yeniden oluşturulması, hastaların yaşam bulguları, mental durumu, ağrı yönetimi, yara yeri, kanama, üriner retansiyon, bulantı, kusma, ve enfeksiyon yönetimini, kısa sürede normal yaşama geri dönüşün sağlanmasında hastaya yardımcı olmak ve desteklemektir (37,42,60).

#### **Yaşam Bulguları:**

Hastaların yaşam bulguları her 15 dakika'da kontrol edilmelidir. Ameliyat sonrası hastalarda yaşam bulgularında değişiklik olması normaldir fakat nabzın >100 üzerinde olması ve kan basıncının düşük olması olağan değildir ve bu nedenle sık sık takibi yapılır (3,13,15,18,39,42).

#### **Mental Durum:**

Ameliyat sonrası anesteziye bağlı olarak his kaybı görülmektedir fakat uzun süreli his kaybı sinir harabiyetine bağlı olarak mental durumda değişikliğe neden olur. Bu nedenle ameliyat sonrası hastalar his kaybı ve mental durum yönünden kontrol edilmelidir (3,13,15,18,39,42).

#### **Ağrı :**

Ameliyat sonrası ağrı kaçınılmazdır. Deri bütünlüğünün bozulmasıyla, insizyon bölgesinde kanamaya, şişmeye ve sinir uçlarının harabiyetine ve bunun sonucunda ağrıya neden olur. Ağrı yönetimi önemlidir ve hastanın hastanede kalma süresini kısaltır (3,13,15,18,39,42).

#### **Yara Yeri:**

Yara yerine steril pansuman yapılır. İnsizyon bölgesi kızartı, akıntı, ateş ve kanama yönünden kontrol edilir ve günlük pansumanı yapılır (3,13,15,18,39,42).

#### **Kanama:**

Ameliyat sonrası insizyon bölgesinde hafif kanama görülür ve bu durum olağandır fakat kanamanın giderek artması olası komplikasyonun geliştiğini gösterir.

### **Üriner Retansiyon:**

Üriner retansiyon mesane hacminin 600 ml olarak tanımlanmasıdır. Ameliyat sonrası sık görülen bir problemdir. Hastaların % 25’de görülür. Anestezi ve analjezikler bu duruma neden olur. Üriner retansiyon, ağrı, anksiyete ve uzun süre yatak istirahati anestezi ve analjeziye bağlı olarak gelişir. Ameliyat sonrası hastalar üriner retansiyon yönünden kontrol edilmeli ve gereken girişimler yapılmalıdır (3,13,15,18,39,42,99).

### **Bulantı-Kusma:**

Bulantı, kusma ameliyat sonrası görülen en sık nedenlerden biridir. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı antiemetiklerle kontrol altına alınır.

### **Enfeksiyon:**

Ameliyat sırasında sterilizasyona ne kadar önem verilsede bazı hastaların enfeksiyon gelişme riski daha fazladır. Bu hastalar; diyabet ve dolaşım bozukluğu, uzun süre sigara içenler, akciğer hastalığı olanlar, yaşlı hastalar, cerrahi temizlik sonrası meydana gelen kesikler enfeksiyon riskinin en büyük nedenidir. Enfeksiyonun gelişmesini engellemek için ameliyat sırasında malzemelerin sterilizasyonu skrab hemşiresinin yönetiminde sterile edilmeli, enfeksiyon bulguları yönünden yara yeri kontrol edilmelidir (3,13,15,18,39,42).

Ameliyat sonrası hastaya iyi bir bakım verilmeli ve çok dikkatli izlenmelidir. Bu izleme ameliyat ve anestezinin etkileri kaybolana, refleksler geri gelene ve yaşam bulguları dengeli bir durum alana kadar sürdürülür. Ameliyat sonrası erken dönem; cerrahi girişim sonrası, hastanın anestezinin etkisinden çıktığı ilk birkaç saati kapsar. Ameliyat sonrası geç dönem; cerrahi girişim sonrası birkaç hafta ya da ay sürebilen bu dönem, komplikasyonların önlendiği ve iyileşmenin sağlandığı evredir (3,13,15, 18,39,42).

### **1.7.6. AMELİYAT SONRASI GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR**

Hastalarda ameliyat sonrası dönemde komplikasyonlar gelişebilir. Komplikasyonların bazıları geçici veya ciddi olabilir fakat hepsi önemlidir. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişme nedenleri arasında; ameliyatın türü, ameliyat öncesi hastanın durumu ve ameliyat sonrası hasta yönetime bağlıdır. Ameliyat sonrası komplikasyonları; ani, erken ve geç dönem olarak sınıflandırılır (14,23,25,27,30,33,44)

Ani dönem ameliyattan hemen sonra meydana gelir. Erken dönem komplikasyonları 30 gün içinde, geç dönem komplikasyonlar ise yıllara uzanan komplikasyonlar olarak tanımlanabilir. Ameliyat sonrası komplikasyonların görülme sıklığı, ameliyattan 1 ile 3 gün arası görülür.

### **Ani Dönem Komplikasyonlar**

- Primer kanama (ameliyat sırasında) ya da reaktif hemoroji (ameliyat sonrası kan basıncında yükselme)
- Minör akciğer kollapsına bağlı bazal atelektazi,
- Kan kaybı, akut miyokard enfarktüsü, pulmoner emboli ve septisemiye bağlı şok,
- Ameliyat sırası ve sonrasında sıvı replasmanının yetersizliğine bağlı azalmış idrar görülür (23,25,26,60).

### **Erken Dönem Komplikasyonlar**

- Ağrı
- Dehidratasyon ve sepsise, ağrı, uyku bozukluğu, ilaçlar, metabolik bozukluğuna bağlı akut konfüzyon,
- Kullanılan analjezi ve anestetikler nedeniyle ve paralitik ileusa bağlı bulantı kusma,
- Atelektazi
- Ateş
- Sekonder kanama
- Pnömoni
- Yara veya anastamoz
- Derin Ven Trombozu
- Akut üriner retansiyon
- Üriner sistem enfeksiyonu
- Ameliyat sonrası yara enfeksiyonu
- Basınç yaraları
- Fibrinöz yapışıklıklar nedeniyle barsak tıkanıklığı(Akut Konstipasyon)
- Paralitik ileus (23,25,26,98).

## **Geç Dönem Komplikasyonlar**

- Fibröz yapışıklıklar nedeniyle bağırsak tıkanıklığı (Kronik konstipasyon)
- İnsizyonel herni
- Kalıcı sinüs
- Keloid oluşum (23,25,26).

### **1.7.7. Solunum Sistemi Komplikasyonları**

#### **1.7.7.1. Atelektazi**

Atelektazi yunancadan alveollerin kollapsı ya da akciğerin kapanması olarak tercüme edilir. Alveollerin kollapsı gaz değişiminde azalma ya da yokluğuna sebep olur. Akciğerin bir kısmını ya da tamamını etkileyebilir. Akut atelektazi, ameliyat sonrası bir komplikasyon olarak veya yüzey aktif madde eksikliğinin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Prematüre yenidoğanlarda ARDS'na (Acute Respiratory Distress Syndrome) neden olur (23,25,26,38,40,44).

Hastalarda atelektazi belirtileri olarak; öksürük, göğüs ağrısı, dispne, plevral effüzyon siyanoz ve aritmi görülür (23,25,26,37,38,40,52).

#### **1.7.7.2. Pnömoni**

Akciğer dokusunun akut enfeksiyonudur. Ameliyat sonrası bronşiyal mukusun hava yollunu tıkaması sonucu oluşan atelektazinin ilerlemesiyle gelişir. Ayrıca reflekslerin henüz geri dönmediği ilk saatlerde, kusmuk ve sekresyonların aspire etmesiyle meydana gelmektedir. Risk faktörleri, uzun süren cerrahi girişim, obezite, immobilitate ve uzun süre uygulanan antibiyotik tedavisidir. Ameliyat sonrası hastalarda; dispne, taşikardi, ateş, taşipne hipotansiyonla birlikte göğüs ağrısı ve halsizlik görülmektedir (23,25,26,38,40,52,55,57).

#### **1.7.7.3. Pulmoner Aspirasyon**

Pulmoner aspirasyon gastrik aspirasyonun en önemlisidir. Mide içeriğinin trakeyaya kaçmasıdır. Hasta anestetik ajanların etkisinde olduğundan öksürme ve yutma fonksiyonunu başlatamaz. Pulmoner aspirasyona etki eden faktörler; acil ameliyat, genel anestezi, gastrik hipersekresyon, midenin dolu olmasıdır (23,25,26,38,40,52,57,59).

#### **1.7.7.4. Bronkospazm ve Laringospazm**

Bronkospazm, bronştaki düz kasların kasılması sonucu, laringospazm ise vokal kord kaslarının spazmı sonucu oluşur. Bronkospazm ve laringospazm solunum distresine sebep olur (23,25,26,52,57).

#### **1.7.8. Kardiyovasküler Komplikasyonlar**

##### **1.7.8.1. Hipotansiyon**

Ameliyat sonrası hipotansiyon çeşitli faktörlere bağlı olabilir. Bu faktörler kardiyak debide azalma, sistemik vasküler rezistans, hipovolemi, vazodilatasyon, kardiyak aritmiler ve myokardiyal kasılma (23,24,26,30,44).

##### **1.7.8.2. Hipovolemi**

Hipovolemi, hipotansiyonun en yaygın nedeni olduğu bilinmektedir. Ameliyat sonrası hipovolemiye sebep olan en büyük etken kanama ve sıvı kaybıdır. Hipovolemi semptomları; taşikardi, idrar çıkışında azalma, hipotansiyon, periferel perfüzyonda azalmadır (23,24,26,30,44).

##### **1.7.8.3. Hipertansiyon**

Hipertansiyon, ameliyat sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biridir. Hipertansiyon neden olan faktörler; hipotermi, hipoksemi, hiperkapni, konfüzyon ve ağrıdır. Hipertansiyonun ameliyat sonrası dönemde tedavisi önemlidir çünkü tedavi edilmediğinde ciddi nörolojik ve kardiyovasküler komplikasyonlara neden olabilir (23,24,26,30,44).

##### **1.7.8.4. Kardiyak Aritmi**

Kardiyak aritmiler genel anestezi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilir. Çoğu aritmiler iyi huyludur ve tedaviye gerek duyulmadan sinüs ritmine dönerler. Bazı anestezi ajanlar disritmiye neden olur. Aritmi riski yüksek olan hastalarda, aritmiye neden olabilecek anestetik ajanlar ameliyat öncesi belirlenir. Aritmiye neden olabilecek faktörler; yaş, ASA (American Society of Anesthesiologists) derecesi 3 ya da 4 olan hastalar, kardiyovasküler hastalıklar ve elektrolit dengesizliğidir (23,24,26,30,44).

### **1.7.8.5. Hipotermi**

Hipotermi, ameliyat odasının soğuk olması ve anesteziye (genel, spinal) bağlı olarak meydana gelir. Cerrahi girişim sırasında etkilenen bir çok faktör vardır. Bunlardan birisi hipofiz bezinin termoregülasyon merkezinin deaktive eder ve hipotermiye neden olur ve bunun sonucunda'da istenmeyen fizyolojik değişikliklere neden olur (23,24,26,30,44).

### **1.7.8.6. Derin Ven Trombozu**

Dolaşım yetmezliğinde, alt ekstremitelerde ve pelvis venlerinde pıhtı oluşumu ameliyat sonrası görülen komplikasyonlardan biridir. Cerrahi hastalarında hareketsizlik, dehidratasyon, ameliyat esnasında bacak venlerine uygulanan basınç gibi nedenlerle derin ven trombozu riski artmaktadır. Girişimden 7-14 gün sonra özellikle yaşlı, obez ve varisi olan hareketsiz hastalarda yaygın olarak görülür (15,43,52,57,112).

## **1.7.9. GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KOMPLİKASYONLARI**

Bulantı, ameliyat sonrası dönemde, genel anestezi altında yapılan ameliyatlardan sonra en sık görülen komplikasyonlardan biridir. Bulantı kusma genellikle, anestezi ya da narkotik gazların etkisi, gastrik boşalmanın gecikmesi, cerrahi sırasında bağırsakların elle tutulması sonucu peristaltizmin yavaşlaması, midede sıvı birikmesi, midenin inflamasyonu ve peristaltizm başlamadan önce oral sıvı alınması gibi nedenlerle cerrahi sonrası görülebilmektedir (3,10,14,23,30).

### **1.7.9.1. Bulantı-Kusma**

Ameliyat sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biri bulantı ve bunun sonucunda kusmadır (23). Stadler ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada genel anestezi uygulanan hastalarda, bölgesel anestezi uygulanan hastalara göre bulantı ve kusma oranı daha fazladır. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı etkileyen faktörler; hastaya bağlı faktörler, uzun süreli ameliyat, ameliyat tipi, yaş, ilaçlar, bulantı ve kusma öyküsü, cinsiyet ve çevresel faktörlerdir (60). Bulantı ve kusmaya sebep olan diğer neden de anestezidir. Anestetik ajanlar beyin stimülasyonunu aktive eder ve bu da bulantıya ve sonuçta kusmaya sebep olur. Ayrıca ağrıyı hafifletmek amacıyla kullanılan yüksek doz opioidler de bulantı ve kusmayı tetikler

(3,10,14,23,30). Ameliyat sonrası antiemetik kullanımı ve sıvı desteğinin yapılmasıyla ayrıca ağızdan gıda alımı kesilerek bulantı ve kusma önlenebilir (3,10,14,23,30,99).

### **1.7.9.2. Abdominal Distansiyon**

Gastrointestinal sistemde gaz toplanması sonucunda görülür ve hayatı tehdit eden bir komplikasyondur. Ameliyat sonrası erken dönemde, hastaların mide ve bağırsaklarında sıvı ve gaz birikimi sonucu genişlemeye bağlı olarak gelişir. Abdominal distansiyonun gelişmesine neden olan faktörler arasında; stres tepkisi, genel anestezi, abdominal bölgeye yapılan cerrahi girişim, travma ve narkotik analjezik kullanımı yer almaktadır. Ayrıca ameliyat sırasında bağırsakların elle tutulması distansiyon oluşumuna neden olmaktadır. Abdominal cerrahi girişimlerde distansiyon nedeniyle görülen karın iç basıncının artması sonucu, insizyon hattında gerginlik meydana gelebilir. Hastaların ameliyat sonrası erken dönemde yatak istirahatinde bulunmaları, kullanılan opioid/nonopioid analjezik ilaçlar ve sürgü/ördek kullanma durumu konstipasyona neden olmaktadır (3,10,14,23,30,63,67,99).

### **1.7.9.3. Konstipasyon**

Ameliyat sonrası konstipasyon opioid veya antikolinergik, hareketsizlik, hipokalemi, ilaçlar bağlı olabilir. Erken dönem bağırsak tıkanması ameliyattan sonraki ilk 30 günde gelişir ve bu dönemde bulantı ve kusmaya eşlik eden abdominal distansiyon nedeni ile hastanın nazogastrik tüpünün çekilememesi veya sıvı/yumuşak gıda verilememesi olarak tanımlanabilir (3,10,14,23,30).

Konstipasyon feçesin kalın bağırsakta yavaş ilerlemesi sonucu görülen dışkılama alışkanlığıdır (23). Hastalarda abdominal cerrahi sonrası erken dönemde görülen en sık sorunlardan biridir (1). Hareketsizlik, oral alımın azalması, opioid kullanımı, travma ve irritasyon bağırsakların hareketini zorlaştırmaktadır. Konstipasyon yönetimi, yeterli hidrasyon, uygun beslenme ve laksatiflerden oluşur. Ameliyat sonrası konstipasyon 24-48 saat içinde etkili yönetim, nazogastrik tüp, analjezi ve oral alımının azaltılmasıyla çözüme ulaşılır (3,10,14,23,30).

#### **1.7.9.4. Paralitik İleus**

Ameliyat sonrasında hastada paralitik ileus (bağırsak hareketlerinin durması) anestezi, ameliyat esnasında batındaki organların ellenmesi, sıvı-elektrolit dengesizlikleri ve ameliyat yarasının enfekte olmasıyla gelişebilir. Belirtileri; bağırsak seslerinin olmayışı, hastanın gaz ve dışkı çıkarmamasıdır. Bu durumda hastaya intestinal ya da nazogastrik tüp yerleştirilip sakşına bağlanır ve IV sıvı verilir. Elektrolit dengesizliği varsa tedavi edilir. Ameliyat sonrası gelişen abdominal distansiyonu ortadan kaldırmak için hasta erken mobilize edilir (3,10,14,23,30).

#### **1.7.9.5. İnsizyonel Herni**

İnsizyonel herni abdominal cerrahisi sonrasında onarılan fasyanın devamlılığının bozulması sonucunda meydana gelen defektlerden peritonun anormal şekilde dışarı doğru keseleşip çıkmasıdır. İnsizyonel herni ameliyat sonrası ilk 1-15 yıl arası % 10-15 oranında görülür ve boyutuna göre küçük (5 cm'den küçük), orta (5-10 cm arasında) ve büyük (10 cm'in üzerinde) olarak sınıflandırılır. İnsizyonel herninin risk faktörleri; obezite, abdominal distansiyon, kas zayıflığı, yara enfeksiyonu ve çok sayıda cerrahi girişim olarak gösterilebilir (28,30).

### **1.8. ÜRİNER SİSTEM KOMPLİKASYONLARI**

#### **1.8.1. İdrar Retansiyonu**

Ameliyat sonrası hastalarda çeşitli nedenlerle idrar retansiyonu görülebilmektedir. Ameliyat sonrası erkeklerde daha sık ve nadiren de kadınlarda görülür. Majör abdominal cerrahiden sonra % 4-5 oranında görülürken anorektal cerrahiden sonra %50'nin üzerinde görülmektedir. Anestezikler, antikolinergik ajanlar, opioidler, ağrı, stres, spinal anestezi ve alfa adrenerjik stimülasyonu arttıran değişik anorektal refleksler mesane boynundaki kasların gevşemesini engelleyerek üriner retansiyona neden olurlar. Ayrıca hareketsizlik ve rekümbent pozisyonunda yatma da hastaların üriner sistem fonksiyonunu etkileyebilir. Fenoksibenzamin ve prazosin gibi alfa adrenerjik blokerler üriner retansiyonu önlerken gösterilmişken, parasempatik stimulan olan betanekolün üriner retansiyonu önleyici etkisi bulunmamaktadır (23,24,25).



## **1.8.2. Üriner Sistem Enfeksiyonu**

Ameliyat sonrası dönemde idrar yollarının önceden kontaminasyonu ve idrar retansiyonu nedeniyle hastalarda üriner enfeksiyonlar görülebilmektedir (23,27). Ayrıca hastaneye yatan bireylerde üriner kateterizasyon oranı % 15 ile 25 arasında değişmektedir. Katetere bağlı üriner sistem enfeksiyonları ise tüm üriner sistem enfeksiyonlarında % 60-80 ile en yüksek orana sahiptir (23,24,25).

## **1.8.3. Azalmış İdrar Miktarı**

Antidiüretik hormon (ADH) salınımının artışına bağlı idrar çıkışı azalır. Erken ameliyat sonrası dönemde hiponatremi eğilimi vardır. İntraabdominal cerrahi girişimden sonra diürez, barsak hareketlerinin normale dönmesi ve üçüncü boşluk ve peritoneal kavitedeki sıvıların geri emilmesi ile 2-4 gün içinde başlar. Aynı anda intravasküler volümün yeniden kazanılması ile ADH ve aldosteron sentezinin azalması da diürece katkı sağlar (23,24,25). Oligüri, idrar miktarının (<0.5ml/kg/saat) böbrek hastalıkları nedenlerle azalmasıdır. Ameliyat sonrası oligüri açısından hastanın sıvı izlemi yapılmalıdır. Hastanın sıvı alımı ve sıvı kaybı grafiklerle belirtilmelidir. Kan basıncı, hipotansiyon ve hipovolemi ile organizmada sıvı kayıplarının olduğunu gösteren en esas nedenlerden biridir. Tüm hastalar ameliyat öncesi renal disfonksiyon yönünden değerlendirilmelidir (23,24,25).

## **1.9. DİĞER KOMPLİKASYONLAR**

### **1.9.1. Ameliyat Sonrası Ağrı**

Cerrahi girişim önemli bir ağrı nedenidir. Cilt ve cilt altı dokuların, cerrahi girişim sırasında çekme ve insizyon yoluyla travmatize edilmesi, insizyon bölgesindeki kasların refleks olarak kasılması, ağrının algılanması ile ilgili anksiyetenin gerilim oluşturması ve kas spazmı gibi durumlar ameliyat sonrası hastada ağrıya sebep olabilmektedir. Ağrı kontrolü sadece hastanın şikayetlerini azaltarak yaşam kalitesini arttırmakla kalmaz aynı zamanda kardiyak ve solunum fonksiyonlarının etkilenmesini engelleyerek komplikasyon gelişme olasılığını da azaltır. Ameliyat sonrası ağrı değerlendirmesi ve yönetimi WHO (World Health Organization) ağrı merdivenine göre yapılmalıdır. Ameliyat öncesi hastanın ağrı eşiği belirlenmeli ve kronik ağrı probleminin mevcut olup olmadığı belirlenmelidir (4,6,9,12,14,23,24,33,58).

### 1.9.2. Kanama

Ameliyattan sonra görülen kanamalar hayatı tehdit eder nitelikte olabilir:

1. **Primer Kanama:**Ameliyat sırasında damar hasarına bağlı olarak meydana gelir.
2. **Reaksiyoner Kanama:** Kan basıncının yükselmesi nedeniyle oluşan kanamadır.
3. **Sekonder Kanama:**Ameliyat sonrasında, enfeksiyon nedeniyle meydana gelen kanamadır (23,52).

**Tablo 2. Ameliyat Sonrası Kanamaya Neden Olan Risk Faktörleri**

Risk Faktörleri	Nedenler
İlaçlar	Heparin,varfarin,non-steroid antiinflamator Ajanlar, anti-platelet ilaçlar
Konjenital Kanama Bozuklukları	Hemofili, von Willebrand
Akut Kanama Bozuklukları	Sepsis, karaciğer hastalıkları, intravasküler koagülasyon bozukluğu

### 1.9.3. Basınc Yaraları

Basınc yaraları ciltte renk değişikliklerine ve derin doku harabiyetine neden olur. Yaralar, basınca ve sürtünmeye bağlı olarak meydana gelir. Basınc yaralarının önlenmesinin en esas yolu hastaların erken ayağa kaldırılması, egzersiz ve ağrı yönetimidir (23,47).

### 1.9.4. Yara Komplikasyonları

Yara herhangi bir ajanın fiziksel bir hasar yaratması ile vücutta normal bütünlüğünün bozulmasıdır. Abdominal cerrahi girişim sonrası yaraya ilişkin en sık görülen sorunlar; hematoma, yara açılması, yara enfeksiyonudur. Yara açılması; tüm abdominal cerrahi girişimlerin % 1-3'ünde görülmektedir (23,24,25,33,52,57).

**1. Yara Enfeksiyonu:** Ameliyat sırasında yara kontaminasyonu gelişebilir ama bakterilerin bulunduğu her yarada enfeksiyon gelişmez. Yara enfeksiyonlarında en sık karşılaşılan mikroorganizma stafilokokus aureustur. Cerrahi alan enfeksiyonu riskini arttıran hasta veya ameliyat ile ilişkili faktörler:

### **Hasta İle İlişkili Faktörler:**

- Yaş
- Beslenme durumu
- Diyabet
- Sigara kullanımı
- Obezite
- Uzak enfeksiyon
- Mikroorganizma kolonizasyonu
- İmmun cevabın bozulması
- Ameliyat öncesi hastanede kalış süresinin uzamasıdır (23,24,25,33,47,52,57).

### **Ameliyat İle İlişkili Faktörler:**

- Cilt antisepsisi
- Ameliyat öncesi cilt temizliği
- Ameliyat öncesi cilt hazırlığı
- Ameliyat süresi
- Antibiyotik profilaksisi
- Ameliyathane havalandırması
- Cerrahi aletlerin yetersiz sterilizasyonu
- Ameliyat bölgesinde yabancı cisim varlığı
- Drenler
- Uygunsuz cerrahi tekniktir

**2. Kanama:** Erken kanamanın en sık nedeni yetersiz hemostazdır. Erken masif kanamalarda mutlaka cerrahi girişim ile hemostaz sağlanmalıdır. Geç kanamalarda en sık nedenler, hemostaz bozuklukları ve hipertansiyondur. Geç kanamalar genelde hematom olarak görülür. Sıklıkla koagülasyon bozukluğu olan, trombositopenik, antikoagülan ilaç kullanan hastalarda görülür. Genelde 4-5. günlerde daha çok yaranın alt kısmında meydana gelir. Yara enfeksiyonlarına, ateş ve yara ayrılmasına neden olacağı için mutlaka drene edilmelidir (23,24,25,33,48,52,57).

**3. Yara Ayrılması:** En çok ameliyat sonrası 6. veya 10. günler arasında ortaya çıkar. Malignitesi olan, kaşektik, şiddetli distansiyonu ve kusması olan, akciğer

problemleri olan hastalarda sıklıkla görülür. Yara enfeksiyonu ve hematoma yara ayrılmasına neden olabilir. Batında cerrahi girişim cildin sağlam kalıp, fasya ve periton tabakasının açılmasına evantrasyon denir. Cildin açılıp karın içi organların dışarı fırlamasına ise evisserasyon denir. En sık nedenleri, yaranın yetersiz kapatılması, yüksek intraabdominal basınç ve yara iyileşmesinde bozukluktur. Acil cerrahi girişim gerektirir (23,24,25,33,49,52,57).

### **1.9.5. Ameliyat Sonrası Ateş**

Ameliyat sonrası ateş yaygındır. Genellikle cerrahi girişime bağlı olarak 24 saat içinde subfebril ateş görülebilir. Ateşin diğer nedenlerini; yara enfeksiyonu, pelvik apse, pulmoner emboli, damar yoluna ve idrar kateterine bağlı enfeksiyon, derin ven trombozu.

#### **Ameliyat sonrası ateş nedenlerinin sınıflandırması (0-2 gün)**

- Hafif ateş (ateş  $<38^{\circ}\text{C}$ )
- İnsizyon yerinde doku hasarı ve nekroz
- Hematoma
- Persistent(kronik) ateş (ateş  $>38^{\circ}\text{C}$ )
- Atelektazi
- Cerrahi insizyona bağlı spesifik enfeksiyon; örneğin safra cerrahisini takiben safra yolu enfeksiyonu.
- Kan transfüzyonu veya ilaç reaksiyonu.

#### **Ameliyat Sonrası Ateş Nedenlerinin Sınıflandırılması (3-5 gün)**

- Bronkopnömoni
- Sepsis
- Yara enfeksiyonu
- Flebit
- Apse formasyonu
- Derin ven trombozu

#### **Ameliyat Sonrası Ateş Nedenlerinin Sınıflandırılması (5 gün ve üzeri)**

Ameliyatla ilgili spesifik komplikasyonlar; bağırsak anastomozu, fistül formasyonu.

- Yara enfeksiyonu
- Derin ven trombozu

-Pulmoner embolidir (23,30,50,51,57).

### **1.9.6. Deliryum**

Akut konfüzyon durumu, ameliyat sonrası herhangi bir hasta grubunda görülebilir. Deliryuma neden olan bazı risk faktörleri; yaş, demans, kognitif bozukluklar, cerrahi enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar, uyku bozukluklar ve ağrıdır. Bazı durumlarda hastayı rahatlatmak, kendine zarar vermesinden ve stresden uzaklaştırmak için sedasyon uygulamasına gidilebilir (23,24,25,33,52,57).

### **1.9.7.Enfeksiyonlar**

Ameliyat sonrası abdominal cerrahide, enfeksiyon komplikasyonları morbiditenin başlıca nedenidir. Ameliyat sonrası enfeksiyonlar yerine ve nedenine göre sınıflandırılır (23,24,25,33,52,57).

#### **1.9.7.1. Cerrahi Alan Enfeksiyonu**

Cerrahi alan enfeksiyonu hastaların %5’de gelişebilir; örneğin bağırsak ameliyatı sırasında endojen organizmalara bağlı olarak oluşabilir, cerrahi sürecin uzaması ve immün sistemin bozukluğu nedeniyle olabilir(örneğin, diyabet, immunsupresyon tedavisi). Cerrahi alan enfeksiyonun yönetimi; antibiyotik tedavi, açık yara bakımı, süturun kaldırılması ve debridman ile sağlanabilir (23,24,25,33,52,57).

#### **1.9.7.2.Santral Venöz Kateter Enfeksiyonu**

Santral venöz kateterine bağlı meydana gelen enfeksiyonun mortalite oranının % 25’ini oluşturur. Santral venöz kateterin günlük bakımı yapılmalı ve fonksiyonel olduğu kontrol edilmelidir. İnflamasyon yönünden kan kültürü alınmalı ve mikroorganizma üremesi yönünden değerlendirilmelidir. Santral venöz kateter gerekli olmadığı zaman çıkarılmalıdır. Santral venöz katetere bağlı meydana gelen inflamasyonda antibiyotik tedavisi ve kateterin çıkarılmasıyla çözümlenebilir (23,24,25,33,52,57).

#### **1.9.7.3. İdrar Yolu Enfeksiyonu**

Üriner kateter, ameliyat sırasında cerrahi girişimi kolaylaştırmak ve sıvı-elektrolit dengesinin yönetimini kolaylaştırmak için uygulanır. Bu da idrar yolu enfeksiyonuna etki eden faktörlerden birisidir. Ameliyat sonrası

üriner kateterin en kısa sürede çıkarılması enfeksiyon ve ayağa kalkma açısından önem taşımaktadır (23,24,25,33,52,57).

#### **1.9.7.4. Pelvik Apse**

Ameliyat sonrası bağırsak içeriğinin sızması, bulantı ve kusma, ağrı, yüksek ateş, peritonit ve pelvik apseye neden olur. Pelvik apse ameliyat sonrası 7-21 gün sonra ortaya çıkmasına rağmen, 4-10 gün sonrada ortaya çıkabilir bu gibi durumlarda drenaj yapılır (23,24,25,33,52,57).

#### **1.9.7.5. Damar Yoluna Bağlı Enfeksiyonlar**

Ameliyat sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biridir. İntravenöz kateterlerin günlük bakımı yapılmalı ve damar yolunun bulunduğu bölgede ağrı, ateş ve kızarıklık olduğunda çıkarılmalı ve gerektiğinde 2-4 günde değiştirilmeli ve damarlar dönüşümlü olarak kullanılmalıdır (23,24,25,33,52,53,57).

## BÖLÜM II

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Kolesistektomi ameliyatı sonrası hastaların ayağa kalkma durumlarının incelendiği bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

#### 2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında Balıkesir ilinde yer alan T.C. Sağlık Bakanlığı Balıkesir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yürütüldü.

#### 2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında Balıkesir ilinde yer alan T.C. Sağlık Bakanlığı Balıkesir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde yatan, kolesistektomi ameliyatı olan hastalar oluşturdu. Araştırma örneklemine ise Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında Balıkesir ilinde yer alan T.C. Sağlık Bakanlığı Balıkesir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yatan kolesistektomi (açık veya laparoskopik) ameliyatı olan araştırmaya katılmaya gönüllü ve araştırma sınırlılıklarına uyan 206 hasta dahil edildi.

#### 2.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

**2.4.1. Bağımlı Değişkenler:** İlk ayağa kalkma süresi, ağrı, bulantı, kusma, bağırsak sesleri, konstipasyon, gaz ve gaita çıkışı araştırmanın bağımlı değişkenlerdir.

**2.4.2. Bağımsız Değişkenler:** Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu bağımsız değişkenlerdir.

## 2.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verileri Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında Balıkesir ilinde yer alan T.C. Sağlık Bakanlığı Balıkesir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yatan ve kolesistektomi ameliyatı olan hastalara gerekli açıklama yapılarak bilgilendirilmiş onam formu imzalatılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı (EK I). Veri toplama aracı olarak literatür doğrultusunda hazırlanan "Hasta Tanıtım Formu" ve "Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumlarına Yönelik Soru Formu" kullanıldı.

## 2.6. KULLANILAN GEREÇLER

**2.6.1. Hasta Tanıtım Formu:** Bu form, hastaların bazı sosyodemografik ve klinik durumları ile ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır. Formda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, egzersiz yapma durumu, kronik hastalığı, sürekli kullandığı ilaç ve daha önce ameliyat olma durumlarına ilişkin toplam 10 soru yer almaktadır (EK II).

**2.6.2. Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumlarına Yönelik Soru Formu:** Ameliyat sonrası hastaların ayağa kalkma durumlarına yönelik soru formu 38 sorudan oluşmaktadır. Soru formu ile geçirilen ameliyat, ameliyatın süresi, ameliyatın çıkış saati, aç kalma süresi, ameliyatın tipi, ameliyat sonrası; ağrı, bulantı, konstipasyon, abdominal distansiyon durumu, derin solunum ve öksürme durumu, ayağa kalkma durumu incelendi. Ameliyat sonrası ayağa kalkma durumu; yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarından ayağa kalkma, hasta odasında yürüme durumu değerlendirildi. Ayağa kalkma öncesi, yürüme esnasında, ayağa kalkma sonrası; ağrı, parenteral sıvı tedavisi, yorgunluk, baş dönmesi, çarpıntı durumu, sussuzluk hissi, açlık hissi, ağız kuruluğu, idrar kateteri, gaz çıkarma durumları incelendi. Ayrıca ağrı durumu, konstipasyon, bulantı, abdominal distansiyon durumu VAS (Visual Analog Skala) skolasıyla değerlendirildi (EK III).



## 2.7. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma sonucu elde edilen veriler Statistical Package For Social Science (SPSS) 18 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Değerlendirmede sayı, yüzdelik dağılımlar ile paired samples t testi ve ki-kare testleri kullanıldı.

## 2.8. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yürütülmesi için Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan, araştırmanın yapılacağı kurumdan ve araştırmaya katılan hastalara onam formu imzalatılarak onam formu ile yazılı izinler alındı (EK IV, EK V).

## 2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

Yapılan Çalışmalar	Ekim- Kasım 2016	Aralık 2016	Ocak- Mart 2017	Mart- Haziran 2017	Ağustos- Eylül 2017	Ekim- Aralık 2017
Literatür inceleme ve konunun belirlenmesi	X					
Tez Önerisi		X				
Etik Kurul ve Kurum İzinlerin Alınması			X			
Verilerin Toplanması				X		
Verilerin Analizi ve yorumlanması					X	
Tez Yazımı						X

## BÖLÜM III

### BULGULAR

#### 3.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 3: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş Grupları</b>		
18-29	15	7.3
30-39	26	12.6
40-49	37	18.0
50-59	54	26.2
60-65	74	35.9
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	105	51.0
Erkek	101	49.0
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	21	10.2
Evli	185	89.8
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Okur yazar değil	21	10.2
İlkokul mezunu	121	58.7
Ortaokul mezunu	18	8.7
Lise mezunu	33	16.0
Üniversite mezunu	13	6.4

<b>Meslek</b>		
Memur	8	3.9
İşçi	6	2.9
Serbest	28	13.6
Ev Hanımı	92	44.7
Emekli	49	23.8
Çalışmıyor	3	1.5
Diğer	20	9.6
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	193	93.7
Yok	13	6.3
<b>Kronik Hastalık</b>		
Yok	139	67.0
Var	67	33.0
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 3’de hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; hastaların yaş ortalamasının  $51.34 \pm 12.56$  ve min-max değerleri 18.00-65.00 olduğu, yaş gruplarına bakıldığında, % 7.3’ünün 18-29 yaş grubunda, % 12.6’sının 30-39 yaş grubunda, % 18.0’ının 40-49 yaş grubunda, % 26.2’sinin 50-59 yaş grubundan, % 35.9’unun 60-65 yaş grubundan olduğu, % 51.0’ının kadın, % 41.0’ının erkek olduğu, %89.8’inin evli, % 10.2’sinin bekar, % 10.2’sinin okuryazar olmadığı, % 58.7’sinin ilkokul mezunu, % 8.7’sinin ortaokul mezunu, % 16.0’ının lise mezunu, % 6.4’ünün üniversite mezunu olduğu, % 3.9’unun memur, % 2.9’unun işçi, % 13.6’sının serbest, %44.7’sinin ev hanımı, % 23.8’inin emekli, % 1.5’inin çalışmadığı, % 9.6’sının diğer mesleklere sahip olduğu, % 93.7’sinin sosyal güvencesinin olduğu, % 6.3’ünün sosyal güvencesinin olmadığı, % 67.0’ının kronik hastalığın olmadığı, % 33’ünün kronik hastalığının olduğu saptandı.

**Tablo 4: Hastaların Kronik Hastalığa Göre Dağılımı**

Kronik Hastalık	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon	42	20.4
Diyabet	22	10.7
Hiperlipidemi	3	1.5
<b>Toplam</b>	<b>67*</b>	<b>32.5</b>

\*Kronik hastalığı olan hasta sayısına göre yüzdeler hesaplanmıştır

Tablo 4’de hastaların kronik hastalıklara göre dağılımı incelendiğinde; % 20.4’ünün hipertansiyon, % 10.7’sinin diyabet, % 1.5’inin hiperlipidemi görüldüğü saptandı.

**Tablo 5: Hastaların İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı**

Sürekli Kullanılan İlaç	Sayı	Yüzde
Yok	139	67.5
Var	67	32.5
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 5’de hastaların ilaç kullanma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; hastaların % 67.5’inin ilaç kullanmadığı, % 32.5’inin ilaç kullandığı görüldü.

**Tablo 6: Hastaların Kullandığı İlaç Göre Dağılımı**

Kullanılan İlaç	Sayı	Yüzde
Antihipertansif	42	20.4
Antidiyabetik	20	9.7
Antihiperlipidemik	5	2.4
<b>Toplam</b>	<b>67*</b>	<b>32.5</b>

\*Kullanılan ilaç hasta sayısına göre yüzdeler hesaplanmıştır

Tablo 6’da hastaların kullandığı ilaca göre dağılımı incelendiğinde; % 20.4’ünün antihipertansif, % 9.7’inin antidiyabetik ve % 2.4’ünün antihiperlipidemik kullandığı saptandı.

**Tablo 7: Hastaların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Dağılımı**

<b>Egzersiz Yapma Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Hafif egzersiz	91	44.2
Orta egzersiz	30	14.6
Ağır egzersiz	9	4.4
Yapmayan	76	36.8
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 7’de hastaların egzersiz yapma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; % 44.2’sinin hafif egzersiz, % 14.6’sının orta egzersiz, % 4.4’ünün ağır egzersiz, % 36.8’inin egzersiz yapmadığı görüldü.

**Tablo 8: Hastaların Ameliyat Olma Durumuna Göre Dağılımı**

<b>Daha Önce Ameliyat Olma Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Evet	130	63.1
Hayır	76	36.9
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 8’de hastaların daha önce ameliyat olma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; % 63.1’inin daha önce ameliyat olduğu, % 36.9’unun ise ameliyat olmadığı saptandı.

### **3.2. Hastaların Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkma Durumuna Yönelik Dağılımı**

**Tablo 9: Hastaların Geçirdiği Ameliyat Tipine Göre Dağılımı**

<b>Ameliyatın Tipi</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Açık Kolesistektomi	42	20.4
Laparoskopik Kolesistektomi	164	79.6
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 9’da hastaların geçirdiği ameliyat tipine göre dağılımı incelendiğinde; % 20.4’ünün açık kolesistektomi, % 79.6’sının laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olduğu görüldü.

**Tablo 10: Hastaların Ameliyat Sürelerine Göre Dağılımı**

Ameliyat Süresi (dk)	Sayı	Yüzde
15-30 dakika	72	35.0
31-60 dakika	127	61.7
61 dakika ve üzeri	7	3.3
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 10'da hastaların ameliyat sürelerine göre dağılımı incelendiğinde, hastaların % 35.0'nının 15-30 dakika, % 61.7'sinin 31-60 dakika, % 3.4'ünün 61 dakika ve üzeri ameliyat sürelerinin olduğu, hastaların ameliyat süreleri 25 ile 120 dakika (min-max) arasında değişmekte olup, ortalaması  $42.25 \pm 16.44$  dakika olduğu belirlendi.

**Tablo 11: Hastaların Ameliyattan Çıkma Saatlerine Göre Dağılımı**

Ameliyattan Çıkma Saati (saat)	Sayı	Yüzde
0-12 saat	177	85.9
13 saat ve üzeri	29	14.1
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 11'de araştırmaya katılan hastaların ameliyattan çıkış saatlerine göre dağılımı incelendiğinde; % 85.9'unun 0-12 saatleri arasında, % 14.1'inin 13 saat ve üzeri, hastaların ilk ayağa kalkma zamanına kadar geçen süreleri 3 ile 24 saat (min-max) arasında değişmekte, ortalama değerleri  $8.26 \pm 2.95$  saat olduğu saptandı.

**Tablo 12: Hastaların Yoğun Bakımda Kalma Sürelerine Göre Dağılımı**

Yoğun Bakımda Kalma Süresi	Sayı	Yüzde
0-12 saat	199	96.6
13 saat ve üzeri	7	3.4
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 12'de araştırmaya katılan hastaların yoğun bakımda kalma sürelerine göre dağılımı incelendiğinde; % 96.6'sının 0-12 saat, % 3.4'ünün 13 saat ve üzeri, yoğun bakımda kaldığı saptandı.

**Tablo 13: Hastaların Ameliyat Sonrası Aç Kalma Sürelerine Göre Dağılımı**

<b>Aç Kalma Süresi</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
0-6 saat	9	4.4
7-12 saat	150	72.8
13 -25 saat ve üzeri	47	22.8
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 13’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası aç kalma sürelerine göre dağılımı incelendiğinde, % 4.4’ünün 0-6 saat, % 72.8’sinin 7-12 saat, % 22.8’inin, 13-25 saat ve üzeri aç kaldığı, ameliyat sonrası aç kalkma sürelerine göre min-max değerleri 3-28 saat, ortalama değerleri 12.31±6.17 saat olduğu görüldü.

**Tablo 14: Hastaların Ameliyat Sonrası İdrar Kateteri Bulunma Durumuna Göre Dağılımı**

<b>İdrar Kateteri</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Var	12	5.8
Yok	194	94.2
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 14’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası idrar kateteri bulunma durumuna göre dağılımı incelendiğinde, % 5.8’inin idrar kateterinin olduğu ve % 94.2’sinin idrar kateteri olmadığı saptandı.

**Tablo 15: Hastaların Ameliyat Sonrası Dren Bulunma Durumuna Göre Dağılımı**

<b>Dren</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Var	54	26.2
Yok	152	73.8
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 15’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası dren bulunma durumuna göre dağılımları verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 26.2’sinin dren olduğu ve % 73.8’inin ise dren olmadığı bulundu.

**Tablo 16: Hastaların Ameliyat Sonrası Parenteral Sıvı Tedavisi Alma Duruma Göre Dağılımları**

Parenteral Sıvı Tedavisi	Sayı	Yüzde
Alan	204	99.0
Almayan	2	1.0
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 16’da araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası parenteral sıvı tedavisi alma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; hastaların % 99.0’ının parenteral sıvı tedavisi aldığı, % 1.0’inin ise parenteral sıvı tedavisi almadığı saptandı.

**Tablo 17: Hastaların Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkma Saatine Göre Dağılımları**

Ayağa Kalkma Saatleri (saat)	min-max	ort±ss
İlk Ayağa Kalkma	3-26	8.94±3.24
2.Ayağa Kalkma	1-20	4.42±2.83
3.Ayağa Kalkma	1-28	5.53±2.66
4.Ayağa Kalkma	1-9	4.22±1.58
5.Ayağa Kalkma	1-9	3.58±1.35
6. Ayağa Kalkma	1-11	3.70±1.70
7. Ayağa Kalkma	1-20	4.18±2.27
8. Ayağa Kalkma	1-24	4.41±2.71
9. Ayağa Kalkma	1-15	4.39±3.03
10. Ayağa Kalkma	1-12	3.17±2.50
11. Ayağa Kalkma	1-10	2.36±2.13

Tablo 17’de hastaların ayağa kalkma saatleri incelendiğinde; ilk ayağa kalkma 3 ile 26 saatler arasında değişmekte ve ortalaması 8.94±3.24 olduğu ve



ortalamanın diğer değerlendirmelere göre yüksek olması anesteziye bağlı olduğu görüldü, 2. ayağa kalkma 1 ile 20 saatler arasında değişmekte ve ortalaması  $4.42\pm 2.83$ , 3. ayağa kalkma 1 ile 28 saatleri arasında değişmekte ve ortalaması  $5.53\pm 2.66$ , 4. ayağa kalkma 1 ile 9 saatleri arasında değişmekte ve ortalaması  $4.22\pm 1.58$ , 5. ayağa kalkma 1 ile 9 saatler arasında değişmekte ve ortalaması  $3.58\pm 1.35$ , 6. ayağa kalkma 1 ile 11 saatler arasında değişmekte ve ortalaması  $3.70\pm 1.70$ , 7. ayağa kalkma 1 ile 20 saatleri arasında değişmekte ve ortalaması  $4.18\pm 2.27$ , 8. ayağa kalkma 1 ile 24 saatler arasında değişmekte ve ortalaması  $4.41\pm 2.71$ , 9. ayağa kalkma 1 ile 15 dakika arasında değişmekte ve ortalaması  $4.39\pm 3.03$ , 10. ayağa kalkma 1 ile 12 dakika arasında değişmekte ve ortalaması  $3.17\pm 2.50$ , 11. ayağa kalkma 1 ile 10 dakika arasında değişmekte ve ortalaması  $2.36\pm 2.13$  olduğu belirlendi.

**Tablo 18: Hastaların Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkma Sürelerine Göre Dağılımı**

Süre (dk)	min-max	ort $\pm$ ss
İlk Ayağa Kalkma	5-20	$5.97\pm 2.26$
2.Ayağa Kalkma	5-20	$8.95\pm 3.23$
3.Ayağa Kalkma	5-30	$10.75\pm 4.74$
4.Ayağa Kalkma	5-30	$11.84\pm 5.24$
5.Ayağa Kalkma	5-30	$12.45\pm 5.92$
6. Ayağa Kalkma	5-30	$12.16\pm 6.01$
7. Ayağa Kalkma	5-30	$11.82\pm 5.36$
8. Ayağa Kalkma	5-40	$11.04\pm 5.36$
9. Ayağa Kalkma	5-30	$9.87\pm 4.94$
10. Ayağa Kalkma	5-30	$9.41\pm 4.23$
11. Ayağa Kalkma	5-30	$8.59\pm 4.27$

Hastaların ayağa kalkma süreleri incelendiğinde; ilk ayağa kalkma süresi 5 ile 20 dakika arasında değişmekte olduğu, ortalaması  $5.97\pm 2.26$ , 2. ayağa kalkma süresi 5 ile 20 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması  $8.95\pm 3.23$ , 3. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması  $10.75\pm 4.74$ , 4. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması

11.84±5.24, 5. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 12.45±5.92, 6. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 12.16±6.01, 7. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 11.82±5.36, 8. ayağa kalkma süresi 5 ile 40 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 11.04±5.36, 9. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 9.87±4.94, 10. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 9.41±4.23, 11. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 8.59±4.27 olduğu belirlendi (Tablo 18).

**Tablo 19: Hastaların Ameliyat Sonrası Toplam Ayağa Kalkma Sürelerine Göre Dağılımı**

<b>Toplam Süre (dk)</b>	<b>min-max</b>	<b>ort±ss</b>
İlk Ayağa Kalkma	5-20	5.97±2.26
2.Ayağa Kalkma	5-20	8.95±3.23
3.Ayağa Kalkma	5-30	10.75±4.74
4.Ayağa Kalkma	5-30	11.84±5.24
5.Ayağa Kalkma	5-30	11.84±5.24
6. Ayağa Kalkma	5-30	12.16±6.01
7. Ayağa Kalkma	5-30	11.82±5.98
8. Ayağa Kalkma	5-40	11.01±5.38
9. Ayağa Kalkma	5-30	9.90±4.93
10. Ayağa Kalkma	5-30	9.39±4.24
11. Ayağa Kalkma	5-30	8.61±4.26

Hastaların 1. ayağa kalkma süresi 5 ile 20 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 5.97±2.26, 2. ayağa kalkma süresi 5 ile 20 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 8.95±3.23, 3. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 10.75±4.74, 4. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 11.84±5.24, 5. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 11.84±5.24, 6. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 12.16±6.01, 7. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması 11.82±5.98, 8. ayağa kalkma

süresi 5 ile 40 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması  $11.01 \pm 5.38$ , 9. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması  $9.90 \pm 4.93$ , 10. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması  $9.39 \pm 4.24$ , 11. ayağa kalkma süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalaması  $8.61 \pm 4.26$  olduğu belirlendi (Tablo 19).

**Tablo 20: Hastaların Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkma Sırasında Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>Destek Alma</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>1.Ayağa Kalkma</b>		
Destek Alan	205	99.5
Destek Almayan	1	0.5
<b>2.Ayağa Kalkma</b>		
Destek Alan	204	98.6
Destek Almayan	2	1.4
<b>3.Ayağa Kalkma</b>		
Destek Alan	179	86.5
Destek Almayan	27	13.5
<b>4.Ayağa Kalkma</b>		
Destek Alan	109	53.1
Destek Almayan	97	46.9
<b>5.Ayağa Kalkma</b>		
Destek Alan	54	26.6
Destek Almayan	152	73.4
<b>6.Ayağa Kalkma</b>		
Destek Alan	37	18.4
Destek Almayan	169	81.6
<b>7.Ayağa Kalkma</b>		
Destek Alan	24	11.6
Destek Almayan	182	88.4
<b>8.Ayağa Kalkma</b>		
Destek Alan	22	11.1
Destek Almayan	184	88.9

<b>9.Ayağa Kalkma</b>		
Destek Alan	24	12.1
Destek Almayan	182	87.9
<b>10.Ayağa Kalkma</b>		
Destek Alan	21	10.6
Destek Almayan	185	89.4
<b>11.Ayağa Kalkma</b>		
Destek Alan	24	12.1
Destek Almayan	182	87.9
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 20’de hastaların ameliyat sonrası ayağa kalkma sırasında destek alma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; % 99.5’inin ilk ayağa kalkmada destek aldığı, % 0.5’inin ise destek almadığı, 2. ayağa kalkmada % 98.6’sının destek aldığı, % 1.4’ünün almadığı, 3. ayağa kalkmada % 86.5’inin destek aldığı % 13.5’inin destek almadığı, 4. ayağa kalkmada % 53.1’inin destek aldığı % 46.0’ının destek almadığı, 5. ayağa kalkmada % 26.6’sının destek aldığı, % 73.4’ünün destek almadığı, 6. ayağa kalkmada % 18.4’ünün destek aldığı % 81.6’sının destek almadığı, 7. ayağa kalkmada % 11.6’sının destek aldığı, % 88.4’ünün destek almadığı, 8. ayağa kalkmada % 11.1’inin destek aldığı % 88.9’unun destek almadığı, 9. ayağa kalkmada % 12.1’inin destek aldığı % 87.9’unun destek almadığı, 10. ayağa kalkmada % 10.6’sının destek aldığı % 89.4’ünün destek almadığı, 11. ayağa kalkmada % 12.1’inin destek aldığı % 87.9’unun destek almadığı görüldü.

**Tablo 21: Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Yaşam Bulgularının Karşılaştırılması**

Yaşam Bulguları	Ayağa Kalkma		t	p
	Önce	Sonra		
	Ort ±ss	Ort ±ss		
<b>1. Ayağa Kalkma</b>				
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	116.79 ±6,73	117.42 ±6.96	2.88	0.004
Diyastolik kan basıncı (mm/Hg)	70.97 ±7.58	70.87 ±6.99	0.136	0.892
<b>2. Ayağa Kalkma</b>				
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	117.87 ±8.84	118.68 ±5.29	1.497	0,0136
Diyastolik kan basıncı (mm/Hg)	67.71 ±7.20	75.24 ±5.90	11.326	0.000
<b>3. Ayağa Kalkma</b>				
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	118.73 ±5.44	119 ±5.46	1.817	0.071
Diyastolik kan basıncı (mm/Hg)	68.20 ±6.78	75.67 ±5.52	12.94	0.000
<b>1. Ayağa Kalkma</b>				
Nabız atım/dk	70.98 ±8.31	74.17 ±7.32	-10.451	0.000
<b>2. Ayağa Kalkma</b>				
Nabız atım/dk	75.50 ±6.75	78.67 ±7.31	-22.021	0.000
<b>3. Ayağa Kalkma</b>				
Nabız atım/dk	77.56 ±7.83	80.84 ±7.98	-25.905	0.000
<b>1. Ayağa Kalkma</b>				
Solunum/dk	12.31 ±4.18	12.97 ±4.58	-9.715	0.000
<b>2. Ayağa Kalkma</b>				
Solunum/dk	12.32 ±0.735	12.37 ±1.096	-0.973	0.332
<b>3. Ayağa Kalkma</b>				
Solunum/dk	12.18 ±0.612	12.24±0.7387	-2.480	0.014

Tablo 21’de araştırmaya katılan hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası dönemde sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız ve solunum sayısı karşılaştırıldığında, hastaların ayağa kalkma sonrası sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız ve solunum sayılarının ayağa kalkma öncesi değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 22: Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Yorgunluk Durumuna Göre Dağılımı**

Yorgunluk	Ayağa Kalkma			
	Önce		Sonra	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>1. Ayağa Kalkma</b>				
Var	52	25.2	51	24.8
Yok	154	74.8	155	75.2
<b>2. Ayağa Kalkma</b>				
Var	8	3.9	10	4.9
Yok	198	96.1	196	95.1
<b>3. Ayağa Kalkma</b>				
Var	5	2.4	5	2.4
Yok	201	97.6	201	97.6
<b>Toplam</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 22’de hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası yorgunluk durumu incelendiğinde, ayağa kalkma öncesi 1.ayağa kalkmada hastaların % 25.2’sinin yorgun olduğu % 74.8’inin yorgun olmadığı, ayağa kalkma sonrası % 24.8’sinin yorgun olduğu, % 75.2’sinin yorgun olmadığı, ayağa kalkma öncesi yorgunluk düzeyin 2.ayağa kalkmada hastaların % 3.9’unun yorgun olduğu, % 96.1’inin yorgun olmadığı, ayağa kalkma sonrası % 4.9’unun yorgun olduğu, % 95.1’inin yorgun olmadığı, ayağa kalkma öncesi 3.ayağa kalkmada hastaların % 2.4’ünün yorgun olduğu, % 97.6’sının yorgun olmadığı, ayağa kalkma sonrası % 2.4’ünün yorgun olduğu, % 97.6’sının yorgun olmadığı saptandı.

**Tablo 23: Hastaların Ayaga Kalkma Öncesi ve Sonrası Çarpıntı Yaşama Durumuna Göre Dağılımı**

Çarpıntı	Ayaga Kalkma			
	Önce		Sonra	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>1. Ayaga Kalkma</b>				
Var	24	11.7	25	12.1
Yok	182	88.3	181	87.9
<b>2. Ayaga Kalkma</b>				
Var	3	1.5	3	1.5
Yok	203	98.5	203	98.5
<b>3. Ayaga Kalkma</b>				
Var	3	1.5	3	1.5
Yok	203	98.5	203	98.5
<b>Toplam</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 23’de hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası çarpıntı değeri incelendiğinde, ayağa kalkma öncesi çarpıntı düzeyin 1. ayağa kalkmada hastaların % 11.7’sinin çarpıntı yaşadığı, % 88.3’ünün çarpıntı yaşamadığı, ayağa kalkma sonrası % 12.1’inin çarpıntı yaşadığı, % 87.9’unun çarpıntı yaşamadığı, ayağa kalkma öncesi 2.ayağa kalkmada hastaların % 1.5’inin çarpıntı yaşadığı, % 98.5’inin çarpıntı yaşamadığı, ayağa kalkma sonrası % 1.5’sinin çarpıntı yaşadığı, % 98.5’inin çarpıntı yaşamadığı, ayağa kalkma öncesi 3.ayağa kalkmada hastaların % 1.5’inin çarpıntı yaşadığı, % 98.5’inin çarpıntı yaşamadığı, ayağa kalkma sonrası % 1.5’sinin çarpıntı yaşadığı, % 98.5’inin çarpıntı yaşamadığı saptandı.

**Tablo 24: Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Baş Dönmesi Yaşama Durumuna Göre Dağılımı**

Baş Dönmesi	Ayağa Kalkma			
	Önce		Sonra	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>1. Ayağa Kalkma</b>				
Var	31	15.0	35	17.0
Yok	75	85.0	171	83.0
<b>2. Ayağa Kalkma</b>				
Var	3	1.5	2	1.0
Yok	203	98.5	204	99.0
<b>3. Ayağa Kalkma</b>				
Var	1	0.5	1	0.5
Yok	205	95.5	205	95.5
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 24’de hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası baş dönmesi yaşama durumu incelendiğinde, ayağa kalkma öncesi 1. ayağa kalkmada hastaların % 15.0’inin baş dönmesi yaşadığı % 85.0’inin baş dönmesi yaşamadığı, ayağa kalkma sonrası % 17.0’inin baş dönmesi yaşadığı, % 83.0’inin baş dönmesi yaşamadığı, ayağa kalkma öncesi 2.ayağa kalkmada hastaların % 1.5’inin baş dönmesi yaşadığı, %98.5’inin baş dönmesi yaşamadığı, ayağa kalkma sonrası, % 1.0’inin baş dönmesi yaşadığı, % 99’unun baş dönmesi yaşamadığı, ayağa kalkma öncesi 3.ayağa kalkmada hastaların % 0.5’inin baş dönmesi yaşadığı, % 95.5’inin baş dönmesi yaşamadığı, ayağa kalkma sonrası % 0.5’inin baş dönmesi yaşadığı, % 95.5’inin baş dönmesi yaşamadığı bulundu.



**Tablo 25: Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Gaz Çıkarma Durumuna Göre Dağılımı**

Gaz Çıkarma Durumu	Ayağa Kalkma			
	Önce		Sonra	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>1. Ayağa Kalkma</b>				
Var	103	50.0	163	79.1
Yok	103	50.0	43	20.9
<b>2. Ayağa Kalkma</b>				
Var	204	99.0	205	99.5
Yok	2	1.0	1	0.5
<b>3. Ayağa Kalkma</b>				
Var	205	99.5	205	99.5
Yok	1	0.5	1	0.5
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 25’de hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası gaz çıkarma durumu incelendiğinde, ayağa kalkma öncesi 1.ayağa kalkmada % 50.0’inin gaz çıkardığı, % 50.0’inin gaz çıkarmadığı, ayağa kalkma sonrası %79.1’inin gaz çıkardığı, % 20.9’unun gaz çıkarmadığı, ayağa kalkma öncesi gaz çıkarma durumu 2.ayağa kalkmada %99.0’unun gaz çıkardığı, % 1.0’inin gaz çıkarmadığı, %99.5’inin gaz çıkardığı, % 0.5’inin gaz çıkarmadığı, ayağa kalkma öncesi gaz çıkarma durumu 3.ayağa kalkmada % 99.5’inin gaz çıkardığı, % 0.5’inin gaz çıkarmadığı saptandı.

**Tablo 26: Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Bağırsak Seslerinin Durumuna Göre Dağılımı**

Bağırsak Sesleri	Ayağa Kalkma			
	Önce		Sonra	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>1. Ayağa Kalkma</b>				
Var	183	88.8	195	94.7
Yok	23	11.2	11	5.3
<b>2. Ayağa Kalkma</b>				
Var	202	98.1	201	97.6
Yok	4	1.9	5	2.4
<b>3. Ayağa Kalkma</b>				
Var	203	98.5	203	98.5
Yok	3	1.5	3	1.5
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 26’da hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası bağırsak sesleri durumu incelendiğinde, ayağa kalkma öncesi 1.ayağa kalkmada % 88.8’inin bağırsak seslerinin olduğu, % 11.2’sinin bağırsak seslerinin olmadığı, ayağa kalkma sonrası % 94.7’sinin bağırsak seslerinin olduğu, % 5.3’ünün bağırsak seslerinin olmadığı, ayağa kalkma öncesi gaz çıkarma durumu 2.ayağa kalkmada % 98.1’inin bağırsak seslerinin olduğu, % 1.9’unun bağırsak seslerinin olmadığı, % 97.6’sının bağırsak seslerinin olduğu, % 2.4’ünün bağırsak seslerinin olmadığı, ayağa kalkma öncesi gaz çıkarma durumu 3.ayağa kalkmada % 98.5’inin bağırsak seslerinin olduğu, % 1.5’inin bağırsak seslerinin olmadığı, ayağa kalkma sonrası % 98.5’inin bağırsak seslerinin olduğu, % 1.5’inin bağırsak seslerinin olmadığı saptandı.

**Tablo 27: Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Baş Ağrısı Yaşama Durumuna Göre Dağılımı**

Baş Ağrısı Durumu	Ayağa Kalkma			
	Önce		Sonra	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>1. Ayağa Kalkma</b>	30	14.6	27	13.1
Var	176	85.4	179	86.9
Yok				
<b>2. Ayağa Kalkma</b>	7	3.4	7	3.4
Var	199	96.6	199	96.6
Yok				
<b>3. Ayağa Kalkma</b>	6	2.9	6	2.9
Var	200	97.1	200	97.1
Yok				
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 27’de hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası baş ağrısı yaşama durumu incelendiğinde, ayağa kalkma öncesi 1. ayağa kalkmada % 14.6’sının baş ağrısı yaşadığı, % 85.4’ünün baş ağrısı yaşamadığı, ayağa kalkma sonrası % 13.1’inin baş ağrısı yaşadığı, % 86.9’unun baş ağrısı yaşamadığı, ayağa kalkma öncesi 2.ayağa kalkmada, % 3.4’ünün baş ağrısı hissettiği, % 96.6’sının baş ağrısı yaşamadığı, ayağa kalkma sonrası % 3.4’ünün baş ağrısı yaşadığı, % 96.6’sının baş ağrısı yaşamadığı, ayağa kalkma öncesi 3.ayağa kalkmada % 2.9’unun baş ağrısı yaşadığı, % 97.1’inin baş ağrısı yaşamadığı, ayağa kalkma sonrası % 2.9’unun baş ağrısı yaşadığı, % 97.1’inin baş ağrısı yaşamadığı belirlendi.

**Tablo 28: Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Ağrı Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Ağrı Durumu	Ayağa Kalkma	
	Önce	Sonra
	Ort(x) ±ss(sd)	Ort(x) ±ss(sd)
1. Ayağa Kalkma	4.32 ±1.07	4.35 ±1.08
2. Ayağa Kalkma	2.36 ±0.75	2.43 ±0.81
3. Ayağa Kalkma	1.20 ±0.52	1.21±0.53

Tablo 28’de hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası VAS skalası ile ağrı puan ortalamaları incelendiğinde; ağrı durumu 1.ayağa kalkmada hastaların ayağa kalkma öncesi ağrı puan ortalamasının ve standart sapması 4.32±1.07 olduğu, ayağa kalkma sonrası ise 4.35 ±1.08 olduğu, ağrı durumu 2.ayağa kalkmada hastaların ayağa kalkma öncesi ağrı puan ortalamasının 2.36±0.75 olduğu, ayağa kalkma sonrası 2.43±0.81 olduğu, 3.ayağa kalkmada hastaların ayağa kalkma öncesi ağrı puan ortalamasının 1.20 ±0.52, ayağa kalkma sonrası 1.21±0.53 olduğu belirlendi.

**Tablo 29: Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Bulantı Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Bulantı Durumu	Ayağa Kalkma	
	Önce	Sonra
	Ort(x) ±ss(sd)	Ort(x) ±ss(sd)
1. Ayağa Kalkma	2.08 ±1.23	2.13 ±1.34
2. Ayağa Kalkma	0.95 ±0.80	0.97 ±0.84
3. Ayağa Kalkma	0.15 ±0.43	0.13 ±0.42

Tablo 29’da hastalarının ayağa kalkma öncesi ve sonrası VAS ile bulantı durumu incelendiğinde; ayağa kalkma öncesi 1.ayağa kalkmada bulantı puan ortalamasının 2.08±1.23 olduğu, ayağa kalkma sonrası 2.13±1.34 olduğu, ayağa kalkma öncesi 2. ayağa kalkmada bulantı puan ortalamasının 0.95±0.80 olduğu, ayağa kalkma sonrası 0.9±0.84 olduğu, ayağa kalkma öncesi 3.ayağa kalkmada bulantı puan ortalamasının 0.15±0.43 olduğu, ayağa kalkma sonrası 0.13±0.42 olduğu belirlendi.

**Tablo 30: Hastaların Ayağa Kalkma Öncesi ve Sonrası Yaşadığı Durumlara Göre Dağılımı**

Yaşanan Durumlar	Ayağa Kalkma											
	1.Ayağa Kalkma				2. Ayağa Kalkma				3. Ayağa Kalkma			
	Öncesi		Sonrası		Öncesi		Sonrası		Öncesi		Sonrası	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anksiyete	161	78.2	163	79.1	168	81.6	168	81.6	170	82.5	169	82.0
Uykusuzluk	19	9.2	19	9.2	18	8.7	18	8.7	17	8.3	18	8.7
Kusma	1	0.5	1	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-
Korku	6	2.9	6	2.9	3	1.5	3	1.5	2	1.0	2	1,0
Sorun Yaşamayan	19	9.2	17	8.3	17	8.3	17	8.3	17	8.3	17	8.3
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 30'da hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası yaşadığı durumlara göre dağılımı incelendiğinde; ayağa kalkma öncesi 1.ayağa kalkmada hastaların % 78.2'sinin anksiyete, % 9.2'sinin uykusuzluk, % 0.5'inin kusma, % 2.9'unun korku yaşadığı ve % 9.2'sinin herhangi bir sorun yaşamadığı, ayağa kalkma sonrası 1. ayağa kalkmada % 79.1'inin anksiyete, % 9.2'sinin uykusuzluk, % 0.5'inin kusma, % 2.9'unun korku yaşadığı, ve % 8.3'ünün herhangi bir durumu yaşamadığı, hastaların ayağa kalkma öncesi 2.ayağa kalkmada % 81.6'sının anksiyete, % 8.7'inin uykusuzluk, % 1.5'inin korku yaşadığı ve % 8.3'ünün ise herhangi bir durumu yaşamadığı, ayağa kalkma sonrası 2.ayağa kalkmada % 81.6'sının anksiyete, % 8.7'sinin uykusuzluk, % 1.5'inin korku yaşadığı ve % 8.3'ünün herhangi bir durum yaşamadığı ve kusmada görülmediği, ayağa kalkma öncesi 3.ayağa kalkmada % 82.5'inin anksiyete, % 8.3'ünün uykusuzluk, % 1.0'ının korku yaşadığı, kusmanın görülmediği ve % 8.3'ünün herhangi bir durum yaşamadığı, ayağa kalkma sonrası 3.ayağa kalkmada % 82.0'ının anksiyete, % 8.7'inin uykusuzluk, % 1.0'ının korku yaşadığı, kusmanın görülmediği ve % 8.3'ünün ise herhangi bir durum yaşamadığı görüldü.

**Tablo 31: Hastaların Ameliyat Sonrası Açlık ve Susuzluk Hissetme Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Açlık/Susuzluk Hissi	Ortalama (x)	Standart Sapma (SD)	min	max
Susuzluk Hissi	4.83	1.66	1.00	9.00
Açlık Hissi	1.82	0.87	1.00	7.00

Tablo 31’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası VAS ile açlık/susuzluk hissetme puan ortalamaları incelendiğinde; susuzluk hissi puan ortalamasının 4.83±1.66 puan ve min-max 1.0-9.0 puan olduğu, açlık hissi puan ortalamasının 1.82 ±0.87 puan ve min-max 1.00-7.00 puan olduğu saptandı.

**Tablo 32: Hastaların Ameliyat Sonrası İlk Oral Beslenmeye Başlama Süresine Göre Dağılımı**

Oral Beslenmeye Başlama Süresi	Sayı	Yüzde
0-6 saat	87	42.0
7-12 saat	70	33.8
13-24 saat	33	15.9
25 saat ve üzeri	16	8.3
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 32’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası oral beslenmeye başlama süresine göre dağılımı incelendiğinde, % 42.0’ının 0-6 saatler, % 33.8’inin 7-12 saatler, % 15.9’unun 13-24 saatler ve % 8.3’ünün 25 saat ve üzeri oral beslenmeye başladığı, ortalamasının 12.31±6.17 saat ve 3 ile 28 saatler arasında min-max değerlerinin olduğu görüldü.

**Tablo 33: Hastaların Ameliyat Sonrası Analjezik Kullanma Durumuna Göre Dağılımı**

Analjezik Kullanma Durumu	Sayı	Yüzde
Kullanan	205	99.5
Kullanmayan	1	0.5
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 33’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası analjezik kullanma durumuna göre dağılımları incelendiğinde, % 99.5’inin analjezik kullandığı ve % 0.5’inin analjezik kullanmadığı belirlendi ve hastalara kliniğin protokolüne uygun olduğu için analjezik uygulandı.

**Tablo 34: Hastaların Ameliyat Sonrası Kullanılan Analjeziğin Dozuna Göre Dağılımları**

<b>Analjezik Dozu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
5 mg (Parasetamol)	6	2.9
50 mg ve zeri (Pethidine HCl)	199	96.6
<b>Toplam</b>	<b>205*</b>	<b>99.5</b>

\*Analjezik kullanan hasta sayısına göre yüzde hesaplanmıştır

Tablo 34’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası kullanılan analjeziğin tek dozuna göre dağılımları incelendiğinde; hastaların % 2.9’unun 5 mg (Parasetamol), % 96.6’sının 50 mg (Pethidine HCl) ve üzeri analjezik kullandığı görüldü.

**Tablo 35: Hastaların Ameliyat Sonrası Kullandığı Analjeziğin Veriliş Yoluna Göre Dağılımları**

<b>Veriliş Yolu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
İntravenöz	138	66.7
İntramüsküler	7	3.4
Subkutan	55	27.1
Oral	5	2.4
<b>Toplam</b>	<b>205*</b>	<b>99.5</b>

\*Analjezik veriliş yolu hasta sayısına göre yüzde hesaplanmıştır

Tablo 35’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası kullanılan analjeziğin veriliş yoluna göre dağılımları incelendiğinde, % 66.7’sinin intravenöz, %3.4’ünün intramüsküler, % 27.1’inin subkutan, % 2,4’ünün oral analjezik kullandığı saptandı.

**Tablo 36: Hastaların Ameliyat Sonrası Bağırsak Seslerinin Duyulma Süresine Göre Dağılımı**

Bağırsak Sesleri Duyulma Süresi	Sayı	Yüzde
0-24 saat	105	51.2
25 saat ve üzeri	101	48.8
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 36’da araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası bağırsak seslerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 51.2’sinin 0-24 saatleri, % 48.8’inin 25 saat ve üzeri bağırsak seslerinin başladığı, ortalamasının  $15.55 \pm 6.41$  saat ve 4 ile 32 saat arasında min-max değerlerinin olduğu saptandı.

**Tablo 37: Hastaların Ameliyat Sonrası Gaz Çıkarma Durumuna Göre Dağılımı**

Gaz Çıkarma Durumu	Sayı	Yüzde
0-24 saat	83	40.1
25 saat ve üzeri	123	59.9
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 37’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası gaz çıkarma durumuna göre dağılımı incelendiğinde, hastaların % 40.1’inin 0-24 saatleri arasında gaz çıkardığı, % 59.9’unun 25 saat ve üzeri gaz çıkardığı, ortalamasının  $23.9 \pm 6.18$  saat ve 9 ile 37 saat arasında min-max değerlerinin olduğu saptandı.

**Tablo 38: Hastaların Ameliyat Sonrası İlk Defekasyon Yapma Durumuna Göre Dağılımı**

Defekasyon Durumu	Sayı	Yüzde
İlk 24 saat	97	47.1
25-48 saat	41	19.9
49-72 saat	57	27.7
73 saat ve üzeri	11	5.3
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>



Tablo 38’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası ilk defekasyon yapma durumuna göre dağılımını incelendiğinde, % 47.1’inin ilk 24 saatte, % 19.9’unun 25-48 saatte, % 27.7’sinin 49-72 saatte, % 5.3’ünün 73 saat ve üzeri gaita çıkışı olduğu, ortalamasının  $36.33 \pm 17.79$  saat ve 17 ile 78 saat arasında min-max değerlerinin olduğu saptandı.

**Tablo 39: Hastaların Ameliyat Sonrası Abdominal Distansiyon Yaşama Durumuna Göre Dağılımı**

Abdominal Distansiyon	Sayı	Yüzde
Gelişen	118	57.3
Gelişmeyen	88	42.7
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 39’da araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası abdominal distansiyon yaşama durumuna göre dağılımını incelendiğinde; % 57.3’ünün abdominal distansiyon geliştiği, % 42.7’sinin ise abdominal distansiyon gelişmediği görüldü.

**Tablo 40: Hastaların Ameliyat Sonrası Derin Solunum Öksürük Egzersizleri Uygulama ve Triflo Kullanma Durumuna Göre Dağılımı**

Derin Solunum, Öksürük Egzersizleri ve Triflo Kullanma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	-	-
Hayır	206	100
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 40’da araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası derin solunum, öksürük egzersizlerini uygulamadığı ve triflo kullanmadığı saptandı.

**Tablo 41: Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Ayağa Kalkamama Nedenlerine Göre Dağılımı**

Ayağa Kalkamama Nedeni	Sayı	Yüzde
Ağrı	171	83.0
İsteksizlik	5	2.4
Diğer(Anksiyete, Korku,Kusma, Obezite, Ateş)	10	4.9
Halsizlik	20	9.7
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 41’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kalkamama durumuna göre dağılımı incelendiğinde; % 83.0’ının ağrı, % 2.4’ünün isteksizlik, % 9.7’sinin halsizlik, % 4.9’unun diğer nedenlere bağlı ayağa kalkamadıkları görüldü.

**Tablo 42: Hastaların Ameliyat Sonrası Taburculuğa Kadar Komplikasyon Gelişme Durumuna Göre Dağılımı**

Komplikasyon Durumu	Sayı	Yüzde
Var (Bulantı, Kusma, Ateş)	6	3.4
Yok	200	96.6
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 42’de araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumuna göre dağılımı incelendiğinde, % 3.4’ünün komplikasyon geliştiği, % 96.6’sının komplikasyon gelişmediği saptanmıştır.

**Tablo 43: Hastaların Taburcu Olma Zamanına Göre Dağılımı**

Taburcu Olma Zamanı	Sayı	Yüzde
Ameliyat sonrası 1. gün	47	22.7
Ameliyat sonrası 2. gün	140	67.7
Ameliyat sonrası 3. gün	16	7.7
Ameliyat sonrası 4.gün ve üzeri	3	1.9
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

Tablo 43’de araştırmaya katılan hastaların, taburculuk zamanına göre dağılımları incelendiğinde; hastaların % 22.7’sinin ameliyat sonrası 1.gün, % 67.7’sinin ameliyat sonrası 2.gün, % 7.7’sinin ameliyat sonrası 3.gün, % 1.9’unun ameliyat sonrası 4. gün ve üzeri taburcu olduğu, ortalamasının 1.87±0.59 gün ve min-max değerlerinin 1 ile 4 gün arasında olduğu görüldü.

**Tablo 44: Hastaların Ameliyat Sonrası Abdominal Distansiyon Görülme Durumuna Göre İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması**

Abdominal Distansiyon	İlk Ayağa Kalkma Zamanı											
	0-4 saat		5-8 saat		9-12 saat		13-24 saat		25 saat ve zeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	12	5.8	54	26.2	45	21.8	3	1.5	4	1.9	118	57.3
Yok	5	2.4	46	22.3	30	14.6	5	2.4	2	1.0	88	42.7
<b>Toplam</b>	<b>17</b>	<b>8.3</b>	<b>100</b>	<b>48.5</b>	<b>75</b>	<b>36.4</b>	<b>8</b>	<b>3.9</b>	<b>6</b>	<b>2.9</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

**Pearson Chi-Square : 0.49 p>0.05**

Tablo 44’de araştırmaya katılan hastaların abdominal distansiyon durumuna göre ilk ayağa kalkma zamanının dağılımları incelendiğinde, hastaların abdominal distansiyon durumu ile ilk ayağa kalkma zamanı ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 45: Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Durumuna Göre İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması**

Ağrı Durumu	İlk Ayağa Kalkma Zamanı											
	0-4 saat		5-8 saat		9-12 saat		13-24 saat		25 saat ve zeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5 VAS	12	5.8	66	32.0	48	23.3	6	2.9	5	2.4	137	66.5
6 VAS ve üzeri	5	2.4	34	16.5	27	13.1	2	1.0	1	0.5	69	33.5
<b>Toplam</b>	<b>17</b>	<b>8.2</b>	<b>100</b>	<b>48.5</b>	<b>75</b>	<b>36.4</b>	<b>8</b>	<b>3.9</b>	<b>6</b>	<b>2.9</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

**Pearson Chi-Square : 0.84 p>0.05**

Tablo 45’de araştırmaya katılan hastaların ağrı durumuna göre ilk ayağa kalkma zamanının dağılımı incelendiğinde; hastaların ağrı durumu ve ilk ayağa kalkma zamanı ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 46: Hastaların Geçirdiği Ameliyat Tipine Göre İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması**

Ameliyat Tipi	İlk Ayağa Kalkma Zamanı											
	0-4 saat		5-8 saat		9-12 saat		13-24 saat		25 saat ve zeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Açık Kolesistektomi	4	1.9	23	11.2	12	5.8	1	0.5	2	1.0	42	20.4
Laparoskopik Kolesistektomi	13	6.3	77	37.4	63	30.6	7	3.4	4	1.9	164	79.6
<b>Toplam</b>	<b>17</b>	<b>8.2</b>	<b>100</b>	<b>48.5</b>	<b>75</b>	<b>36.4</b>	<b>8</b>	<b>3.9</b>	<b>6</b>	<b>2.9</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

**Pearson Chi-Square :0.67  $p>0.05$**

Tablo 46’da araştırmaya katılan hastaların geçirdiği ameliyat tipine (açık, laparoskopik kolesistektomi) göre ilk ayağa kalkma zamanının dağılımı incelendiğinde; ameliyat tipi ve ilk ayağa kalkma zamanı ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 47: Hastalarda Ameliyat Sonrası Bulantı Görülme Durumuna Göre İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması**

Bulantı Durumu	İlk Ayağa Kalkma Zamanı											
	0-4 saat		5-8 saat		9-12 saat		13-24 saat		25 saat ve zeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5 VAS	14	6.8	93	45.1	71	34.5	8	3.9	6	2.9	192	93.2
6 VAS ve üzeri	3	1.5	7	3.4	4	1.9	0	0.0	0	0.0	14	6.8
<b>Toplam</b>	<b>17</b>	<b>8.3</b>	<b>100</b>	<b>48.5</b>	<b>75</b>	<b>36.4</b>	<b>8</b>	<b>3.9</b>	<b>6</b>	<b>2.9</b>	<b>206</b>	<b>100.0</b>

**Pearson Chi-Square :0.35 p>0.05**

Tablo 47’de araştırmaya katılan hastaların bulantı olma durumuna göre ilk ayağa kalkma zamanının dağılımı incelendiğinde; bulantı durumu ve ilk ayağa kalkma durumu karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0.05).



## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA

Ameliyat sonrası erken ayağa kalkma ameliyat sonrası bakımın temel taşlarından biridir. Uzun süreli yatak istirahati yararlı değildir ve bu sebeple erken fiziksel aktiviteye önem verilmektedir. Hastaların erken ayağa kaldırılması ve mobilizasyonu kolaylaştıran protokoller sayesinde hastaların erken taburculuğu sağlanır. Bu çalışma, kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken ayağa kalkma durumlarının incelenmesi amacıyla yapıldı (62,107).

#### 4. 1.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan kolesistektomi ameliyatı olan hastaların yaş aralığına bakıldığında; hastaların yaşları 18-65 yaş sınırında olan yaşların ortalaması  $51.34 \pm 12.56$  ve min-max değerleri 18.00-65.00 olduğu, diğer çalışmalarda (10), sezeryan(70), radikal sistektomi(71), yaş gruplarının benzer olduğu, fakat literatüre göre kolesistektomi ameliyatı olan hastaların 40-45 yaş arasında olduğu, çalışmamıza göre ise 60-65 yaş arasında olan hastalar daha fazla kolesistektomi ameliyatı geçirdiği görüldü. Abdominal cerrahi üzerine yapılan çalışmalarda yaşın, gaz ve gaita çıkarma ve taburcu olma zamanları üzerinde etkisi olmadığı bildirilmektedir (72,73,74),(Tablo 3). Araştırmaya dahil edilen hastaların % 51.0'nun kadın olduğu, bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir (72,73,74,75,76,78,79)(Tablo3).

Araştırmamızda hastaların % 89.8'inin evli olduğu, diğer çalışmalarla desteklendiği görüldü (3) (Tablo 3). Araştırma kapsamına giren kolesistektomi ameliyatı olan hastaların, % 58.7'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanırken elde edilen bu sonucun literatür bulgularını desteklediği görüldü (66,70,71,72,73,75,94) (Tablo 3). Araştırma kapsamına giren hastaların % 44.7'sinin ev hanımı olduğu, elde edilen bu sonucun diğer çalışmalarla (16, 102) desteklendiği görüldü (Tablo 3). Araştırma kapsamına giren hastaların % 93.7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, diğer çalışmalarla (3) desteklendiği görüldü (102) (Tablo 3). Araştırmamızda hastaların %

67.0'ının kronik hastalığın olmadığı ve % 67.5'inin ilaç kullanmadığı görülürken, çalışmamızın aksine kolorektal cerrahi girişimin uygulandığı hastalar ile yapılan çalışmalarda (76,77) hastaların büyük çoğunluğunun kronik hastalığının olduğu ve ilaç kullandığı belirlendi (Tablo 3, 5). Araştırma kapsamına alınan hastaların % 20.4'ünün hipertansiyonun olduğu ve % 20.4'ünün antihipertansif ilaç kullandığı belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur (16) (Tablo 4, 6). Araştırmaya dahil edilen hastaların % 44.2'sinin egzersiz yaptığı görülürken, yapılan başka bir çalışmada ise hastaların egzersiz yapmadığı belirlendi (59) (Tablo 7). Araştırmamıza alınan hastaların % 63.1'inin daha önce ameliyat olduğu, yapılan diğer çalışmalarda da hastaların daha önce ameliyat olduğu bulunmuştur (16,59,79,81). Büyükyılmaz ve Şendir'in (2009), yaptığı bir çalışmada önceden geçirilmiş ameliyat deneyimlerinin hastaların barsak boşaltımını etkilediği bildirilmektedir (84) (Tablo 8).

#### **4.2. Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumuna İlişkin Bulguların Tartışması**

Araştırmamıza alınan hastaların % 79.6'sının laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olduğu, Asao ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da (2002) hastaların laparoskopik cerrahi girişim geçirdiği bulunmuştur (86) (Tablo 9).

Araştırmamızda hastaların ameliyat sürelerinin % 61.7'sinin 31-60 dakika arasında ortalaması  $42.25 \pm 16.44$  dakika olduğu, ameliyattan sonra ilk ayağa kalkmaya kadar geçen sürenin % 85.9'unun 0-12 saatleri arasında olduğu belirlendi (Tablo 10, 11). Laparoskopik cerrahinin karmaşıklığı ile birlikte cerrahinin süresi de artabilmektedir. Uzayan cerrahi süre büyük gaz insuflasyonu gerektirmektedir (88,89). Gaz insuflasyonu soğuk ve kuru CO<sub>2</sub> verilme süresi ve volümün artışıyla doğru orantılı olarak peritonda kuruma ve hasar meydana gelmekte bu da ameliyat sonrası ağrıya artışa neden olmaktadır (89). Çalışkan (2012)'ın laparoskopik kolesistektomi geçiren hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ameliyat süresinin gaz, gaita çıkarma zamanını etkilemediği görülmektedir (79). Araştırmadan elde ettiğimiz literatür sonuçlar ile desteklenmektedir (79,108).

Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası % 96.6'sının 0-12 saat yoğun bakımda kaldığı saptanmıştır. Yapılan benzer araştırmalarda çalışmamızın aksine hastaların ameliyat sonrası 48-192 saat yoğun bakımda kaldığı bulunmuştur (15,31)

(Tablo 12). Araştırmamızda hastaların % 72.8'inin ameliyat sonrası 7-12 saat aç kaldığı saptanmıştır (Tablo 13). Yapılan çalışmalarda çalışmamızın aksine hastaların ameliyat sonrası 12.21-13.53 saat aç kaldığı saptanmıştır (65,66).

Araştırmamızda hastalarda ameliyat sonrası % 94.2'sinin idrar kateterinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 14). Yapılan çalışmalarda bulgularımıza paralellik göstererek %12.6'sının idrar yolu kateterinin takıldığı, % 78.4 idrar kateterinin olmadığı bulunurken, çeşitli enfeksiyonlara neden olduğu belirlendi (113,115).

Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası % 73.8'inin dreninin olmadığı, yapılan çalışmalar tarafından desteklenmektedir (103,105) (Tablo15). Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası % 99.0'ının parenteral sıvı kullandığı, ERAS protokolüne göre hastalara ameliyat sonrası 2 saatten sonra oral sıvı verilmeye başlanmalı ve ameliyat günü en az 800 ml alması gerektiği görülmüştür (103,105) (Tablo 16).

Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası 3 ile 26 saat arasında olduğu ve ayağa kalkma saatlerinin ortalama  $8.94 \pm 3.24$  saat olduğu saptandı. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur(3,15,102) (Tablo 17). Hastanın ameliyat sonrası dönemde devam eden immobilizasyonu birçok dezavantaj da getirir. Tromboz riski(106), pulmoner komplikasyonlar ve insülin direnci önemli ölçüde artarken, doku oksijenasyonu ve kas kuvveti azalır(106). Buna karşın, erken mobilizasyon barsak fonksiyonunu uyarır ve oluşabilecek komplikasyonları engeller. Erken mobilizasyon, ancak ameliyat sonrası dönemde etkili analjezi ile sağlanabilir (88). Erken ayağa kalkma, ERAS protokolünün unsurlarındandır. Bu uygulamaların hastanede kalış süresini kısalttığı gösterilmiştir(76,77,89,90,91,92,93). Topçu ve arkadaşlarının (2009) cerrahi hastalarının ameliyat sonrası mobilizasyon davranışlarını incelediği bir çalışmada hastaların % 64.7'sinin ameliyat sonrası 1.günde mobilize olduğu saptanmıştır (95,111). Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma sürelerin 5 ile 20 dakika arasında olduğu ve ayağa kalkma süresinin ortalama  $5.97 \pm 2.26$  dakika olduğu bulundu. Diğer çalışmalarda da ameliyat sonrası, hastaların ayağa kalkma ortalama sürelerinin çalışmamızla benzer olduğu bulundu (3,15,16,81,94,95,96,102) (Tablo 18). Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma 5 ile 20 dakika arasında olduğu ve toplam ayağa kalkma süresinin ortalaması  $5.97 \pm 2.26$  dakika olduğu,



Nygren ve arkadaşları(2013), Sindell ve arkadaşları(2012), Thompson ve Magnuson (2012), Senagore (2010), İzveren (2011), Urcanoğlu (2017), Yolcu ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmalarda, ameliyat sonrası erken ayağa kalkmanın önemi vurgulanmaktadır (3,16,87,100,101,102,108). Sindell ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada günde 2 kez ve daha fazla mobilize edilen hastaların gaz ve gaita çıkarma süresinin daha kısa olduğu bildirilmektedir (100) (Tablo 19). Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası ayağa kalkarken destek aldığı ve yapılan çalışmada da ameliyat sonrası hastaların ayağa kalkarken destek aldığı bulunmuştur (3,15,16) (Tablo 31). Araştırmamızda hastaların %42.0'nin 0-6 saatleri arasında oral beslendiği, min-max değerleri 3 ile 28 saat arasında olduğu ortalaması  $12.31 \pm 6.17$  saat olduğu belirlendi. Çalışma bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir (3,16,97,102) (Tablo 20).

Araştırmamızda hastaların yaşam bulgularının ayağa kalkma öncesi ve sonrası arasında fark olduğu ve diğer çalışmalarla desteklendiği görüldü (16,17) (Tablo 21). Araştırmamızda hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası yorgunluk, çarpıntı, baş dönmesi, gaz çıkarma durumu, bağırsak sesleri, baş ağrısı durumu arasında fark olduğu, Liu ve arkadaşları (2008), Arıcı (2014), Güleroğlu (2008), Çalışkan (2012), Terzioğlu ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmalarla desteklendiği saptanmıştır (61,78,79,104,106) (Tablo 22,23,24,25,26,27).

Araştırmamızda hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası ağrı ve bulantı durumu arasındaki fark olduğu, Marwah ve arkadaşları (2012), Schuster ve arkadaşları (2006), Zhang ve Zhao (2008), Lim ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmalar tarafından desteklendiği görüldü (82,85,90,91) (Tablo 28, 29). Ameliyat sonrası ağrı kontrolü sağlanması için opioid analjezik kullanımının gastrointestinal sistem, solunum fonksiyonları, santral sinir sistemi üzerinde negatif yönde etkili olduğu ve ağrı kontrolünün mümkün olduğunca opioid analjezik kullanılmadan sağlanması önerilmektedir (86). Laparoskopi sonrasında opioidlerin taburculuk süresini uzatabilmesine yönelik non-steroid antiinflamatuvar ilaçların kullanımı ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Birçok çalışmada non-steroid antiinflamatuvarlar ilaçların ve lokal anesteziğin birlikte kullanılması bildirilmektedir. Ağrının farklı mekanizmalardan kaynaklanması nedeniyle non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar ve lokal anesteziğin birlikte kullanılmasının yeterli olmadığı görülmektedir. Bu

nedenle ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde multi-modal bir yaklaşım gerektiği literatürde belirtilmektedir (80,101,108).

Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası, ayağa kalkma sonrası 3.ayağa kalkmada anksiyete yaşadığı, yapılan çalışmalarda da hastaların ameliyat sonrası ayağa kalkmalarından sonra anksiyete yaşadığı saptanmıştır (3,15,102) (Tablo 30).

Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası susuzluk hissi ortalaması  $4.83 \pm 0.8$  puan, açlık hissi ortalaması  $1.82 \pm 0.87$  puan olarak saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada da ameliyat sonrası hastaların  $5.9 \pm 2.1$  puan açlık hissettiği ve ortalamasının  $6.6 \pm 2.4$  puan olduğu saptanmıştır (65) (Tablo 31). Bu sonuçlar çalışmamız sonuçlarına paralellik göstermemektedir.

Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası % 99.5'inin analjezik kullandığı, % 96.6'nın analjezik dozunun 50 mg olduğu ve % 64.0'nın intravenöz yolla uygulandığı saptandı. Bulgularımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (3,15,16,102,108) (Tablo 33,34,35).

Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası % 51.2'sinin bağırsak seslerinin 0-24 saatleri arasında duyulduğu ortalaması  $15.55 \pm 6.41$  saat, % 69.9'unun 24-48 saatler arasında gaz çıkardığı ortalaması  $23.9 \pm 6.18$  saat, ilk 24 saatte hastaların % 47.1'inin defekasyon yaptığı ve ortalaması  $36.33 \pm 17.79$  saat, % 57.3'ünün abdominal distansiyon geliştiği belirlendi (Tablo 36,37,38,39). Diğer çalışmalarla diğer çalışmalarla desteklendiği görüldü (3,15,16,102,108). Duluklu (2012) yaptığı bir çalışmada, cerrahi girişim geçiren hastaların daha kısa sürede gaz ve gaita çıkardıklarını bunun sonucunda hastanede kalış sürelerinin kısaldığını; Terzioğlu ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada da gaita çıkarma süreleri ve hastanede kalış sürelerinin kısaldığını; Kafali ve arkadaşları (2010), gaz çıkarma ve taburcu olma zamanlarının azaldığını; Çavuşoğlu ve arkadaşları (2009), hastanede kalış süresinin azaldığını; Topçunun (2015) yaptığı bir çalışmada ise gaz çıkarma, gaita çıkarma ve taburculuk zamanının kısaldığını bildirilmektedir (73,80,104,105,110,111).

Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası derin solunum, öksürük egzersizleri yapmadığı ve triflo kullanmadığı bulunurken, çalışmamızın aksine abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarından solunum ve öksürük egzersizlerini

yaptığı belirlendi (3,105,111) (Tablo 40). Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası % 83.0'nın erken ayağa kalkamama nedeninin ağrı olduğu belirlendi. Yürütülen diğer çalışmalarda da hastaların ağrı nedeniyle erken ayağa kalkamadığı saptanmıştır (3,15,16,100,102) (Tablo 41).

Araştırmamızda hastaların ameliyat sonrası % 96.6'sında komplikasyon gelişmediği bulunurken, çalışmamızın aksine abdominal cerrahi geçiren hastalarda, % 80.6'sının ağız kuruluğu, % 73.1'inin ağrı, % 50.7'sinin kabızlık, % 43.3'ünün öksürük, % 40.3'ünün bağırsakta gaz ve % 35.8'inin bulantı yaşadığı saptanmıştır (3,15,27,102) (Tablo 42). Araştırmamızda hastaların, % 67.6'sının ameliyat sonrası 2. gün taburcu olduğu, ortalaması  $1.87 \pm 0.59$  gün olduğu saptandı. Yolcu ve arkadaşlarının (2015) yaptığı araştırmada hastaların % 58.8'inin ameliyat sonrası 2.gün taburcu olduğu saptanmıştır (16) (Tablo 43).

Araştırmamızda hastaların abdominal distansiyon ve ilk ayağa kalkma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 44). Çalışmamızın aksine yapılan çalışmalarda abdominal cerrahi geçiren hastalarda, ilk ayağa kalkma ile abdominal distansiyon ve ilk ayağa kalkma ile konstipasyon arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Atalay'ın çalışmasında da; konstipasyon, abdominal distansiyonunun giderilmesinde hastanın ayağa kaldırılması, yatak içinde aktif ve pasif harekette bulunmasının distansiyonu önlemede etkili olduğu belirlendi (3,68) ( $p > 0.05$ ). Araştırmamızda hastaların ağrı ve ilk ayağa kalkma durumları, bulantı ve ilk ayağa kalkma durumları karşılaştırıldı ve anlamlı ilişki bulunmazken, çalışmamızın aksine laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların daha az ağrı ve bulantı yaşadığı saptanmıştır (3,16,109) (Tablo 45, 47).

Araştırmamızda hastaların ameliyat tipi ve ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma zamanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 46). Yapılan araştırmalarda, çalışmamızın aksine laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların daha erken ayağa kalktığı saptanmıştır (3,16,109).

## BÖLÜM V

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1. SONUÇ

Açık ve laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların, ameliyat sonrası ayağa kalkma durumlarının incelenmesi amacıyla yürütülen tanımlayıcı tipteki bu araştırma 206 hasta ile gerçekleştirildi. Bu çalışmada aşağıda yer alan sonuçlara ulaşılmıştır:

Araştırma kapsamına alınan hastaların ilk ayağa kalkma saatleri 3 ile 26 saat arasında ayağa kalktıkları ve ortalaması  $8.94 \pm 3.24$  saat arasında olduğu, ilk ayağa kalkma süresi 5 ile 20 dakika ayakta kaldıkları ve ortalaması  $5.97 \pm 2.26$  dakika olduğu, toplam ilk ayağa kalkma süresi 5 ile 20 dakika ve ortalaması  $5.97 \pm 2.26$  dakika olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan gruplar arasında, ayağa kalkma öncesi ve ayağa kalkma sonrası yaşam bulguları arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan gruplar arasında, abdominal distansiyon ve ilk ayağa kalkma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Araştırma kapsamına alınan gruplar arasında, ağrı durumu ve ilk ayağa kalkma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Araştırma kapsamına alınan gruplar arasında, ameliyat tipi ve ilk ayağa kalkma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Araştırma kapsamına alınan gruplar arasında, bulantı durumu ve ilk ayağa kalkma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

## 5.2. ÖNERİLER

Araştırmamızdan elde edilen veriler değerlendirildiğinde:

- 1.Hastaların ameliyat sonrası öksürük, derin-solunum egzersizlerinin yapılması,
- 2.Hastalar ameliyat sonrası triflo uygulamasının teşvik edilmesi,
- 3.Hastaların ameliyat sonrası ne kadar süre mobilize olması ve günlük hedefleri hakkında bilgi verilmesi,
4. Ameliyat sonrası hastaların yatak dışı egzersizlere teşvik edilmesi,
5. Ameliyat sonrası hastaların hastanede yatış süresinin kısaltılması ve erken taburculuk, hastane masraflarının azaltması için hastaların yürüyüş ve daha fazla ayakta kalmasının teşvik edilmesi,
6. Hastaların ameliyat sonrası ayağa kalkmada desteklenmesi,
7. ERAS protokolüne göre hastaların ameliyattan 2 saat sonra ayağa kaldırılması ve günde 6 saat, taburcu olana kadar mobilize edilmesi sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

- 1.Ünsal A.2017. Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık, Hastalık, Hemşirelik. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi;1(1):11-25.
2. Yeşilot SB, Öz F.2016. Hemşirenin Varlığı: Kuramsal Bir Bakış, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi;7(2):94–99, doi: 10.5505/phd.2016.96967.
3. İzveren AÖ, Dal Ü. 2011. Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi;18(2):36-46.
4. Yılmaz M, Gürler H. 2011. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 23(2): 71-79.
5. Çalık E. 2007. Laparoskopik Kolesistektomi Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Solunum Konforu, Ağrı ve Memnuniyete Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.
6. Arslan FE. 2002. Ağrı Ayağa kalkma Yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 6(1):9-11.
- 7.Vermişli S, Çam K. 2015. Ürolojik Radikal Cerrahi Sonrası Erken Mobilizasyonun Etkinliği. Üroonkoloji Bülteni; 14:324-326.
8. Coşgun NE. 2015. Kardiyovasküler Operasyon Geçiren Hastaların Erken Postoperatif Dönemde Ağrı İle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
9. Yılmaz M. 2000. Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Ankara.
- 10.Yolcu S, Akın S. 2015. Ortopedi, Kalp ve Genel Cerrahi Ameliyatları Sonrası Dönemde Hastaların İyileşme Durumları ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi; 25(3);33-45.

11. Acar K, Acar H, Demir F, Aslan FE. 2016. Cerrahi Sonrası Ağrı İnsidansı ve Analjezik Kullanım Miktarının Belirlenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; (2):85-91.

12. Aygin D, Açıl H. 2015. Morbid Obezlerde Bariyatrik Cerrahi Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 4(4):604-613.

13. Aşkın K. 2013. Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar, Ağrı, Anksiyete, Hasta Memnuniyeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Manisa.

14. Şerifoğlu R, Bilgen M, Atıcı T, Bilgen Ö, Yılmazlar A .2007. Artroplastide Derin Ven Trombozu Profilaksisinde Aktif ve Erken Hareketin Etkinliği. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 33(3):127-134.

15. Genç A. 2007. Yoğun Bakım Hastalarında Uygulanan Mobilizasyon Programlarının Kardiyopulmoner Sistem Üzerine Etkileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir.

16. Yolcu S, Akın S, Durna Z. 2016. Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hareket Düzeyleri ve Hareket Düzeyleri İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi; 13(2):129-138.

17. Liu M, Chen C. 2008. Postoperative Care After Geriatric Ambulatory Surgery Several Specific Considerations, International Journal of Gerontology; 2(3):98-102

18. Canavarró K. 1944. Early Postoperative Ambulation From The Surgical Service of The Presbyterian Hospital. New York; 124( 2);180-181.

19. Kibler VA, Hayes RM, Johnson D, Anderson L, Just S, Wells N. 2012. Early Postoperative Ambulation: Back To Basics; 112( 4):63-69

20. Khan S, Gatt M, Horgan A, Anderson I, Macfie J. 2009. Guidelines For Implementation of Enhanced Recovery Protocols. Issues In Professional Practice.

Association of Surgeons of Great Britain And Ireland 35-43 Lincoln's Inn Fields, London;1-24.

21.Kalisch B, Lee S, Dabney B. 2013. Outcomes of Inpatient Mobilization: A Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*; doi: 10.1111/Jocn.12315.

22.Hobson B, Liu Y, Hadjipavlou N, Stephens R. An Introduction To Postoperative Complications, *Journal of Anaesthetics*; 3(4):1-14.

23.Deenadayalan S, Newell M, Pofahl W.2011.Common Perioperative Complications In Older Patients. *Principles And Practice of Geriatric Surgery*; 361 doi10.1007/978-1-4419-6999-6\_29.

24.Tidy C.2016.Common Postoperative Complications, *Patient Info Doctor Common Postoperative Complications, The Health of Journal*; 666(25):1-7.

25.Caselino T .2016. Impact of Early Mobilization On Outcomes After Colorectal Surgery, McGill University Department of Experimental Surgery Master Deegree, Montreal.

26.Günlüoğlu Z. 2010. Postoperatif Pulmoner Komplikasyonlar. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*;109-111 doi: 10.4328/Jcam.516

27. Kara C, Yaman I, Yürekli S, Uğuz A. 2012. Karın Orta Hat Yerleşimli Büyük İnsizyonel Hernili Hastalarda Onlay Mesh Yerleştirilmesi Sonuçlarımız. *Ege Tıp Dergisi/ Ege Journal of Medicine*; 51(2):73-76.

28.Morris B, Benetti M, Marro H, Rosenthal C. 2010. Clinical Practice Guidelines For Early Mobilization Hours After Surgery. *Orthopaedic Nursing Journal*; 29(5):290-316.

29. Anderson AD, McNaught CE, MacFie J, Tring I, Barker P, Mitchell CJ. 2003.Randomized clinical trial of multimodal optimization and standard perioperative surgical care. *British Journal Surgery*;90:1497-504.

30. Delaney CP, Zutshi M, Senagore AJ, Remzi FH, Hammel J, Fazio VW. 2003.Prospective, randomized, controlled trial between a pathway of controlled rehabilitation with early ambulation and diet and traditional postoperative care after laparotomy and intestinal resection. *DisColon Rectum*;46:851-9.



31. Gatt M, Anderson AD, Reddy BS, Hayward-Sampson P, Tring IC, MacFie J. 2005. Randomized clinical trial of multimodal optimization of surgical care in patients undergoing major colonic resection. *British Journal Surgery*;92:1354-62.

32. Khoo CK, Vickery CJ, Forsyth N, Vinall NS, Eyre-Brook IA. 2007. A prospective randomized controlled trial of multimodal perioperative management protocol in patients undergoing elective colorectal resection for cancer. *Ann Surgery*;245:867-72.

33. Muller S, Zalunardo MP, Hubner M, Clavien PA, Demartines N. 2009. A Fast-Track Program Reduces Complications and Length of Hospital Stay After Open Colonic Surgery. *Gastroenterology*;136:842-7.e1.

34. Serclova Z, Dytrych P, Marvan J, Nova K, Hankeova Z, Ryska O. 2009. Fast-track in open intestinal surgery: prospective randomized study (Clinical Trials Gov Identifier no. NCT00123456). *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*;28:618-24.

35. Öncel M. 2008. Ameliyat Sonrası Bakım ve Erken Dönem Komplikasyonları; 21:323-352.

36. Rothman K, Garvan C, Neu M. 2016. The Impact of Early Ambulation :In The Pediatric Postoperative Appendectomy Patient. *Journal of Pediatric Surgical Nursing*;5( 3):70-75.

37. Lipshutz A, Engel H, Thornton K, Gropper M .2012. Early Mobilization In The Intensive Care Unit :Evidence And Implementation Icu Director,Current Anesthesiology Reports;3(10):10-16, doi: 10.1177/1944451611434930.

38. Parsak K, Sakman G, Çelik Ü.2007. Yara İyileşmesi, Yara Bakımı ve Komplikasyonları. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*; 16(145):145-159.

39. Nesbitt J, Deppen S, Corcoran R, Cogdill S, Huckabay S, Mcknight D, Osborne B, Werking K, Gardner M, ve Perrigo L.2012. Postoperative Ambulation In Thoracic Surgery Patients:Standard Versus Modern Ambulation Methods. *Journal of Nursing In Critical Care*. doi:10.1111/J.1478-5153.2011.00480.

40.Pashikanti L. Impact of Early Mobilization Protocol On The Medical-Surgical Inpatient Population.2012. Indiana University School of Nursing Feature Article, doi:10.1097/Nur.0b013e31824590e6.

41. Uustal K. Implementation of A Nurse-Driven Mobility Protocol In Critical Care.2013. Rhode Island College The School of Nursing Master of Science In Nursing.

42.Hunter A, Johnson L, Willis W, Coustasse A .2014. Early Mobilization In Icu Patients. Business And Health Administration Association Annual Conference, Chicago, Il. [Http://Mds.Marshall.Edu/Mgmt\\_Faculty](http://Mds.Marshall.Edu/Mgmt_Faculty)

43.Das R, Rudra A. 2006. Postoperative Pulmonary Complications, Indian Journal of Anaesthesia; 50 (2) : 89 – 98.

44.Grooms D.2012. Postoperative Pulmonary Complications.The Clinical Foundations Community; 6(69):1-12.

45. Sturm L, Cameron AL. 2009. Fast-Track Surgery and Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Programs, ASERNIP-S Report; 74:1-48.

46. Dafoe S, Stiller K, Chapman M. 2015. Staff Perceptions of The Barriers To Mobilizing Icu Patients. The Internet Journal of Allied Healthsciences and Practice; 01:13(2)8.

47.Chua M, Horris I, Naylor J, Mittal R, Nair R .2015. Systematic Review of Early Mobilization For Preventing Venous Thromboembolism Following Total Hip or Knee Arthroplasty, Prospero International Prospective Register of Systematic Reviews.doi: 10.15124/Crd42015019757.

48. Cassina T, Putzu A, Santambrogio L, Villa M, Licker M. 2016. Hemodynamic Challenge to Early Mobilization After Cardiac Surgery: A Pilot Study, Annals of Cardiac Anaesthesia; 19(3);425-432 doi:10.4103/0971-9784.185524.

49. Rehman S, Sheikh S, Danish K. 2012. The Role of Early Mobilization In The Prevention of Postoperative Wound Infection After Lower Extremity Orthopedic

Surgeries. Department of Orthopedics Pakistan Railway General Hospital Rawalpindi; 63-66.

50. Guerra M, Parminder J, Singh P, Taylor N. 2015. Early Mobilization of Patients who Have Had A Hip or Knee Joint Replacement Reduces Length Of Stay in Hospital: A Systematic Review. *Clinical Rehabilitation, Original Article*; 29(9):844 – 854.

51. Wangdell J, Borner S, Käll L, Borner S, Fridén J. 2016. Early Active Rehabilitation After Grip Reconstructive Surgery In Tetraplegia. *Archives of Physical Medicine And Rehabilitation Original Research*;96(6):117-25.

52. Browning L, Denehy L, Scholes R .2007. The Quantity of Early Upright Mobilization Performed Following Upper Abdominal Surgery Is Low: An Observational Study. *Australian Journal of Physiotherapy*; 53:47-52.

53. Fan E.2012. Critical Illness Neuromyopathy and The Role of Physical Therapy and Rehabilitation In Critically Ill Patients. *Journal of Respiratory Care*;57(6):933–946,doi: 10.4187/Respcare.01634.

54. Abdelhamed R, Elsaid A, Mohamedsoliman H, Sobh H, Maaty A. Effect of Early Ambulation; Three Versus Five Hours Aftertrans femoral Diagnostic Cardiac Catheterization: A Randomizedclinical One-Arm Study, *Journal of Nursing and Health Science*; 4(5): 12-20.

55. Fisher S, Kuo Y, Graham J, Ottenbacher K, Ostir G. 2010. Early Ambulation And Length of Stay In Older Adults Hospitalized For Acute Illness. *Nih-PaAuthor Manuscript*;22:170(21):1942–1943, doi:10.1001/Archinternmed.2010.422.

56. Paul P, Williams B. 2010. *Brunner and Suddarth's Textbook Of Canadian Medical-Surgical Nursing.Perioperative Concept And Nursing Management*; 19-20(4):491-512.

57. Hickmann C, Zapatero D, Bialais E, Dugernier J, Tordeur A, Colmant L, Wittebole X, Giuseppe T, Roeseler J, Laterre P. 2016. Teamwork Enables High Level of Early Mobilization In Critically Ill Patients, *Intensive Care*; 6(80):1-11.

58. Karpuz H. 2002. Akut Akciğer Ödemi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi; 29(3):91-94.

59. İşgör C. 2010. Postoperatif Pnömoni: Etyoloji ve Klinik Bulgular. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankem Dergisi; 24(3): 141-144.

60. Tanrıverdi M, Abakay A. 2012. Akut Pulmoner Emboli. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Tıp Dergisi;27(1):30-36: Doi:10.5222/J.Goztepetrh.2012.030.

61. Arıcı E. 2014. Majör Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Abdominal Korse Kullanımının Hastanın Solunum Fonksiyonları, Mobilizasyonu ve Ağrı Üzerine Etkisi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

62. Carissa S. 2016. Postoperative Care. <https://www.healthline.com/health/postoperative-care>

63. Saylam B, Gamsızkan Z, Düzgün AP, Özer MV, Coşkun F. 2009. Abdominal Operasyonlarda Mortalite ve Morbiditeye Etki Eden Faktörler, Medical Journal of Bakırköy;5(4): 153-159.

64. Murphy CC, Incalcaterra JR, Albright H, Correa AM, Swisher SG, Hofstetter WL. 2013. Pretreatment Patient Comorbidity and Tobacco Use Increase Cost and Risk of Postoperative Complications After Esophagectomy at a High Volume Cancer, Center American Society of Clinical Oncology Journal of Oncology Practice;9(5):233-239.

65. Dolgun E, Taşdemir N, Ter, Yavuz M. 2011. Cerrahi Hastaların Ameliyat öncesi Aç Kalma Sürelerinin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi;25(1):11-15.

66. Demirdağ H, Karaöz S .2015. Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Hastaların Deneyimleri ve Hemşirelerin Konu ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları, Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi; 23(1):1-10.

67. Lewis MS, Collier CI, Heitkemper MM. 1996. Medical Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems, Single Volume, 6th Edition.

68. Atalay M. 1997 Hemşirelik Esasları El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.
69. Apfel C, Heidrich FM, Jukar-Rao S, Jalota L, Hornuss C, Whelan RP, Zhang K, Çakmakkaya OS. 2012. Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting British Journal of Anaesthesia; 109(5):742–53.
70. Utli N. 2012. Sakız Çiğnemenin Sezaryen Sonrası Barsak Fonksiyonlarına Etkisi Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
71. Choi H, Kang SH, Yoon DK, Kang SG, Ko HY, Moon DG. 2011. 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; 77(4): 884–90.
72. Baykan D. 2002. Laparoskopik Kolesistektomili Hastalara Ameliyat Sonrası Lokal ve Bölgesel Uygulanan Bupivakain'in Etkisi, Van Tıp Dergisi; 9(4): 113-118.
73. Duluklu B. 2012. Sol Kolon-Rektum Cerrahisi Sonrası Barsak Fonksiyonlarının Başlamasında Sakız Çiğnemenin Rolü Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
74. Ay F, Alpar E. 2010. Ameliyat Sonrası Ağrı ve Hemşirelik Uygulamaları. Ağrı, Klinik Çalışma; 22(1):21-29.
75. Topçu YS. 2015. Ameliyat Sonrası İleusun Önlenmesinde Sakız Çiğnemenin Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul.
76. Albayrak D. 2008. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde Uygulanan Açık ve Laparoskopik Kolesistektomilerin Karşılaştırılması. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne.
77. Ercan E. 2006. Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

78.Gülleroğlu A. 2008. Laparoskopik Kolesistektomi Operasyonlarında Karın İçi Basınç Artışının Solunum Mekaniği, Hemodinami ve Metabolizma Üzerindeki Etkileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Ok meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

79. Çalışkan N. 2012. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Geçiren Hastalara Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Ilık Su Verilmesinin Barsak Hareketlerine Etkisi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

80. Sertelli B. 2013. Laparoskopik Kolesistektomi Olan Hastaların Taburculuklarında Gereken Bilgilerin Belirlenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

81. Alkan F. 2014. Laparoskopik Kolesistektomi ve Kolektomilerde Ameliyat Öncesi Hasta Isıtılmasının Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerine Etkisinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. İstanbul.

82.Lim P. 2013. Sham Feeding With Chewing Gum After Elective Colorectal Resectional Surgery: A Randomized Clinical Trial *Archieve Gynecology Obstetrics*; 288(2): 255-260.

83.Quah H, Samad A, Neathey A, Hay D, Maw A. 2006. Does Gum Chewing Reduce Postoperative İleus Following Open Colectomy For Left-Sided Colon And Rectal Cancer A Prospective Randomized Controlled Trial. *ISI Journal Citation Reports*; 8:64-70.

84. Büyükyılmaz F, şendir M. 2009. Cerrahi Hastalarında Barsak Boşaltımı Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; 2(1): 74-81.

85.Schuster R, Grewal N, Greaney GC, Waxman K. 2006. Gum Chewing Reduces İleus After Elective Open Sigmoid Colectomy, *Archives of Surgery*; 141(2): 174-6.

86.Asao T, Kuwano H, Nakamura J, Morinaga N, Hirayama I, Ide M. 2002. Gum Chewing Enhances Early Recovery From Postoperative İleus After

Laparoscopic Colectomy Journal of The American College of Surgeons; 195(1):30-2.

87. Nyugen N, Fleming N, Singh A .2001. Evaluation of Care Temperature During Laparoscopic and Open Gastric Bypass Obesite Surgical;1(5):570-5.

88. Hamza M, Mohammed A, Schneider B.2003. Heated And Humidified Insufflation During Laparoscopic Gastric Bypass Surgery: Effect Of Temperature, Postoperative Pain and Recovery Outcomes, Journal of Laparoendoscopy;15(1): 6-12.

89. Erikoğlu M, Yol S, Avunduk M. 2005. Electron Microscopic Alterations of The Peritoneum After Both Cold And Heated Carbondioxide Pneumoperitoneum, Journal of Surgical Respiratory;125(1):73-7.

90. Marwah S, Singla S, Tinna P. 2012. Role Of Gum Chewing On The Duration of Postoperative Ileus Following Ileostomy Closure Done For Typhoid Ileal Perforation: A Prospective Randomized Trial. Saudi Journal of Gastroenterology:Official Journal of The Saudi Gastroenterology Association; 18(2):111-7.

91. Zhang Q, Zhao P. 2008. Influence of Gum Chewing On Return of Gastrointestinal Function After Gastric Abdominal Surgery in Children. European Journal of Pediatric Surgery: Official Journal of Austrian Association of Pediatric Surgery; 18(1):44–6.

92. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demortines N, Roulin D, Francis N .2013. Guidelines For Perioperative Care In Elective Colonic Surgery Enhanced Recovery After Surgery(ERAS) Society Recommendations World Journal Surgical; 37:259-284.

93. Kehlet H. 1997. Multimodal Approach to Control Postoperative Pathophysiology and Rehabilitation. British Journal Anaesthesia; 78: 606-17.

94. Miranda KYC, Wai LL. 2007. Use of Chewing Gum In Reducing Postoperative Ileus After Elective Colorectal Resection: A Systematic Review Diseases of The Colon and Rectum, The American Society of Colon and Rectal Surgeons; 50:2179-2157.

95.Melnyk M, Casey R, Koupparis A .2011. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols: Time To Change Practice. Canadian Urological Association Journal; 5:342–348.

96.Pascal H, Teeuwen R, Bleichrodt C, Strik J, Groenewoud W, Brinkert W, Van Laarhoven C, Van GH, Bremers A .2010. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Versus Conventional Postoperative Care In Colorectal Surgery. Journal of Gastrointestinal Surgery; 14:88 –95.

97.Chamberlain RS, Martindale RG. 2008. Evidence-Based Management of Postoperative Ileus The Role of The Surgeon And The Surgical Care Team : Proactive Strategies For Preventing Postoperative Ileus The Role of The Surgeon And The Surgical Care Team. Surgery News; (1):1-8.

98.Chan M, Law W. 2007. Use of Chewing Gum In Reducing Postoperative Ileus After Elective Colorectal Resection: A Systematic Review. Journal of Diseases of the colon and rectum;50:2149- 2157.

99.Mythen MG.2005.Postoperative Gastrointestinal Tract Dysfunction. Anesthesia and Analgesia;100(1):196-204.

100.Sindell S, Causey MW, Bradley T, Poss M, Moonka R, Thirlby R. 2012. Expediting Return of Bowel Function After Colorectal Surgery. American Journal of Surgery; 203(5): 644-8.

101.Thompson M, Magnuson B. 2012. Management of Postoperative Îleus. Journal of Orthopedics; 35(3):213-7.

102.Senagore AJ. 2010. Pathogenesis And Clinical And Economic Consequences of Postoperative Îleus. Journal of Clinical and Experimental Gastroenterology; 3:87-9.

103.Lewis S, Egger M, Slyvester P, Thomas S. 2001. Early Enteral Feding Versus Nil By Mouth After Gastrointestinal Surgery: Systematic Review And Meta-Analysis of Controlled Trials. Britain Medical Journal; 323:773-6.

104.Terzioğlu F, Şimsek S, Karaca K, Sariince N, Altunsoy P, Salman MC. 2013. Multimodal Interventions (Chewing Gum, Early Oral Hydration And Early



Mobilisation) On The İntestinal Motility Following Abdominal Gynaecologic Surgery. *Journal of Clinical Nursing*; 22(13-14):1917-25.

105.Kafali H, Duvan CI, Gozdemir E, Simavli S, Onaran Y, Keskin E. 2010. Influence of Gum Chewing On Postoperative Bowel Activity After Cesarean Section. *Journal Gynecologic and Obstetric Investigation*; 69(2): 84-7.

106.Lu D, Liu Q, Shi G. 2011. Gum Chewing Stimulates Early Return Of Bowel Motility After Gynecologic Laparoscopic Surgery. *Journal of Fertility and Sterility*; 96(3):3-2.

107. Memedov C, Menteş Ö, Şimşek A, Kece C, Yağcı G, Harlak A, Coşar A, Tufan T. 2008. Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Ameliyat Sonrası Ağrının Önlenmesinde Çoklu Bölgeye Lokal Anestezik İnfiltrasyonu: Ropivakain ve Prilokainin Plasebo Kontrollü Karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*; 50:84-90.

108.Urcanoğlu B.2017. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Sakız Çiğnemenin Barsak Motilitesine, Erken Mobilizasyona, Ameliyat Sonrası Ağrıya ve Erken Taburculuğa Etkisi, Namık Kemal Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.

109. Kanat B, Girgin M. 2012. Üç Porttan Laparoskopik Kolesistektomi Deneyimi. doi: 10.5505/jkartaltr.2012.24392, *J Kartal TR. Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Çalışma*; 23(1):18-20.

110. Cavuşoğlu Y, Azılı M, Karaman A, Aslan M, Karaman I, Erdoğan D. 2009. Does Gum Chewing Reduce Postoperative Ileus After İntestinal Resection In Children A Prospective Randomized Controlled Trial. *European Journal Of Pediatric Surgery:Official Journal Of Austrian Association of Pediatric Surgery*; 19(3):171-3.

111. Topçu SY.2016. Hastaların Solunum Egzersizi Uygulamalarını Etkileyen Faktörler ve Hemşirelerin Rölü. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*; 30(2):89-96.

112.Kaboli P, Henderson MC, White RH.2003. DVT Prophylaxis and Anticoagulation In The Surgical Patient. *Journal of Medical Clinical North of America*; 87:77-110.

113.Teke E, Yavuz Z, Atalay H, Maden, Solak Y, Uzun K. 2010. Yoğun Bakımda Kateter Nedenli İdrar Yolu Enfeksiyonlarının Önlemede Gümüş Kaplı İdrar Sondasının Etkinliği, *Yoğun Bakım Dergisi*;2:45-7.

114. Mitra S, Khandelval P, Roberts K. 2012. Pain Relief In Laparoscopic Cholecystectomy A Review of The Current Options. Journal of Clinical Anesthesia; 12(6):485-96.

115. Aygün P. 2008. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi; 60:131-137.

116. ERAS Protokollerinin Temel Ögeleri, Türkiye ERAS Derneği, <http://eras.org.tr/news.php?id=3>.

