



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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**LAPARASKOPİK SAFRA KESESİ AMELİYATI GEÇİREN  
HASTALARDA POZİSYONUN BULANTI KUSMA VE AĞRI  
ÜZERİNE ETKİSİ**

**HURİYE ÖNDER**

**DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Gülsen Çayır**

**İSTANBUL**

**2019**



T.C.  
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

LAPARASKOPİK SAFRA KESESİ AMELİYATI GEÇİREN  
HASTALARDA POZİSYONUN BULANTI KUSMA VE AĞRI  
ÜZERİNE ETKİSİ

HURİYE ÖNDER

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Gülsen Çayır

İSTANBUL

2019

**HURİYE ÖNDER**

**BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS  
TEZİ**

**2019**

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik

**Program Adı:** Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

**Öğrencinin Adı Soyadı:** Huriye ÖNDER

**Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi Gülsen ÇAYIR

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Huriye ÖNDER tarafından hazırlanan "Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Geçiren Hastalarda pozisyonun Bulantı Kusma ve Ağrı Üzerine Etkisi" adlı tez çalışması jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:03/07/2019

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu)

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Gülsen ÇAYIR

Biruni Üniversitesi

Doç. Dr. Sonay GÖKTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Mahmure AYGÜN

Biruni Üniversitesi

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

## **I. Beyan**

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan eder.

Öğrencinin Adı Soyadı  
Huriye Önder

## II. Teşekkür

Eğitimim süresince en iyi şekilde yetiştirilebilmem için bilgi, deneyim ve desteğini esirgemeyen ve bana ışık tutan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülsen Çayır'a,  
Beraber çalışmaktan büyük zevk duyduğum yardımlarıyla bana destek olan İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi'nin tüm çalışanlarına,  
Bir an olsun desteklerini benden esirgemeyen anne, babama ve sevgili eşim Ali Arslan'a,

Sonsuz teşekkür ve saygılarımla.

<b>III. İçindekiler</b>	<b>Sayfa No</b>
İç Kapak	-
Onay sayfası	-
I. Beyan	iii
II. Teşekkür	iv
III. İçindekiler	v
IV. Simge ve Kısaltmalar Listesi	vii
V. Tablo listesi	viii
1. ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Safra Kesesi Anatomi ve Fizyolojisi	5
4.1.2. Safra kesesinin yapısı	5
4.1.3. Safra nedir?	6
4.1.4. Safra ile salınan maddeler ve işlevleri	6
4.2. Safra Kesesi Taşı Hastalığı	7
4.2.1. Akut kolesistit	8
4.2.2. Kronik kolesistit	8
4.2.3. Safra kesesi taşı hastalığı cerrahi tedavi yöntemleri	9
4.2.4. Açık kolesistektomi	9
4.2.5. Laparoskopik kolesistektomi	9
4.3. Cerrahide Anksiyete	11
4.4. Ağrı Tanımı ve Fizyolojisi	13
4.4.1. Ağrının sınıflaması	15
4.4.2. Postoperatif ağrı	16
4.5. Bulantı ve Kusma Tanımı ve Fizyolojisi	17
4.5.1. Postoperatif bulantı ve kusma	18
4.6. Postoperatif pozisyon	20
4.6.1. Supine pozisyon	20
4.6.2. Semi-fowler pozisyon	20
4.7. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı ve Hemşirelik Bakımı	21

5. GEREÇ YÖNTEM	24
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	24
5.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	24
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	24
5.4. Veri Toplama Araçlar	25
5.5. Veri Toplama Yöntemi	25
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	27
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	27
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
6. BULGULAR	29
6.1. Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kaygı Düzeyine İlişkin Bulgular	29
6.2. Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastaların Hayati Belirtileri ile Ağrı Bulantı ve Kusmaya İlişkin Bulgular	34
7. TARTIŞMA	45
7.1. Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Kaygı Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması	46
7.2. Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastaların Hayati Belirtileri ile Ağrı, Bulantı ve Kusmaya İlişkin Bulguların Tartışılması	48
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
9. KAYNAKÇA	57
10. EKLER	67
EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	67
EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu	68
EK-3: Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)	70
EK-4: Bulantı Kusma Ve Ağrı Takip Formu	72
EK-5: Etik Kurul Onayı	76
EK-6: Kurum İzin Yazısı	78
11.ÖZGEÇMİŞ	80
İNTİHAL RAPORU	81



#### **IV. Simge ve Kısaltmalar Listesi**

AÖKÖ	Ameliyata özgü kaygı ölçeği
BKI (kg/m <sup>2</sup> )	Beden Kitle İndeksi
IM	İntramüsküler
IV	İntravenöz
POBK	Postoperatif bulantı kusma



## V. Tablo listesi

<b>Tablo No</b>	<b>Tablo Adı</b>	<b>Sayfa No</b>
Tablo 6.1.1.	Hastaların pozisyonlara göre demografik özelliklerinin dağılımı	30
Tablo 6.1.2.	Hastaların pozisyonlara göre sağlık durumlarının dağılımı	32
Tablo 6.1.3.	Hastaların pozisyonlara göre Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ) puanlarının dağılımı	33
Tablo 6.2.1.	Pozisyonlara göre hastaların vücut sıcaklıklarının dağılımı	34
Tablo 6.2.2.	Pozisyonlara göre hastaların nabız sayılarının dağılımı	35
Tablo 6.2.3.	Pozisyonlara göre hastaların sistolik kan basıncı düzeylerinin değerlendirilmesi	36
Tablo 6.2.4.	Pozisyonlara göre hastaların diyastolik kan basıncı düzeylerinin dağılımı	37
Tablo 6.2.5.	Pozisyonlara göre hastaların ağrı görülme oranlarının dağılımı	38
Tablo 6.2.6.	Pozisyonlara göre hastaların ağrı şiddetlerinin dağılımı	39
Tablo 6.2.7.	Pozisyonlara göre hastaların lüzum halinde analjezik kullanım oranlarının dağılımı	40
Tablo 6.2.8.	Pozisyonlara göre hastaların bulantı görülme oranlarının dağılımı	41
Tablo 6.2.9.	Pozisyonlara göre hastaların bulantı şiddetlerinin dağılımı	42
Tablo 6.2.10.	Pozisyonlara göre hastaların kusma görülme oranlarının dağılımı	43
Tablo 6.2.11.	Pozisyonlara göre hastaların lüzum halinde antiemetik kullanım oranlarının dağılımı	44

## 1. ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER

Kolelitiazis, safra kesesi içinde taş bulunmasıdır. Kolesistektomi, safra kesesinin cerrahi yöntemle çıkarılma işlemidir. Ameliyat sonrası ağrı ve bulantı-kusma sık görülen ve sıkıntılı bir komplikasyondur. Bu araştırma, laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarda pozisyonun bulantı-kusma ve ağrı üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü, deneysel nitelikte gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini, bir kamu hastanesinin cerrahi servisinde laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçirmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 96 kişi oluşturdu. Hastalar ameliyat sonrası supine ve semi-fowler pozisyon grubuna ayrıldı ve 24 saat takip edildi. Araştırmanın verileri, “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu”, “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği”, “Ağrı ve Bulantı-Kusma Takip Formu” ile toplandı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra normal dağılım gösteren niceliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde Student-t Testi, normal dağılım göstermeyenler için ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri  $p < 0,05$  alındı. Pozisyonlar arasında ameliyat sonrası takip edilen saatler içinde ağrı görülme oranları, ağrı şiddetleri, analjezi kullanımı ve bulantı kusma görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p > 0,05$ ). Supine pozisyonundakilerin ameliyat sonrası 0-12 saat içindeki bulantı şiddetleri semi-fowler pozisyonunda olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. Supine pozisyonundaki hastalarda ameliyat sonrası 0-2 saat içindeki antiemetik kullanım oranı semi-fowler pozisyonunda olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p = 0,001$ ;  $p < 0,01$ ). Sonuç olarak laparoskopik kolesistektomi operasyonu geçiren hastalara analjezi kullanım oranını, antiemetik kullanım oranını ve bulantı/kusmayı azaltmak için semi-fowler pozisyonu verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı, bulantı-kusma, laparoskopik kolesistektomi, pozisyon

## **2. ABSTRACT**

### **EFFECT OF POSITION ON NAUSEA, VOMITING AND PAIN IN PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC GALLBLADDER SURGERY**

Cholelithiasis is the presence of one or more calculi (gallstones) in the gallbladder. Cholecystectomy is the surgical removal of the gallbladder. Pain and nausea/vomiting are usual postoperative complications. This research aimed to study the effect of position on nausea/vomiting and pain in patients undergoing laparoscopic gallbladder surgery and was designed as an experimental randomised controlled trial. The study sample consists of 96 patients of a surgical ward in a public hospital which accepted to be part of the study. Patients were divided in two groups in the postoperative period and followed for 24 hours, one of the groups stayed in supine position and one of them in semi-fowler position. Study's data was collected by "Volunteer Informed Consent Form", Introduction Form, "Anxiety Specific to Surgery Questionnaire" and "Nausea/vomiting and Pain Follow-up Form". Data was analyzed by descriptive statistics (mean, frequency, standard deviation), Data suitable to normal distribution was analyzed by using Student's T test and for not suitable data Mann Whitney U test was used. The  $p$ -value  $< 0.05$  was considered significant for confidence. Differences in pain rates, pain severity, use of analgesia and nausea/vomiting rates during postoperative follow-up periods was found not statistically significant between two groups ( $p > 0.05$ ). The intensity of nausea in the supine position group was statistically significantly higher in the 0-12 hours postoperatively than in semi-fowler position group. The antiemetic use rate in the supine position group within 0-2 hours after surgery was found to be significantly higher than those in semi-fowler position group ( $p = 0.001$ ;  $p < 0.01$ ). In conclusion, in patients undergoing laparoscopic gallbladder surgery, in order to reduce nausea/vomiting, analgesia usage rates and antiemetic usage rate semi-fowler position is recommended.

**Keywords:** Pain, nausea-vomiting, laparoscopic cholecystectomy, position

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Gastrointestinal sistemin önemli hastalıklarından biri olan safra kesesi taşı dünya genelinde yaygın olarak görülen önemli bir sağlık sorunudur. Batı toplumlarında safra kesesi taşı %10'un üzerinde bildirilmektedir. Safra kesesi enfeksiyonları, doğru zamanda doğru müdahale yapılmadığı takdirde morbidite ve mortalite oranı yüksek olan hastalıklardandır (Başaran ve Özsüt, 2006; Tazuma et al., 2016; Yıldırım ve ark., 2008).

Kolelitiazis, safra kesesi içinde taş bulunmasıdır (Demir, 2014). Kolesistit safra yolunda olan bir tıkanıklık, iltihaplanma ve şekil bozukluğu nedeniyle safranın safra kesesi içinde toplanması sonucu safra kesesinin aşağıya doğru sarkması, zedelenmesi ve iltihaplanmasıdır. Gelişmiş ülkelerde görülme sıklığı daha fazladır. Akut ve kronik olmak üzere iki şekilde görülen kolesistit, erkeklerde %29,5, kadınlarda ise %64,1 oranında görülmektedir (Ateş ve Ünal, 2016). Akut kolesistit olgularının %95'inde safra taşı mevcuttur (Korkmaz, 2017). Akut kolesistitin tedavisi, geleneksel olarak erken dönemde cerrahi düşünülerek kolesistektomi uygulanmasıdır. Kolesistektomi, safra kesesinin cerrahi yöntemle çıkarılma işlemidir. Cerrahi girişim açık ve laparoskopik olmak üzere iki yolla yapılır (Demir, 2014; Korkmaz, 2017).

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği'ne göre, ağrı vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, bireyin geçmiş deneyimleriyle ilgili duyuşsal veya emosyonel hoş olmayan bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. Ameliyat sonrası ağrı ise cerrahi travma ile başlayıp, göreceli şekilde kısa süreli, giderek azalarak doku iyileşmesi ile sona eren, genellikle iyi lokalize olmuş ve cerrahi travmanın derecesi kadar insizyonun tipi ve genişliği ile de doğrudan ilgili akut bir ağrı şeklidir. Hemşirelik uygulamalarının en büyük hedeflerinden biri ağrının yönetilmesi ve bireylerin rahatlatılmasıdır (Çelik, 2010).

Postoperatif bulantı ve kusma, laparoskopik kolesistektomi sonrasında sık görülen ve sıkıntılı bir komplikasyondur (Demir, 2014; Korkmaz, 2017). Bulantı kusma postoperatif dönemde hasta konforunu bozan, hemodinamik stabiliteyi olumsuz etkileyen ve mutlaka tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Dünya çapında da 100.000.000'dan daha fazla hastanın yaklaşık %30'unun postoperatif bulantı ve

kusma deneyimlediği tahmin edilmektedir (Akdemir, 2009; Aygin, 2016). Günümüzde yeni anestezi teknikleri ve antiemetik ajanların klinik kullanıma girmesine rağmen, bulantı kusma halen ciddi bir problem olmaya devam etmektedir (Akdemir, 2009). Ciddi ve uzun süreli inatçı kusmalar, elektrolit bozukluğuna ve dehidratasyona neden olabilir. Postoperatif dönemde gelişen bulantı ve kusma pulmoner aspirasyon riskini artırır. Semptomlar orta derecede olsa bile, kusma, hastanın derlenme odasından gidiş süresini ve hastanede kalış süresini geciktirerek, hastane giderlerinin artmasına neden olur. Gününbirlik vakalarda bulantı kusma hastanede yatış süresini uzatma yönünden ciddi bir tehdit oluşturur. Ayrıca öğürme ve kusma eylemi yara ayrılması ve buna bağlı kanama riskini artırır. Bulantı kusmanın önlenmesi için farmakolojik tedavinin yanı sıra farmakolojik olmayan tedavi de önemlidir. Hasta yemekten sonra semi-fowler pozisyonunda (sakıncası yoksa) tutulmalı ve kusmadan en az iki saat sonrasına kadar düz yatırmaktan kaçınılmalıdır (Akdemir, 2009; Aygin, 2016; Firouzian et al., 2017; Ünülü, 2014).

Ameliyat sonrası bulantı, kusma ve ağrı gibi komplikasyonlar hasta konforunu bozmakta, hastanın kaygı duymasına sebep olmaktadır. Kaygı hem psikolojik hem de fizyolojik değişikliklere neden olan bir durumdur. Hasta olmak ve hastanede yatıyor olmak bireyin kaygı durumunu artırmaktadır. Operasyon öncesi anksiyetesi yüksek olan hastalarda kusma insidansının da yüksek olduğu bilinmektedir. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda anestezi, ağrı, bedeni üzerinde kontrolünü kaybetme, özürlü olma, cinsel yeterliliğini kaybetme, rollerini (iş, aile rolleri vb.) kaybetme, ölüm gibi konularda kaygı gelişir (Akdemir, 2009; Aygin, 2016).

Bulantı-kusmaya ve ağrıya yönelik yapılacak hemşirelik girişimleri hasta konforunu artıracığı için hastanın kaygısını da aynı oranda azaltacaktır. Operasyon sonrası hastalara verilen pozisyonun bulantı kusma ve ağrıyı azaltmada etkisinin olup olmadığını belirlemek istedik. Bu nedenle bu araştırma, laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarda pozisyonun bulantı-kusma ve ağrı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Safra Kesesi Anatomi ve Fizyolojisi

Safra kesesi karaciğerin sağ ve sol lobunu birleştiren anatomik çizgi üzerinde ve kendi yatağında yerleşmiş, karaciğerden salgılanan safrayı depolayan armut şeklinde bir organdır. Safra kesesi 8-10 cm uzunluğunda, 3 cm genişliğinde ve hacmi 30-60 ml arasındadır. Safra kesesi ve safra yolları pek çok varyasyon/anomali gösteren ve komşu yapılar ile sıkı bağlantıları olan oluşumlardır (Çalışkan, 2012; Korkmaz, 2017; Songur ve ark., 2009). Safra kesesi; areolar dokular, lenfatikler ve küçük venler aracılığıyla karaciğere bağlıdır. Safra kesesini karaciğer yatağından ayırırken bu yapılara dikkat edilmesi gerekmektedir (Gül, 2005). Safra kesesi fundus, korpus, infundibulum ve kollum olmak üzere 4 anatomik bölüme ayrılmaktadır (Albayrak, 2008; Songur ve ark., 2009). Bunlar:

1- Fundus: Karaciğer sağ lobunun altında serbest olarak bulunan, 0,5-1,5cm uzunluğunda yuvarlak ve safra kesesinin en yoğun düz kas içeren bölgesidir. Safra kesesi distansiyonunda fundus palpe edilebilir.

2- Korpus: Safra kesesinin en büyük ve daha çok elastik doku içeren depolama bölgesi olup yukarı, arkaya ve sola bakar.

3- İfundibulum: Korpus ve kollum arasında gittikçe incelen bir geçiş bölgesidir.

4- Kollum: İfundibulumdan sonra gelen en dar kısımdır. Uzunluğu 5-7 mm olup, sistik çukurluğun en derin kısmına oturur (Songur ve ark., 2009).

#### 4.1.2. Safra kesesinin yapısı

Safra kesesi içten dışa doğru dört tabakadan meydana gelmiştir. Bunlar:

1-Mukoza tabakası (tunica mucosa): Kese içerisinde kabartılar oluşturan silindirik epitel ve lamina propria'dan meydana gelmiş tabakadır. Bu plikalar sayesinde safra kesesi genişleyebilir.

2-Muskuler tabaka (tunica muscularis): İki katlı düz kas yapısından oluşmuştur.

3-Perimuskuler bağ dokusu tabakası: Muskuler tabakayı sarar. Özellikle karaciğer ile birleşen yüzde gelişmiştir.

4-Seröz tabaka (tunica serosa): Organın ön yüzünde pariyetal periton ile sarılmış tabakasıdır (Songur ve ark., 2009).

#### 4.1.3. Safra nedir?

Safra organik ve inorganik bileşiklerin karışımından oluşur (Önür ve Beyler, 2001). Karaciğerde üretilen safra, safra kanalının içine salgılanır ve terminal safra kanalında toplanarak hepatik kanala geçer. Buradan ya duodenuma boşalır ya da safra kesesine akar. Safra kesesi mukozasında su, elektrolit ve NaCl emilir ve safra konsantre hale gelir ve kesede safra tuzları, kolesterol, lesitin ve bilirubin kalır. Safra asitleri safra'nın %60'ını oluştururlar. Safra tuzları, bilirubin, kolesterol, lesitin, safra kesesinde 5-20 kez konsantre edilir. Karaciğerden günlük 600-1200 ml safra salgılanır. Safra bir sindirim salgısı olmasının yanı sıra aynı zamanda metabolik son ürünlerin atıldığı bir sıvıdır. Safra kesesi, yemek aralarında ve gece açlığı boyunca safra asitlerini depolar (Önür ve Beyler, 2001; Üçok ve ark., 2010).

Safra kesesinin esas görevi safrayı depolaması, suyun geri emilimi ile safrayı yoğunlaştırması ve gerektiğinde sindirim kanalına akıtmasıdır. Safra kesesi sindirim arası dönemlerde salgılanan safrayı depo eder. Safra kesesinin hacmi 15-60 milimetredir (Köylü, 2016).

#### 4.1.4. Safra ile salınan maddeler ve işlevleri

**Safra tuzları;** kuru safra ağırlığının %50'sini oluşturur. Kolesterolde karaciğer hücreleri tarafından sentezlenen safra asitleri vücutta dört şekilde bulunur. Bunlar miktarlarına göre şu şekilde sıralanır; %50 kolik asit, %30 keno-doksikolik asit, %15 deoksikolik asit ve son olarak %5 litokolik asit oluşturur (Çelikağı, 2013; Çavuşoğlu ve Çağlayan Yeğen, 2007). Karaciğer hücreleri tarafından kolesterolde sentezlenen safra tuzları yağların emiliminde ve kanda taşınmasında önemli bir rol oynar (Songur ve ark., 2009).

**Safra asitleri;** birincil, ikincil ve üçüncül safra asitleri olmak üzere 3'e ayrılır. Birincil safra asitleri; karaciğerde kolesterolde sentez edilen cholik asit ve chennic asitten oluşur. İkincil safra asitleri; birincil safra asitlerinden bağırsakta bakteriyel etki ile oluşur. Üçüncül safra asitleri; karaciğerde ikincil safra asitlerinden sentez edilir. Bu gruptan bilinen başlıca safra asiti ursadeoxycholic asittir (Yılmaz, 2011).



**Bilirubin;** hemolitik ikterde eritrositler çok hızlı parçalanır. Karaciğer hücreleri oluşan bilirubini aynı hızda salgılayamazlar. Böylece plazmada serbest bilirubin düzeyi normalin çok üstüne çıkar ve plazma proteinine bağlanır. Bağırsaklarda ürobilinojen oluşumu da çok hızlanır ve kana absorbe edilerek idrarla çıkarılır (Yılmaz, 2011).

**Kolestrol;** safrayla birlikte günlük 1-2 gram kadar kolesterol salgılanır. Bu salgının safra tuzu oluşumunda bir yan ürün olarak açığa çıktığı düşünülmektedir (Çavuşoğlu ve Çağlayan Yeğen, 2007). Safra kesesinde konsantre edilen kolesterol anormal durumların gelişmesine bağlı çökerek safra taşı oluşturabilir (Songur ve ark., 2009). Obez bireylerde kolesterol sekresyon artışı olur. Safranın kolesterol yönünden zenginleşmesi safra taşı oluşumunu desteklemektedir (Yüksel, 2016).

#### **4.2. Safra Kesesi Taşı Hastalığı**

Gelişmiş ülkelerde sık görülen safra kesesi taşı hastalığının prevalansı yaş, cinsiyet ve etnik gruplara göre değişir ve çoğunlukla 50-60 yaş arasında görülür. Otopsi ve klinik incelemeler erişkinlerin en az %10'unda safra kesesi taşı olduğunu göstermektedir. Asemptomatik safra taşları mevcut olan insanların bir kısmında bu safra taşları belirtisiz kalır. Yapılan araştırmaların sonucu bu taşların, semptomlar gelişinceye kadar izlenmesi yönündedir (Albayrak, 2008; Mentş ve ark. 2009).

Safra kesesi taşının değiştirilemez risk faktörleri etnik yapı, yaş, genetik ve cinsiyet; değiştirilebilir faktörler ise beslenme şekli, fiziksel aktivite, beslenme yetersizliğine bağlı kilo kaybı ve obezitedir (Ateş ve Ünal, 2016). Kişinin besinlerle aldığı yağ miktarına bağlı olarak safradaki kolesterol miktarı artar. Yağ oranı yüksek olan bir diyetle beslenenler safra taşı gelişimi ile karşılaşabilirler. Çünkü hepatik hücreler kolesterolü yağ metabolizmasının bir ürünü olarak sentezlerler (Çavuşoğlu ve Çağlayan Yeğen, 2007; Urganoğlu, 2017).

Safra kesesi taşlarının en yaygın semptomları biliyer kolik ve dispepsidir. Biliyer kolik, 'sağ üst kadranda veya epigastrik merkezli 30 dakika ile 2 saat arasında süren, 6. saatin sonunda etkisini yitiren karın ağrısı' olarak tanımlanır. Safra taşı, safra kesesi boynunu etkilediği ve kanalı tıkadığı durumlarda ortaya çıkar. Safra kesesinde sürekli kasılma nedeniyle basınç yükselir ve kolik tarzında ağrı oluşur. Ağrı, sağ alt göğüs kaburgası etrafında yaygın olup önden arkaya doğru da

yayılabilir. Bazen posterior skapula alt kısmını etkilemektedir. Bu durum alt torakal segmentlerden safra kesesi kökeni ve alt torakal omuriliğe splanknik sinirler aracılığıyla visseral duyu iletim ile açıklanmaktadır. Ağrı kendiliğinden son bulabilir ya da parenteral analjezik gereksinimi olabilir. Dispepsi, fişkıarak kusma, abdominal gaz varlığı, bulantı, yağlı yiyecek intoleransı, karında şişkinlik, epigastrik ağrı ve asit regürjitasyonu semptomlarının üçü ya da daha fazlasının varlığında tanımlanır (Çavuşoğlu ve Çağlayan Yeğen, 2007; Urganoglu, 2017).

#### **4.2.1. Akut kolesistit**

Akut kolesistit, safra kesesinin sistik kanal çıkışının (genellikle taşla) tıkanması sonucu gelişen enfeksiyonudur. Taş olmaksızın gelişen kolesistitler akut kolesistit olarak tanımlanır. Genellikle travma, sepsis, yanık, vb. nedenlerle hastaneye yatan yaşlı, kritik hastalarda ortaya çıkar. Kadınlarda, yaşlı popülasyonda, gebelerde, şişmanlarda, diyabetes mellitus ve karaciğer sirozu olan hastalarda akut kolesistit tanısına daha sık rastlanır (Başaran ve Özsüt, 2006).

Akut kolesistit vakalarının %95'inde safra taşı bulunur. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte kesede iskemi bulguları meydana gelebilir. En sık karşılaşılan erken belirti sağ üst kadranda (sağ hipokondriumda) şiddetli ağrıdır. Ateş, bulantı ve kusma eşlik edebilir. Tedavi olarak oral alımı kesilir, IV sıvı desteği verilir, bulantı, kusmayı gidermek amacı ile nazogastrik tüp yerleştirilir, analjezik ve antibiyotik tedavisi uygulanması sonucu da bu süreç birçok hastada 4–5 gün içinde safra kesesi cidarında bir miktar fibrozis bırakarak son bulur (Albayrak, 2008).

#### **4.2.2. Kronik kolesistit**

Kronik kolesistit klinik bir tanıdan çok patolojik bir tanıdır. Kесе duvarında kronik enflamasyon mevcuttur. Bu enflamasyon akut kolesistit ataklarının iyileşmesi sonucu olabileceği gibi, akut atak göstermeksizin tekrarlayan düşük düzeyli enflamasyona bağlı da olabilir. Kronik enflamasyonda kese duvarında kalınlaşma görülür. Klinik bulguları arasında aniden başlayan ağrı, gittikçe artar birkaç saat içinde azalarak kaybolur. Bulantı ve kusma ağrılara eşlik edebilir. Tedavi yöntemi kolesistektomidir (Bilgel, 2007).

### **4.2.3. Safra kesesi taşı hastalığı cerrahi tedavi yöntemleri**

Günümüzde kolesistektomi, açık ve laparoskopik olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Endoskopinin cerrahiye girmesiyle son 20 yıldır safra kesesi taşı hastalığı için altın standart yaşanmaktadır. Safra kesesi taşı hastalığı için en etkili tedavi yöntemi, uzun dönem sonuçları açısından laparoskopik kolesistektomidir (Ateş ve Ünal, 2016; Genc et al., 2011; Sönmez, 2008).

### **4.2.4. Açık kolesistektomi**

Açık kolesistektomi siroz, malignite şüphesi bulunan, gebeliğin geç üçüncü trimesterinde olan ve geniş üst abdominal cerrahi geçirenlerde uygun bir yaklaşım olabilmektedir (Noble, 2015). Özellikle akut hastalarda güvenli ve etkili bir tedavi yöntemi olarak açık kolesistektomi tercih edilir (Urganoğlu, 2017). Açık kolesistektomi komplikasyonları aşağıda olduğu şekilde sıralanmaktadır;

- Kardiyak komplikasyonlar
- Respiratuar komplikasyonlar
- Gastrointestinal komplikasyonlar
- Üriner komplikasyonlar
- Hemoraji ve hematom
- Postoperatif enfeksiyon
- Koledok ve ana hepatik kanal yaralanması
- Büyük damar yaralanmaları (Sönmez, 2008).

### **4.2.5. Laparoskopik kolesistektomi**

Laparoskopik kolesistektomi, safra kesesinin laparoskopik girişimle kesilerek çıkartılması işlemidir (Urganoğlu, 2017). Laparoscopi kelimesi Latince “karın” ve “izlemek” anlamına gelen “laparo” ve “skop” kelimelerinin birleştirilmesiyle türetilmiştir (Gurusamy and Davidson, 2010; Urganoğlu, 2007). İlk kolesistektomi, 1882 yılında Berlin’de Langenbuch tarafından yapılmıştır. Endoskopi ise ilk defa Hipokrat tarafından tanımlanmıştır. Laparoskopik kolesistektomi ilk kez 1985 yılında köpek üzerinde C.Filipi ve F.Mail tarafından yapılmış ve 1987 yılında Nathanson ve Cushieri domuzda laparoskopik kolesistektomiyi gerçekleştirmişlerdir. İnsanda ilk laparoskopik kolesistektomi 1987 yılında Mouret tarafından yapılmıştır. Türkiye’de ilk laparoskopik kolesistektomi 1990 yılında Prof. Dr. Ergün Göney İstanbul SSK

Okmeydanı Hastanesi'nde gerçekleştirmiştir (Sönmez, 2008). Laparoskopik cerrahi girişimleri arasında, kolesistektominin yanında yaygın uygulanan diğer girişimler jinekolojik, abdominal ve torasik girişimlerdir (Ecer, 2018).

Günümüzde teknolojik ilerlemelerin sağlık alanına uygulanmasıyla, kolelitiazis tedavisi için cazip hale gelen ilk tedavi yöntemi olarak laparoskopik kolesistektomi kabul edilmektedir. Kolesistektomilerin %90'ı laparoskopik olarak yapılmaktadır (Gurusamy and Davidson, 2010; Gül, 2005; Kalaycı ve ark., 2006; Urcanoğlu, 2007).

Yapılan çalışmalarda cerrahi travmaya verilen stres yanıtının, travmanın şiddeti ile doğru orantılı olduğu saptanmıştır (Gül, 2005; Kalaycı ve ark., 2006). Laparoskopik kolesistektominin, açık kolesistektomiye göre daha çok tercih edilen bir yöntem olmasının nedeni, iyileşmenin hızlı olması, cerrahi travmanın daha az olması, daha az ağrıya neden olması, analjezik gereksinimlerinin az olması, hastanede kalış süresi ile işe başlama süresini kısaltması ve kozmetik etkiler gibi birçok avantajı bulunmaktadır. Ancak, laparoskopik kolesistektomi sırasında safra kesesinin perforasyonu ve safra taşlarının batına saçılması gibi durumlar açık kolesistektomilere oranla daha sık görülmektedir. Safra kesesi perforasyonunun görülme sıklığı %10 ile %40 arasında değişmektedir (Kalaycı ve ark., 2006; Yılmaz, 2012).

Safra taşlarının medikal tedavi yöntemlerinden istenen sonuç alınamamıştır. Kolesistektominin endikasyonları olarak, akut kolesistit, semptomatik kolelitiazis, çocuk ve yetişkinlerde safra kesesi taşı olanlar, safra kültüründe salmonella taşıyıcılarının pozitif olması, porselen (kalsifiye) safra kesesi, orak hücreli anemi, safra kesesi polipleri ve tümörleri olarak sıralanabilir (Açar, 2012; Albayrak, 2008). Laparoskopik kolesistektominin kontrendikasyonları ise genel anestezinin tolere edilemeyecek olması, koagulopatiler, yaygın peritonit/kolanjit, frozen abdomen, batın malignitesi varlığı, bilier fistül, safra kesesi karsinomu, ilerlemiş karaciğer hastalığı (siroz, portal hipertansiyon), laparotomi gerektiren diğer durumlar olarak sıralanabilir (Açar, 2012).

Laparoskopik kolesistektominin komplikasyonları, intaperitoneal yaralanmalar, safra kesesi perforasyonu, ana safra yolu striktürü ve yaralanmaları, lümenli organ yaralanmaları, lümenli organ perforasyonuna bağlı peritonit, bilier

peritonit, karaciğer laserasyonu, kanama, sağ hipokondrium ağrısı, kardiyak komplikasyonlar şeklinde sıralanabilir (Ecer, 2018). Laparoskopik kolesistektomi operasyonunun günübirlik bir cerrahi işlem olmasının en önemli nedenlerinden biri postoperatif ağrının açık cerrahiye göre daha az olmasıdır. Bunun sonucu olarak laparoskopik kolesistektomi açık kolesistektomiye göre daha çok tercih edilen cerrahi bir yöntem olmuştur. Ancak yine de postoperatif ağrı, bu hastaların en başta gelen sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Ayrıca, hastaların günlük aktivitelere daha erken dönmesi de laparoskopik kolesistektomi operasyonun avantajlarından biridir (Kalaycı ve ark., 2006; Sönmez, 2008; Van Dijk et al., 2017; Yılmaz, 2011).

#### **Laparoskopik kolesistektominin diğer avantajları;**

- Anestezi süresi ve hastaya verilen anestetik madde miktarının az olması,
- Cerrahi insizyonun küçük ve daha estetik olması,
- Ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyon oranının düşük olması,
- Ameliyat sonrası hastanın kısa süre içinde beslenmeye başlaması,
- Hastane enfeksiyonu riskinin düşük olması,
- Hastanın günlük yaşam aktivitelerine kısa sürede (bir haftada) dönebilmesi,
- Hasta memnuniyetinin daha fazla olması,
- Tedavi ve bakım maliyetinin daha az olması şeklinde sıralanmaktadır.

#### **Laparoskopik kolesistektominin dezavantajları ise;**

- Cerrahin dokunma ve derinlik hissini az olması,
- Kamera kontrolünün başkasında olması,
- Kanama kontrolünün daha zor olması,
- Karbondioksit bağı komplikasyonların gelişmesi,
- Safra yolu yaralanmalarının daha fazla olması şeklinde sıralanmaktadır (Avcı, 2002; Ecer, 2018; Ercan, 2006; Gülleroğlu, 2008).

### **4.3. Cerrahide Anksiyete**

Anksiyete nedeni bilinmeyen, karmaşık ve içten gelen tehdide karşı verilen bir tepkidir. Sıkışma ve darlık anlamına gelen indogermanik ‘angh’ kökünden türetilmiştir. Başka bir deyişle anksiyete, her zaman görülebilen fizyolojik belirtilerin de eşlik edebileceği tedirginlik, kaygı, bunaltı şeklinde tarif edilen hoş olmayan

duygu durumudur ve genellikle depresyonla birlikte görülür. Kişi, kötü bir şey olacakmış hissi yaşar. Korku ve anksiyete günlük hayatta sıklıkla birbirine karıştırılan iki terimdir ancak birbirlerinden farklıdırlar. Korku hissinde neden (kedi görme, köpek görme, kan görme, yüksek yerler, uçağa binme vb.) bellidir. Korku, kesin bilinen ve dıştan gelen tehdide karşı oluşan tepkidir. Anksiyete ise belirsiz bir tehlike hissi ile kendini gösterir (Akyüz, 2012; Kayhan, 2003).

Ülkemizde, fiziksel hastalık nedeniyle yatarak tedavi görenlerin %2,8-24,4'ünde anksiyete bozukluğu bildirilmiştir. Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise bu oran %23'tür. Cerrahi uygulanacak hastaların ise %60-80'inde ameliyat öncesinde anksiyete olduğu bildirilmiştir. Preoperatif anksiyete cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkilemesi yanı sıra postoperatif morbiditeyi de etkileyebilir. Cerrahi işlemin kendisi anksiyete kaynağı olabilir. Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir (Akyüz, 2012; Aykent ve ark., 2007; Taşdemir ve ark., 2013).

Yapılan çalışmalar tıbbi hastalık varlığının herhangi bir psikiyatrik bozukluk riskini artırdığı yönündedir. Hastaların çoğunda ameliyat öncesi farklı derecelerde kaygı ve korku görülebilmektedir. Ameliyat öncesinde anksiyete ve korku, anestezi tipine bağlı olabildiği gibi, hastanın önceki deneyimlerine, kişilik özelliklerine, cerrahi girişime ait endişelere (özürlü olacağı endişesi, bedeni üzerinde etkisini kaybedeceği endişesi, ölüm kaygısı, cinsel yeterliliğinin kaybı korkusu vb.) ve ameliyat sonrası dönemdeki ağrılarına da bağlı olabilir. Hastaların anksiyete seviyeleri ise daha önceki deneyimleri, hastaneye geliş şekilleri, cinsiyetleri, yaşları ve geçireceği ameliyatın tipi gibi çok çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir (Kayhan, 2003; Taşdemir ve ark., 2013).

Cerrahi kliniklerinde gözlenen anksiyete iki açıdan önemlidir. Birincisi, cerrahi işlemin kendisi anksiyete kaynağı olabilir ve postoperatif morbiditeyi etkileyebilir. İkincisi anksiyeteyi gidermek için kullanılan ilaçlar cerrahi işlem sırasında kullanılan anestezi maddelerle etkileşime girebilir. Preoperatif anksiyeteyi etkileyen diğer nedenlerden biri de ameliyat kararı ve bekleme sürecidir. Bu süreç çoğu hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde anksiyeteye neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda genel cerrahi hastalarının %5'inde, tedavi reddine neden olacak düzeyde

anksiyete olduğu bulunmuştur. Preoperatif anksiyetenin derecesi, hastalık tanısı, operasyonun zorluk ve risk derecesi ve hastanın buna ilişkin önyargılarıyla ilişkilidir. Yapılan araştırmalarda cerrahın tutumunun da anksiyeteye sebep olabileceği bulunmuştur (Cimilli, 2001).

Hastaların anksiyete seviyelerini azaltmak için birçok yöntem kullanılmaktadır. Preoperatif dönemde anesteziist tarafından yapılan görüşme, verilen bilgiler ve premedikasyon amacıyla uygulanan ilaçlar bunlardan bazılarıdır. Preoperatif anksiyete derecesini ölçmek ve nedenlerini ortaya koymak amacı ile yapılan çalışmalarda, preoperatif dönemde hastaların bilgilendirilmesi, hastaya her aşamada yapılan işlemin ne olduğu ve niçin yapıldığı konusunda bilgi verilmesi sonucu anksiyete ve analjezik gereksinimini azalttığı, memnuniyeti arttırdığı saptanmıştır (Aykent ve ark., 2007; Taşdemir ve ark., 2013).

Anksiyeteli hastada en etkili yaklaşım güvence vermek ve psikolojik destek sağlamaktır. Postoperatif anksiyete düzeyinin preoperatif anksiyete düzeyi ile bağlantılı olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Bazı araştırmalar, preoperatif anksiyetesi orta düzeyde olan hastalar, postoperatif duygusal uyumda en iyi olan hastalar olduğu sonucunu vermiştir. Postoperatif anksiyete düzeyi yüksek olanlarda tıbbi komplikasyon oranı da daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bazı hastalarda postoperatif anksiyete, ameliyat travması ile ilişkili olarak travma sonrası stres bozukluğuna dönüşebilir. Postoperatif dönemde, oral alımının kısıtlanması, ilaçların gastrointestinal sisteme bağlı etkin emiliminin bozulması, eklenen tıbbi sorunlar ve ilaç etkileşimleri, psikofarmakolojik tedaviyi güçleştiren etmenler arasında yer almaktadır (Akyüz, 2012; Cimili, 2001).

Anksiyete, hasta için hoş olmayan psikolojik bir durum olması yanında, preoperatif dönemde stres yanıtların ve hemodinamik değişkenliklerin artmasına, daha fazla anestezi ve analjezik kullanılmasına ve postoperatif rehabilitasyonun güçleşmesine yol açmaktadır. Bu nedenle preoperatif vizitin en önemli amaçlarından birisi anksiyetenin giderilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi olmalıdır (Aykent ve ark., 2007).

#### **4.4. Ağrı Tanımı ve Fizyolojisi**

Ağrı, Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (The International Association for the Study of Pain-IASP) Taksonomi Komitesi tarafından "Vücudun belli bir

bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir durum ve davranış şekli" olarak tanımlanmıştır. Ağrı, Latince "poena" (ceza, intikam, işkence) sözcüğünden gelmekte olup subjektif bir tanımlamadır (Cemaloğlu, 2018; Eti-Aslan, 2002). Yaşanılan çevre ve koşullar ağrıya olan yanıtı etkilemekte ve ağrının tanımı bireyler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Hem tanımlanması hem değerlendirilmesi oldukça zor ve karmaşıktır. Bu nedenle öncelikle hastanın ağrı tanımına ve belirttiği ağrı şiddetine inanmak gerekir (Gelir, 2012).

Ağrı dediğimiz deneyim, değerlendirilirken fiziksel boyutunun yanı sıra öznel de göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın ağrı bildirimini esas alınmalıdır. Çünkü öznel bir sorun halini alan ağrı ve ağrıya karşı verilen davranışsal tepkiler bireyden bireye değişecektir (Eti-Aslan, 2002).

Nosiseptif ve nöropatik ağrı olmak üzere iki çeşit ağrıdan söz etmek mümkündür. Nosiseptif ağrı, ağrılı uyarana uygun olarak verilen fizyolojik bir yanıtıdır ve akut veya kronik enflamasyonu içerebilir. Akut nosiseptif ağrı doku hasarı sonucu oluşur kısa süre devam eder. Eğer yara yavaş iyileşiyorsa, uzamış enflamatuvar yanıt, hem yarada (primer hiperaljezi) hem de çevreleyen ciltte (sekonder hiperaljezi) artmış duyarlılığa neden olabilir (Calne, 2004; Sönmez, 2008). Nöropatik ağrı, primer bir lezyonun neden olduğu veya sinir sisteminde disfonksiyonun olduğu uygunsuz yanıt olarak tanımlanmıştır. Sinir hasarı en çok primer lezyonun nedenidir ki bu da travma, enfeksiyon, metabolik bozukluk veya kansere bağlı olabilir. Nöropatik ağrı, kronik ağrı gelişiminde major bir faktördür. Genellikle değişmiş veya hoş gitmeyen duyumsamalarla ilişkilidir. Bununla birlikte hafif dokunma, basınç veya ısıdaki değişiklikler yoğun ağrıyı uyabilir (Erdine, 2003; Sönmez, 2008).

**Ağrılı uyarın dört aşamalı olarak üst merkezlere doğru bir yol izlemektedir:**

- 1-Transdüksiyon: Ağrılı uyarının reseptörü uyarması,
- 2-Transmisyon: Ağrı uyarısının kortekse iletilmesi,
- 3- Modülasyon: Ağrı informasyonunun (impulsun) inhibisyonu,
- 4- Persepsiyon: Ağrılı uyarının bu etkileşim sonucu sentez edilip algılanması şeklinde algılanmaktadır.



Ağrı tedavisine olan yaklaşımlarının çeşitli olması, ağrının kişiye özgü oluşu, organik bir nedenin varlığının her zaman şart olmaması, genellikle ağrı şiddetini değerlendirmenin kişisel ifadelerle dayanması durumlarıyla açıklanabilir (Sönmez, 2008).

#### **4.4.1. Ağrının sınıflaması**

Ağrının subjektif bir duyum olması, bireyler ve yaşanan ortam açısından büyük farklılıklar göstermesi nedeniyle standart bir sınıflamayı olanaksız kılmaktadır. Ağrının fizyolojisi (kliniği), süresi (akut veya kronik), kaynaklandığı bölge (somatik, visseral, sempatik) ve mekanizmalarına göre sınıflandırmak mümkündür (Erdine, 2003).

- **Kliniğe göre;**

a) Fizyolojik ağrı: Doku hasarı yapabilecek şiddete yakın olması ancak belirgin bir enflamasyon ya da sinir hasarı yapmayan, iyi lokalize edilebilen, geçici olan ve uyarı yanıt ilişkisi bulunan, koruyucu bir sistem oluşturmaya yönelik görülebilen bir ağrı şeklidir.

b) Patolojik ağrı: İnflamasyon veya sinir hasarı sonucu ortaya çıkan ağrı şeklidir. Duyarlılıkta artış ve normalde ağrı oluşturmayacak şiddetteki uyarı ile ağrının oluşmasıdır (Kayhan, 2004; Kado, 2018).

- **Süresine göre;**

a) Akut ağrı: Neden olan uyarı ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkisi olan, doku hasarı ile aniden başlayan ve yara iyileşme sürecinde giderek azalan ve kaybolan ağrıdır (Kayhan, 2004; Tunçkale, 2009).

b) Kronik ağrı: Üç aydan daha uzun süreyle devam eden ağrıdır. Başlı başına bir hastalık olarak ele alınabildiği gibi sendrom olarak da değerlendirilmektedir (Tunçkale, 2009).

- **Kaynaklandığı bölgeye göre;**

a) Somatik ağrı: Cilt, subkütanöz dokular, muköz membranlar, kas, tendon, eklem veya kemiklerden kaynaklanan lokalize edilebilen ağrıdır.

b) Visseral ağrı: Bir iç organ veya onun kılıfının hastalığı veya fonksiyon bozukluğundan kaynaklanan ağrıdır (Morgan et al., 2003).

- **Mekanizmalarına göre;**

a) Nosiseptif ağrı: Fizyopatolojik bazı olaylar nedeniyle nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkan ağrıdır.

b) Nöropatik ağrı: Periferik sinirlerde, travma veya metabolik hastalık sonucu nosiseptörlerin doğrudan etkilenmesi sonucu ortaya çıkan ve uyuşukluk, yanma, elektrik çarpması, karıncalanma, keçeleşme hissi şeklinde algılanan ağrıdır.

c) Deafferentasyon ağrısı: Yanıcı karakterde olan ve duyuşal kaybın olduğu bölgede görülen ağrıdır.

d) Reaktif ağrı: Nosiseptörlerin uyarılmasıyla, motor ve sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu, karşı reaksiyon olarak ortaya çıkan, künt, derin ve sızlayıcı nitelikteki ağrıdır.

e) Psikosomatik ağrı: Kronik ağrılı hastanın psişik ya da psikososyal sorunlarını toplumun ilgisini ve dikkatini kendi üzerinde toplamak amacıyla ifade ettiği ağrıdır (Erdine, 2003).

#### **4.4.2. Postoperatif ağrı**

Postoperatif ağrı, cerrahi travma ile başlayan, farklı şiddette olabilen, giderek azalan, yara iyileşmesi ile sona eren akut patolojik bir ağrıdır. Postoperatif ağrının şiddeti ve algısı, anestezinin tipine, cerrahi alanının büyüklüğüne, hastanın fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyokültürel yapıların rol oynadığı faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Genellikle tanısız bir önem göstermeyen postoperatif ağrının temel nedeni cerrahi travma sonucu oluşan doku hasarıdır. Postoperatif ağrı, akut ağrının farklı bir tipidir ve akut ağrı tedavisindeki uygulamalar burada da geçerlidir ve ağrının giderilmesi, ideal hasta bakımı için önemlidir (Ay ve ark.,2010; Cemaloğlu, 2018; Sönmez, 2008; Yılmaz, 2011).

Erken postoperatif dönemde oluşan ağrı duyusu, hastaların konforunun bozulmasına, taburculuk işlemlerinin uzamasına ve operasyon maliyetinin artmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle de cerrahi girişimlerde travmayı en aza indirmenin ana amaçlardan biri ağrı giderilmesidir (Kalaycı ve ark., 2006; Yılmaz, 2011). Cerrahi

girişim sonrası hasta bakımını en iyi düzeyde sağlamak, hastayı erken mobilize edebilmek ve ameliyat sonrası komplikasyon oranını azaltabilmek için ağrı kontrolü çok önemlidir (Alkan, 2014).

Postoperatif ağrının kontrolü ve ameliyata bağlı anksiyetenin önlenmesi ile erken dönemde hastaneden çıkma ve normal yaşama hızlı dönüşün sağlanmasına katkısı olmaktadır. Postoperatif ağrı tedavisi, farmakolojik yöntemler, nonfarmakolojik yöntemler ve reyonel teknikleri içermektedir. Nonfarmakolojik yöntemlerden bilinen TENS, relaksasyon teknikleri, müzik terapisi, akupunktur ve hipnozdur. Bu yöntemler ancak farmakolojik ve reyonel tekniklerle kullanıldıklarında faydalıdır (Ceyhan ve Güleç 2010).

Postoperatif ağrıyı gidermede, aralıklı intravenöz (IV), intramüsküler (IM) enjeksiyonlar ve hasta kontrollü analjezi ön plandadır. Ancak, bu yöntemler çoğunlukla ağrıda yetersiz kalmaktadır. Ayrıca opioidlerin, solunum depresyonu, sedasyon, konstipasyon, üriner retansiyon, kaşıntı gibi yan etkilerinin olması kullanımlarını kısıtlamaktadır. Postoperatif ağrı, şiddeti ne olursa olsun pulmoner ve kardiyovasküler sistem üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Ayrıca, erken mobilizasyon yapılamadığı zaman tromboemboli riski artmakta ve bağırsak hareketliliği yavaşlamaktadır. Etkili yapılan postoperatif analjezi, düşük mortalite ve morbidite ile ilişkili olup hastanede yatış süresinin de azalmasını sağlamaktadır (Arslan ve ark., 2014; Gurbet et al., 2014).

Cerrahi girişim sonrası hasta bakımını en iyi düzeyde uygulamak, hastayı erken mobilize edebilmek ve ameliyat sonrası komplikasyon oranını azaltabilmek için ağrı kontrolünün olması çok önemlidir. Laparoskopik kolesistektomi sonrası postoperatif iyileşme süreci, ağrı, halsizlik ve bitkinlik başta olmak üzere birçok faktöre bağlı değişiklik göstermektedir. Ağrı ve bitkinlik özellikle operasyon günü ve takip eden ilk günde belirginlik gösterirken, bulantı ve kusma çoğunlukla operasyon gününde olur ve postoperatif iyileşme sürecini nadiren uzatır (Gül, 2005).

#### **4.5. Bulantı ve Kusma Tanımı ve Fizyolojisi**

Bulantı, midede duyulan ve insana kusacak gibi bir duygu veren durum, öznel, hoş olmayan bir his olarak tanımlanır. Buna sıklıkla boğazda ve sternum altında bir duyum ve bağırsak içeriğinin ağza geri gelişi eşlik eder. Bulantı, kusmaya

yol açabilen ya da açmayabilen bir durum olup insana kusacağı duygusunu yaşatır (Akdemir, 2009; Ünülu, 2014).

Kusma, mide ve ince bağırsak üst bölüm içeriğinin diyafragma ve karın kaslarının kasılması sonucu ağızdan dışarı atılmasıdır. Kusma öncesinde, fenalık duygusunun ağır bastığı bulantı ortaya çıkar, kusma durumunda da devam eder. Kusma nörofizyoloji bakımından karmaşık bir reflekstir ve beyin sapında bulunan kusma merkezi tarafından koordine edilir. Bulantı kusma birbirini takip eden üç fazdan meydana gelmektedir. Bu fazlar preeksiyon, ejeksiyon ve postejsiyon fazlarıdır. Preeksiyon fazında tükürük salınımı ve yutkunma hissi, terleme ve taşikardi görülmektedir. Ejeksiyon fazında, mide içeriği mide dışına atılır. Postejsiyon fazında ise vücut rahatlar ve dinlenme durumuna geçer, bu dönemde bulantı görülebilir. Bulantı ve kusma hali “emezis” olarak adlandırılır. Bulantı ve kusma bir hastalık değil, çeşitli hastalıkların semptom ve işaretlerinden biridir. Bulantı ve kusma toksinlerin atılımı için önemli bir savunma mekanizmasıdır (Akdemir, 2009; Duman, 2018; Ünsal, 2018).

Kusma merkezi, beyin sapında retiküler formasyonun lateralinde yer alan, kesin anatomik sınırları olmayan fonksiyonel bir bölgedir. Vazomotor aktivite, tükürük sekresyonu, solunum ve bulber kontrol merkezleri ile yakın komşuluktadır. Bu yakınlık, kusma ile birlikte gelişen fizyolojik reaksiyonlardan sorumludur (Ünsal, 2018).

#### **4.5.1. Postoperatif bulantı ve kusma**

Postoperatif bulantı kusma (POBK), genel anestezi sonrası ilk 24 saat içerisinde, kusma ile birlikte veya tek başına bulantı gelişmesi şeklinde tanımlanabilir. POBK etyolojisi, multifaktöriyel bir durum olup anestezik ajanlar, cerrahi girişim çeşidi, hastanın yaşı gibi hastaya ait faktörlerle ilgilidir. Postoperatif dönemde ağrıya ek olarak, bulantı kusma en sık görülen anestezi komplikasyonlarından biridir ve hastaların %20 ila %30’unda görülen ciddi bir postoperatif sorundur (Gülmez, 2017; Shinn et al., 2011; Voigt et al., 2013). Günümüzde yeni anestezik teknikler ve antiemetik ajanlar klinik kullanıma girmesine rağmen, POBK halen ciddi bir problem olmaya devam etmektedir (Akdemir, 2009; Duman, 2018; Şimşek ve ark., 2015; Ünsal, 2018). Tominaga and

Nakahara (2006) yaptığı çalışmada POBK için tanımlanmış risk faktörleri arasında sigara kullanma, yaş, kilo ve kadın cinsiyeti yer almıştır.

POBK, yüksek risk grubunda olan hastalardaki insidansı %70'e çıkabilir ve müdahale edilmediği zaman da sonlanabilir. POBK, şuuru kapalı, laringeal refleksleri yetersiz hastalarda aspirasyona neden olarak morbidite ve mortaliteyi artırabilir ve cerrahi komplikasyonlara da neden olabilir. İntraabdominal basınç artışı ile cerrahi süturlerde açılma, venöz hipertansiyon, kanama ve aspirasyon pnömonisinin nedeni olabilir. Kuvvetli hareketler postoperatif ağrıya da sebep olabilir. Bulantı ve kusmanın olması verdiği huzursuzluk hissinin yanında hastanede kalış süresini de uzatabilir. Çocuklarda ve yaşlılarda, ciddi ve uzun süreli inatçı kusmalar elektrolit bozukluğa ve dehidratasyona neden olabilir. Özellikle laparoskopik girişimlerden sonra %35-%54 olguda bulantı kusma olabilmektedir. POBK açısından yüksek riskli olan hastalara yan etkileri nedeniyle antiemetik uygulanamaması durumunda alternatif tekniklere yönelme ihtiyacı olmaktadır (Akdemir, 2009; Şimşek ve ark., 2015; Ünsal, 2018).

Postoperatif dönemdeki hastaların %72'si bulantı kusmadan korkmakta ve %71'i ise ciddi rahatsızlık hissetmektedir. POBK tedavisi için mevcut farmakolojik müdahaleler arasında dopamin ve serotonin reseptör antagonistleri, kortikosteroidler, antihistaminikler, sedatifler ve antikolinergik ilaçlar dâhil olmak üzere çok çeşitli ilaçlar bulunmaktadır. POBK'nın başlıca risk faktörü, sempatik sinir sisteminin blokajı nedeniyle arteriyel hipotansiyondur (Duman, 2018; Voigt et al.,2013).

Firouzian et al. (2017), laparoskopik kolesistektomi sonrası postoperatif bulantı ve kusmanın önlenmesi için IV dekstroza uygulamasının etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, anesteziden 30 dakika önce yapılan %5 Dekstroza Laktatlı Ringer 500 ml uygulamasının sadece Laktatlı Ringer 500 ml uygulamasına göre kusmayı daha fazla azalttığı bulunmuştur.

Kusma başladıktan sonra hastanın rahatsızlığını azaltacak bazı işlemler arasında, hastanın sıvı kaybını önlemek, hipotansiyona fırsat vermemek, ağrısını kontrol etmek sayılabilir. Ağrının öğürme sırasında daha da artacağı durumlarda ağrı kontrolü çok önemlidir. Mekanizması bilinmemekle beraber derin nefes almanın bulantıyı azaltıcı etkisi görülmektedir. Risk faktörlerinin azaltılmasıyla POBK

insidansı azaltılabilir. Bulantı kusma ihtimali yüksek olan hastalarda profilaktik olarak antiemetik kullanımı önerilmektedir (Duman, 2018).

POBK'da profilak olarak birçok nonfarmakolojik yöntem önerilmiş ve araştırılmıştır. Ancak en çok akupunktur etkili görünmektedir. Ayrıca bulantı kusmada hemşirelik girişimleri arasında mide içeriğinin aspirasyonunu önlemek amacıyla hastanın semi-fowler pozisyonunda tutulması yer alır. Postoperatif dönemde hasta kendinde ise semi-fowler pozisyonda, kendinde değil ise başın yan pozisyonda tutulması önemlidir (Aygin, 2016).

#### **4.6. Postoperatif Pozisyon**

Pozisyon; yapılacak işleme ve hastanın yatışına uygun olarak hastaya verilen vücut şekline denir (MEB, 2012).

##### **4.6.1. Supine pozisyon**

Supine pozisyonu, sırtüstü yatış pozisyonudur. Acil durumlarda, muayene ve tedavilerde kullanılan bir pozisyonudur. Supine pozisyonunun kullanıldığı durumlar; omurilik cerrahisi ve bazı spinal anestezi uygulamalarından sonra, omurga travması, bacak kırığı şüphesi durumlarında, üriner sistem ve batın travmalarında, nabız ve kan basıncı ölçümünde, temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarında, baş, boyun, yüz, göğüs bölgesi, meme, koltuk altı, kalp, karın, kol ve bacak muayenelerinde, hareket edemeyen yatağa bağımlı hastalarda ve bazı ilaç uygulamalarında kullanılır. Bu pozisyonda; oksipital bölge, skapula, dirsekler, sakrum, topuklar basınç altında kalan bölgelerdir. Bu nedenle supine pozisyonunun uzun süre uygulanması halinde yatak yarası (dekübitus) yönünden hasta gözlenmelidir (MEB, 2012) .

Hasta supin pozisyona geçtiğinde kalp debisi hemen artar, ven kanı vücudun alt kısmından kalbe yönelir, arter duvarlarında gerilme ve atım volümünde artış olur. Eğer kasılabilirlik ve arter tonusu sabit kalırsa arter kan basıncı yükselecektir. Supine pozisyonda karın boşluğundaki oluşumların diyafragma baskı yapması ile total akciğer kapasitesi ve fonksiyonel rezidüel kapasite azalır. Alt ve üst ekstremitelerin uygun konumu sinir zedelenmeleri yönünden çok büyük önem taşır. Kolların gövdeyle olan açısı 90 dereceyi aşmamalıdır (Aras, 2010).

#### **4.6.2. Semi-fawler pozisyon**

Hastanın, yatağında arkasının yastıklarla desteklenerek fawler (oturur pozisyon) veya semi-fawler (yarı oturur pozisyon) duruma getirilmesine denir. Semi-fawler pozisyonunda yatağın baş kısmı 45 derece kaldırılır. Dizler ve kalçalar 45 derece fleksiyona gelecek tarzda diz altından kaldırılması ile sağlanır. Semi-fawler pozisyon, solunumu ve kalbin çalışmasını rahatlatmak amacıyla kullanılır. Bu pozisyonunda hastanın; yemek yemesi, TV seyretmesi, kitap okuması ve etrafı ile iletişim kurması kolaydır. Semi-fawler pozisyonu; göğüs travmasında, akciğer ödeminde, solunum sıkıntısında, yatakta idrar ve dışkı boşaltımını kolaylaştırmada kullanılır. Semi-fawler pozisyonunda intradiskal bası supine pozisyona göre daha azdır. Semi-Semi-fawler pozisyonunda intradiskal bası minimal düzeye indiği için ağrı daha az hissedilir (Defloor, 2000; MEB, 2012). Başın yükseltilmesi kafa içi basıncını azaltarak venöz ve lenfatik drenajı artırır (Tominaga and Nakahara, 2006).

#### **4.7. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı ve Hemşirelik Bakımı**

Cerrahi girişim, bireylerin yaşamları süresince karşılaşılabilecekleri benzersiz bir deneyimdir. Cerrahi hemşireliği ameliyat olacak hastanın ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası bakımını kapsayan hasta bakım uygulamalarından oluşur. Bu üç evre perioperatif dönem olarak tanımlanır. Hemşire, ameliyatın türü ve tipine bağlı olmaksızın hastanın ameliyata hazırlanmasında ve ameliyat sürecindeki bakımı ile komplikasyonları önlemede ve ameliyat sonrası bakımda önemli rol oynar. Ameliyat öncesi hasta hazırlığında, beslenme ile ilgili uygulamaların sürdürülmesinde diğer sağlık personelleri gibi hemşirelerin de sorumlulukları vardır. Hemşirelerin hasta ile daha uzun süre birlikte olması hasta bakımında daha fazla bir rol almasını gerektirir (Bulut, 2018; Ay ve Alpar, 2010; Dolgun ve ark., 2011).

Cerrahi tedavi amacıyla kliniğe gelen hastanın kliniğe kabulü sırasında yapılan görüşme ile alınan sağlık öyküsü çok önemlidir. Ameliyat öncesi dönemde hemşire hastayı kabul eder ve ameliyat öncesi hemşirelik değerlendirmesini yapar. Bu dönemde hastalarda yapılacak olan ameliyat ve ameliyat sonrası yaşamlarında olabilecek değişikliklere yönelik endişeler olabilmektedir. Yapılan görüşmelerde beslenme, egzersiz ve kontroller konusunda eğitim verilmeli, cerrahi tedavi riskleri ve yararları konuşularak hastanın anksiyetesi giderilmelidir. Laparoskopik kolesistektomide daha küçük kesinin olması, ameliyat sonrası daha az ağrı duyulması

ve komplikasyonların daha az olmasına rağmen ameliyat olma düşüncesi, ameliyat öncesi dönemde hastalarda anksiyeteye neden olabilmektedir. Ameliyat öncesi dönemde duyulan anksiyeteyi azaltmada en güvenilir ve etkili yöntem, ameliyat öncesi ve sonrası bakım, uygulanacak olan anestezi, ameliyat odası hakkında bilgilendirilmesi ve psikolojik destek sağlanmasıdır. Hemşirelerin en iyi bakımı vermesi ile ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve en aza indirilmesinde etkili olmaktadır (Aydın ve Bulut, 2014; Brenner and Kautz, 2015; Urganoglu, 2017).

Ameliyat öncesi dönemde mide içeriğinin hacmini azaltmak için yetişkin ve çocukların aç kalması gerekir. Böylece ameliyat esnasında mide içeriğinin aspirasyonu, abdominal cerrahide ameliyat alanının gaita ile kontamine olması, idrar ve gaita inkontinansı önlenmiş olur. Son yıllara kadar hastaların anestezi öncesi 8-12 saat süresince aç kalması istenirken yapılan çalışmalar neticesinde bu değişmiş ve Amerikan Anestezi Birliğinin önerilerine göre ameliyatın altı saat öncesinde katı gıdaların, iki saat öncesinde de berrak sıvıların kesilmesinin yeterli olduğu belirtilmektedir. Ameliyat öncesi uzamış açlık süresi hastalarda huzursuzluk baş ağrısı, susama hissi ve hipoglisemiye sebep olabilmektedir (Dolgun ve ark., 2011).

Ulusal hasta güvenliği hedefleri uyarınca ameliyathane hemşiresi intraoperatif olaylar hakkında derlenme odasındaki (ayılma odası) hemşireye rapor verir ve yazılı dokümanları teslim eder, erken ameliyat sonrası hemşirelik bakımı da burada başlar. Derlenme odasındaki hemşirelik bakımının amacı potansiyel anestezi ve cerrahi sorunları tespit etmek ve sorun geliştiğinde müdahale edilmesini sağlamaktır. Hastanın elektrokardiyogramının değerlendirilmesi ile birlikte solunum ve dolaşım değerlendirilmesi, ekstremitelerinin değerlendirilmesi (derin ven trombozu açısından değerlendirme) gerçekleştirilir. Hastanın oksijen gereksinimi, satürasyon düzeyine bağlıdır. EKG, kan basıncı, satürasyon değerleri izlenir. Amaç hastayı kanama, ağrı, erken komplikasyonlar yönünden izlemektir. Ayrıca drenaj, hematoma, kanama belirtileri yönünden hastanın cerrahi işlem uygulanmış olan bölgesi değerlendirilir (Brenner and Kautz, 2015; Urganoglu, 2017 ).

Elektif laparoskopik kolesistektomide ameliyat sonrası anestezinin etkileri geçtikten sonra sıvı alımı ve diyet uygulanmaya başlanabilmektedir. Sağlıklı, evde iyi bir bakım sağlanabileceğine inanılan hastalar ameliyat sonrası 6 saat sonra



taburcu edilebilmektedir. Vaughan et al. (2013) yaptıkları bir çalışmada, laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda aynı gün taburcu edilen ve bir gece hastanede kalanların arasında klinik açıdan önemli bir fark olmadığı bildirilmektedir.

Taburculuk planı birey, hemşire ve diğer sağlık personelleri tarafından planlanmalı, gerekli olan eğitim verilmelidir. Taburculuk eğitimi bireyi ve ailesini evde bakıma hazırlamayı içeren bir süreçtir. Bireyler için taburculuk sonrası en önemli ve en gerekli bilgiler; ağrı yönetimi, yara bakımı, pansuman bakımı, komplikasyonların önlenmesi, ilaç kullanımı, beslenme, aktivite ve taburculuk sonrası başvurabilecekleri sağlık merkezleri hakkında bilgilerdir (Aytur, 2001).

Sağlık uzmanı aksi bir durum söylemediği sürece, ameliyat sonrası en kısa sürede normal diyete geri dönmek gerekir. Normal yiyeceklerin sindirimi için safra kesesine ihtiyaç yoktur. Karaciğer hala safra yapar, böylece yağ sindirebilir. Bazı insanlar kolesistektomi sonrası ishal geçirir. Genellikle ameliyattan hemen sonra durur. Devam eden ishal halinde sağlık merkezine başvuru yapılmalıdır (PEN, 2016).

## 5. GEREÇ YÖNTEM

### 5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarda pozisyonun bulantı-kusma ve ağrı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel nitelikte yapıldı.

### 5.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma, Mart-Eylül 2018 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarla yürütüldü.

#### Araştırma Hipotezi

H1: "Laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarda pozisyonun bulantı-kusma ve ağrı üzerine etkisi vardır."

### 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

#### *Çalışmanın Evreni ve Örneklemi:*

Bu araştırmanın evreni için, Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde safra kesesinden 2017 yılında laparoskopik cerrahi geçiren, 18-70 yaş grubu toplam 1200 hasta olduğu belirlendi. Deneysel olarak tasarlanan çalışma için daha önce benzer bir çalışma baz alınarak yapılan Power analizi (G\*Power 3.1.9.2) sonucunda; ağrı skoruna göre yapılan değerlendirmede  $\Delta$ : 0,59 ve SS: 1,05 olarak aldığımızda Power: 0,80,  $\beta$ :0,20 ve  $\alpha$ : 0,05 için tespit edilen örneklem sayısı her bir grup için minimum 47 olmak üzere toplam 94 hasta olarak saptandı.

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi servisinde laparoskopik cerrahi sınıfından safra kesesi ameliyatı geçirmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden 102 hasta alındı. Ancak ameliyat sırasında açık ameliyata geçildiği için 6 hasta araştırma dışında bırakıldı. Sonuç olarak araştırmayı toplam 96 kişi oluşturdu. Örneklem kapsamını, Laparoskopik safra kesesi ameliyatı planlanan, çalışmaya katılmayı kabul eden supine grubunu 48 hasta ve semi-fowler grubunu 48 hasta

olmak üzere toplam 96 hasta oluşturdu.

$\Delta$ : Etki büyüklüğü (Effect Size)

SS: Standart Sapma

#### ***Alınma kriterleri***

- ✓ Çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- ✓ Laparoskopik safra kesesi cerrahi geçirecek olması
- ✓ 18-70 yaş aralığında olması
- ✓ Ameliyat sonrası supine pozisyonda yatmayı kabul etmesi
- ✓ Ameliyat sonrası semi-fowler pozisyonda yatmayı kabul etmesi

#### ***Dışlanma kriterleri***

- ✓ KOAH hastalığının olması

### **5. 4. Veri Toplama Araçları**

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu

EK-3: Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

EK-4: Ağrı ve Bulantı-Kusma Takip Formu

### **5.5. Veri Toplama Yöntemi**

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi servisinde araştırmayı yapabilmek için gerekli izinler alındı.

Araştırmaya alınma kriterlerine uygun ve laparoskopik safra kesesi ameliyatı planlanan hastalara, hastaneye yatışları yapıldıktan, araştırma hakkında detaylı bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul edenlerin “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” ile onamları alındı. Ayrıca hastalara, “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)” dolduruldu. Grupların benzer olmasını sağlamak amacıyla AÖKÖ kullanıldı. Araştırmaya katılmayı reddeden hasta olmadı. Araştırmaya katılan hastalara ve refakat edenlere ameliyat öncesinde, araştırma ve ameliyat sonrası pozisyon hakkında eğitim verilerek hastaların ameliyat sonrası kendilerine uygulanacak olan pozisyonda kalmaları sağlandı. Hastaları randomize edebilmek için ameliyat geçirecek hastalar kura çekilerek grubu belirlendi. Araştırmaya katılan ve kura sonucu grubu belirlenen hastalardan 48 hasta ameliyat

sonrası tek yastıkta supine pozisyonunda yatırıldı. Diğer grup 48 hasta ise ameliyat sonrası semi-fowler pozisyonunda yatırıldı. Araştırmaya alınan benzer pozisyondaki hastaların ameliyat sonrası aynı odada olması sağlandı. Hastaların ameliyatı sonrası ağrı ve bulantı düzeylerini belirlemek için hazırlanan “Ağrı ve Bulantı Kusma Takip Formu” dolduruldu. Araştırmaya alınan tüm hastalara; 0, 6, 12 ve 24. saatlerinde toplam 4 kez hayati belirtiler ile birlikte “Ağrı ve Bulantı Kusma Takip Formu” dolduruldu.

Ameliyat sonrası antiemetik ve analjezikler sadece lüzum halinde kullanılması için order edildi. Analjezi ve antiemetik kullanım ihtiyacı olan hastalara servisin politikaları doğrultusunda aynı tip analjezi ve antiemetik kullanıldı. Böylelikle pozisyona bağlı etkinin ilaçlardan bağımsız bir şekilde incelenmesi sağlandı.

**EK-1:** “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu”

**EK-2:** “Tanıtıcı Bilgi Formu”, literatürden yararlanarak araştırmacılar tarafından hazırlandı. 26 adet sorudan oluşan form hastanın demografik özellikleri ve sağlık durumu ile ilgili bilgilerini içermektedir.

**EK-3:** “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği”, bu ölçek Karancı ve Dirik tarafından Türkçe olarak 2003 yılında geliştirilmiştir. Ölçek cerrahi hastalarında ameliyat esnasına ve sonrasına özgü kaygıların ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir. Maddeler ağrı ve ameliyat sırasında ölmekten duyulan korkular ve ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyon ve sınırlılıklardan duyulan endişeyi ölçmeye yöneliktir. Bu nedenle cerrahi hastalarında kullanılabilir. Toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi (1: Hiç katılmıyorum, 5: Tamamen katılıyorum) bir ölçektir. Ameliyata özgü kaygı puanı tüm maddelere verilen yanıtların toplanmasıyla elde edilir. Toplam puanı 50’dir. Ölçek puanlarının değerlendirilmesinde kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçek puanının artması, anksiyete düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin geliştirildiği çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği” Cronbach Alfa değeri ise 0.76 olarak bulundu.

**EK-4:** “Ağrı ve Bulantı-Kusma Takip Formu” Duman (2016)’ın yaptığı çalışmadaki “Sayısal Ağrı Ölçeği”den yararlanılarak 0, 6, 12 ve 24. saatte toplam 4 kez hastanın

ağrı durumu, şiddeti ve analjezik kullanımı değerlendirildi. Sayısal ölçekte ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10) düzeyine kadar ulaşır. Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro ve Jensen'in (2011) yaptıkları çalışmada, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği desteklenmek için görsel kıyaslama ölçeği, sayısal ağrı ölçeği, yüz ağrı ölçeği ve sözel değerlendirme ölçeğini kıyaslamışlar; sayısal ağrı ölçeğinin duyarlılığını en yüksek bulmuşlardır. Ünülü (2014)'nün yaptığı çalışmadaki "Bulantı-Kusma Takip Formu (VAS)"ndan yararlanılarak 0, 6, 12 ve 24. saatte toplam 4 kez hastanın bulantı-kusma durumu, şiddeti ve antiemetik kullanımı değerlendirildi. Bulantı şiddeti (0-1: bulantı yok, 2-4: hafif, 5-7:orta, 8-10: şiddetli bulantı) şeklinde yorumlanacaktır.

### **5.6. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu izni (EK-5) alındı (Karar no: 2018/13-18, Tarih: 26.02. 2018).

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi servisinde araştırmayı yapabilmek için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin (EK-6) alındı (Sayı: 16867222-604.01.01-1121, Tarih: 09.04.2018).

Araştırmaya katılan gönüllülere araştırmanın amacı, elde edilen verilerin gizli kalacağı ve paylaşılmayacağı açıklanarak Gönüllü Olur Formu (EK-1) imzalatılarak araştırmaya dâhil edildi.

### **5.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra normal dağılım gösteren niceliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde Student-t Testi, normal dağılım göstermeyenler için ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren niceliksel verilerin tekrarlayan ölçümlerinin değerlendirilmesinde tekrarlayan ölçümler için ANOVA, farklılığa neden olan ölçümün tespitinde ise Bonferroni post-hoc testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin tekrarlayan ölçümlerinin

değerlendirilmesinde Friedman Testi, farklılığa neden olan ölçümün tespitinde ise Wilcoxon İşaretili Sıralar post-hoc testi kullanıldı. Niteliksel verilerin değerlendirilmesinde ise Ki-Kare testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Tam Ki-Kare testi kullanıldı. Tekrarlayan niteliksel verilerin değerlendirilmesinde ise Cochran Q testi kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

#### **5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmanın sınırlı tarihlerde yürütülmesi
- Araştırmanın tek merkezde yapılması
- Araştırmanın tek cerrahi yöntem üzerinde yapılması



## **6. BULGULAR**

Laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarda pozisyonun bulantı-kusma ve ağrı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular 2 bölümde sunuldu. Birinci bölümde laparoskopik safra kesesi ameliyatı olan hastaların tanıtıcı özellikleri, kaygı düzeyi ve sağlık durumunun değerlendirilmesine ilişkin bulguları; ikinci bölümde laparoskopik safra kesesi ameliyatı olan hastaların hayati belirtileri ile ağrı bulantı ve kusmaya ilişkin bulguları yer aldı.

**6.1. Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastaların Tanıtıcı zellikleri ile Kaygı Düzeyine İlişkin Bulgular**

**6.2. Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastaların Hayati Belirtileri ile Ağrı Bulantı ve Kusmaya İlişkin Bulgular**

**6.1. Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastaların Tanıtıcı zellikleri ile Kaygı Düzeyine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde laparoskopik safra kesesi ameliyatı olan hastaların tanıtıcı özelliklerinden demografik özelliklerin dağılımı, sağlık durum dağılımı ve ameliyat öncesi kaygı leğine ilişkin veriler ve gruplar arası karşılaştırmalar tablolar şeklinde yer almaktadır.

**Tablo 6.1.1. Hastaların pozisyonlara göre demografik özelliklerinin dağılımı**

Demografik özellikler	Supine grubu (n=48)		Semi-fawler grubu (n=48)		Toplam Ort±SS (n=96)		$\chi^2/t$	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Yaş</b>	47,19±11,48	41,77±12,13	44,48±12,06				<b>2,247</b>	<b><sup>1</sup>0,027*</b>
<b>Min-Maks</b>	25-69	19-66	19-69					
<b>BKI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	29,44±4,99	28,61±4,93	29,03±4,95				0,818	<sup>2</sup> 0,415
<b>Min-Maks</b>	21,36-48,05	18,53-40,48	18,53-48,05					
	n	%	n	%	n	%	$\chi^2$	p
<b>BKI sınıf</b>								
Normal	7	14,6	10	20,8	17	17,7	0,787	<sup>3</sup> 0,675
Kilolu	22	45,8	22	45,8	44	45,8		
Obez	19	39,6	16	33,3	35	36,5		
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	34	70,8	32	66,7	66	68,8	0,048	<sup>2</sup> 0,826
Erkek	14	29,2	16	33,3	30	31,3		
<b>Doğum yeri</b>								
Marmara	13	27,1	25	52,1	38	39,6	6,839	<sup>3</sup> 0,077
Karedeniz	13	27,1	7	14,6	20	20,8		
GüneyDoğu Anadolu	9	18,8	8	16,7	17	17,7		
Diğer bölgeler	13	27,1	8	16,7	21	21,9		
<b>Yaşanılan yer</b>								
Köy/kasaba	8	16,7	4	8,3	12	12,5	4,013	<sup>2</sup> 0,134
Şehir	11	22,9	6	12,5	17	17,7		
Büyük şehir	29	60,4	38	79,2	67	69,8		
<b>Eğitim durumu</b>								
İlkokul ve altı	24	50,0	22	45,8	46	47,9	0,593	<sup>3</sup> 0,743
Ortaokul	8	16,7	11	22,9	19	19,8		
Lise ve üzeri	16	33,3	15	31,3	31	2,3		
<b>Meslek</b>								
İşsiz	22	45,8	23	47,9	45	46,9	1,838	<sup>3</sup> 0,399
Çalışan	14	29,2	18	37,5	32	33,3		
Emekli	12	25,0	7	14,6	19	19,8		
<b>Sosyal güvence</b>								
SSK	24	50,0	29	60,4	53	55,2	1,662	<sup>3</sup> 0,436
Emekli sandığı	13	27,1	8	16,7	21	21,9		
Diğer	11	22,9	11	22,9	22	22,9		
<b>Medeni durum</b>								
Evlü	42	87,5	38	79,2	80	83,3	0,675	<sup>2</sup> 0,411
Bekar/boşanmış	6	12,5	10	20,8	16	16,7		
<b>Aile tipi</b>								
Çekirdek aile	31	64,6	42	87,5	73	76,0	<b>5,718</b>	<b><sup>2</sup>0,017*</b>
Geniş aile	17	35,4	6	12,5	23	24,0		
<b>Algılanan ekonomik durumu</b>								
İyi	8	16,7	8	16,7	16	16,7	0,001	<sup>2</sup> 1,000
Orta/kötü	40	83,3	40	83,3	8	83,3		

<sup>1</sup>Student-t Test<sup>2</sup>Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare Testi<sup>3</sup>Ki-Kare Testi

\*p&lt;0,05



Tablo 6.1.1.'de hastaların pozisyonlara göre demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırma, %68,8'i (n=66) kadın, %31,3'ü (n=30) erkek olmak üzere toplam 96 hasta ile yapıldı. Hastaların yaş ortalamaları  $44,48 \pm 12,06$  olarak bulundu. Hastaların %50'si Supine, %50'si (n=48) Semi-fawler olmak üzere iki pozisyon altında incelendi.

Araştırmaya alınan laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren supine grubundaki hastaların yaş ortalamalarının  $47,19 \pm 11,48$  olduğu; %70,8'nin kadın, %29,2'nin erkek olduğu; BKİ ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) ortalamalarının  $29,44 \pm 4,99$  olduğu; çoğunluğunun kilolu olduğu (%45,8) bulundu.

Araştırmaya alınan laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren semi-fawler grubundaki hastaların yaş ortalamalarının  $44,48 \pm 12,06$  olduğu; %66,7'nin kadın, %33,3'nin erkek olduğu; BKİ ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) ortalamalarının  $28,61 \pm 4,93$  olduğu; çoğunluğunun kilolu olduğu (%45,8) bulundu.

Genel olarak supine ve semi-fawler pozisyonlara ayrılan hastaların demografik özellikler açısından benzerlik gösterdiği saptandı.

**Tablo 6.1.2. Hastaların pozisyonlara göre sağlık durumlarının dağılımı**

		Supine grubu (n=48)		Semi-fawler grubu (n=48)		Toplam (n=96)		$\chi^2$	p
		n	%	n	%				
Sigara kullanımı	Hayır	36	75	27	56,3	63	65,6	2,955	<sup>2</sup> 0,086
	Evet	12	25	21	43,8	33	34,4		
Alkol kullanımı	Hayır	46	95,8	43	89,6	89	92,7	1,387	<sup>4</sup> 0,435
	Evet	2	4,2	5	10,4	7	7,3		
Mide şikâyeti	Hayır	12	25,0	17	35,4	29	30,2	0,791	<sup>4</sup> 0,374
	Evet	36	75,0	31	64,6	67	69,8		
Ailede safra kesesi sorunu varlığı	Hayır	28	58,3	21	43,8	49	51,0	1,501	<sup>2</sup> 0,221
	Evet	20	41,7	27	56,3	47	49,0		
Daha önce ameliyat geçirme	Hayır	26	54,2	21	43,8	47	49,0	0,667	<sup>2</sup> 0,414
	Evet	22	45,8	27	56,3	49	51,0		
Kronik hastalık Varlığı	Hayır	30	62,5	29	60,4	59	61,5	0,001	<sup>2</sup> 1,000
	Evet	18	37,5	19	39,6	37	38,5		
Sürekli ilaç Kullanımı	Hayır	27	56,3	30	62,5	57	59,4	0,13	<sup>2</sup> 0,678
	Evet	21	43,8	18	37,5	39	40,6		
Günlük yaşantıda bulantı-kusma sorunu	Hayır	29	60,4	36	75,0	65	67,7	1,715	<sup>2</sup> 0,190
	Evet	19	39,6	12	25,0	31	32,3		
Hastanede yatış Süresi	1 gün	41	85,4	46	95,8	87	90,6	3,065	<sup>4</sup> 0,159
	2 gün	7	14,6	2	4,2	9	9,4		
		Ort±SS Min-Maks		Ort±SS Min-Maks		Toplam Ort±SS		t	<sup>1</sup> p
Operasyon süresi (dk)		81,46±11,71 50-90		71,04±12,71 50-90		76,25±13,24 50-90		4,175	0,001**

<sup>1</sup>Student-t Testi<sup>2</sup>Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare Testi<sup>4</sup>Fisher Tam Ki-Kare Testi

\*\*p&lt;0,01

Tablo 6.1.2.'de hastaların pozisyonlara göre sağlık durumlarının dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya alınan supine grubundaki hastaların %25'inin sigara kullandığı, %75'inin mide şikâyetinin olduğu, %41,7'sinin ailesinde safra kesesi sorunlarının olduğu, %45,8'inin daha önce ameliyat geçirdiği bulundu. Ayrıca, %37,5'inin kronik hastalığının (hipertansiyon, diyabet, guatr, kalp yetmezliği) olduğu, %43,8'inin sürekli ilaç kullandığı, %39,6'sının günlük yaşamında bulantı-kusma sorunu yaşadığı ve %85,4'ünün laparoskopik safra kesesi ameliyatı nedeniyle bir gün hastanede yattığı bulundu.

Araştırmaya alınan semi-fawler grubundaki hastaların %43,8'inin sigara kullandığı, %64,6'sının mide şikâyetinin olduğu, %56,3'ünün ailesinde safra kesesi sorunlarının olduğu, %56,3'ünün daha önce ameliyat geçirdiği saptandı. Ayrıca, %39,6'sının kronik hastalığının olduğu, %37,5'inin sürekli ilaç kullandığı, %25'inin günlük yaşamında bulantı-kusma sorunu yaşadığı ve %95,8'inin laparoskopik safra kesesi ameliyatı nedeniyle bir gün hastanede yattığı bulundu.

Supine grubunun operasyon süre ortalaması, semi-fawler grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Pozisyonlar arasında hastaların diğer sağlık durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.1.3. Hastaların pozisyonlara göre Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ) puanlarının dağılımı**

		Supine grubu	Semi-fawler grubu	Toplam	t	<sup>1</sup> p
AÖKÖ	Ort±SS	25,40±6,18	26,23±6,96	25,81±6,56	-0,620	0,537
	Min-Maks	13-38	10-48	10-48		

<sup>1</sup>Student-t Testi

Tablo 6.1.3.'de, hastaların pozisyonlara göre AÖKÖ puanlarının dağılımı yer almaktadır. Supine pozisyonundaki hastaların AÖKÖ puanları 13 ile 38 arasında değişmekte olup, ortalaması 25,40±6,18'dir. Semi-fawler pozisyonundaki hastaların AÖKÖ puanları ise 10 ile 48 arasında değişmekte olup, ortalaması 26,23±6,96'dır. Pozisyonlar arasında AÖKÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

## 6.2. Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastaların Hayati Belirtileri ile Ağrı Bulantı ve Kusmaya İlişkin Bulgular

Bu bölümde laparoskopik safra kesesi ameliyatı olan hastaların hayati belirtileri ile ağrı bulantı ve kusmaya ilişkin veriler ve gruplar arası karşılaştırmalar tablolar şeklinde yer almaktadır.

**Tablo 6.2.1. Pozisyonlara göre hastaların vücut sıcaklıklarının dağılımı**

Ateş (°C)	Supine grubu	Semi-fawler grubu	T	<sup>1</sup> p
	Ort±SS	Ort±SS		
Ameliyat sonrası 0. saat	36,11±0,23	36,11±0,21	-0,092	0,927
Ameliyat sonrası 6. saat	36,46±0,32	36,43±0,28	0,359	0,720
Ameliyat sonrası 12. saat	36,59±0,24	36,64±0,26	-0,968	0,336
Ameliyat sonrası 24. saat	36,64±0,29	36,63±0,32	0,159	0,874
	<b>F=53,379;<sup>5</sup>p=0,001**</b>	<b>F=47,755;<sup>5</sup>p=0,001**</b>		
	<sup>6</sup> p	<sup>6</sup> p		
Ameliyat sonrası 0 / 6. saat	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>		
Ameliyat sonrası 0 / 12. saat	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>		
Ameliyat sonrası 0 / 24. saat	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>		
Ameliyat sonrası 6 / 12. saat	<b>0,036*</b>	<b>0,001**</b>		
Ameliyat sonrası 6 / 24. saat	<b>0,003**</b>	<b>0,004**</b>		
Ameliyat sonrası 12/ 24. saat	1,000	1,000		

<sup>1</sup>Student-t Testi <sup>5</sup>Tekrarlayan Ölçümler için ANOVA <sup>6</sup>Bonferroni Post-Hoc Testi

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Tablo 6.2.1.'de pozisyonlara göre hastaların vücut sıcaklıklarının dağılımı yer almaktadır. Supine ve Semi-fawler grubu pozisyonları arasında ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte vücut sıcaklığı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

**Supine ve Semi-fawler grubunun kendi içlerinde;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte vücut sıcaklığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; ameliyat sonrası 0 ile 6. saate göre devamındaki diğer takip saatlerinde ölçülen vücut sıcaklığı ortalamalarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0,01). Sadece ameliyat sonrası 12. saat ile 24. saatte vücut sıcaklığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 6.2.2. Pozisyonlara göre hastaların nabız sayılarının dağılımı**

Nabız (dakika)	Supine grubu	Semi-fawler grubu	t	<sup>1</sup> p
	Ort±SS	Ort±SS		
Ameliyat sonrası 0. saat	73,21±10,46	75,00±8,06	-0,940	0,350
Ameliyat sonrası 6. saat	76,31±7,20	76,75±6,71	-0,308	0,759
Ameliyat sonrası 12. saat	76,79±5,71	78,50±7,77	-1,227	0,223
Ameliyat sonrası 24. saat	77,13±6,56	79,21±8,96	-1,300	0,197
F=2,097; <sup>5</sup> p =0,114		F=2,273; <sup>5</sup> p=0,093		
	<sup>6</sup> p	<sup>6</sup> p		
Ameliyat sonrası 0 / 6. saat	0,212	0,847		
Ameliyat sonrası 0 / 12. saat	0,144	0,130		
Ameliyat sonrası 0 / 24. saat	0,087	0,068		
Ameliyat sonrası 6 / 12. saat	1,000	0,467		
Ameliyat sonrası 6 / 24. saat	1,000	0,457		
Ameliyat sonrası 12 / 24. saat	1,000	1,000		

<sup>1</sup>Student-t Testi      <sup>5</sup>Tekrarlayan Ölçümler için ANOVA

<sup>6</sup>Bonferroni Post-Hoc Testi

Tablo 6.2.2.'de pozisyonlara göre hastaların nabız sayılarının dağılımı yer almaktadır. Pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte nabız sayısı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Supine ve Semi-fawler grubu içerisinde;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte nabız sayısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.2.3. Pozisyonlara göre hastaların sistolik kan basıncı düzeylerinin değerlendirilmesi**

Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	Supine grubu Ort±SS	Semi-fawler grubu Ort±SS	Z	<sup>7</sup> p
Ameliyat sonrası 0. saat	121,69±23,89	121,48±17,76	-0,655	0,513
Ameliyat sonrası 6. saat	110,48±24,20	119,10±11,31	-1,836	0,066
Ameliyat sonrası 12. saat	116,88±8,81	119,17±8,85	-1,559	0,019
Ameliyat sonrası 24. saat	122,60±13,52	119,69±9,11	-0,432	0,666
		$\chi^2=13,820$ ; <sup>8</sup> p=0,003**	$\chi^2=0,530$ ; <sup>8</sup> p=0,912	
	<sup>9</sup> p	<sup>9</sup> p		
Ameliyat sonrası 0 / 6. saat	<b>0,001**</b>	0,543		
Ameliyat sonrası 0 / 12. saat	<b>0,022*</b>	0,572		
Ameliyat sonrası 0 / 24. saat	0,721	0,698		
Ameliyat sonrası 6 / 12. saat	0,217	0,880		
Ameliyat sonrası 6 / 24. saat	<b>0,001**</b>	0,831		
Ameliyat sonrası 12 / 24. saat	<b>0,006**</b>	0,598		
<sup>7</sup> Mann Whitney U Testi	<sup>8</sup> Friedman Testi	<sup>9</sup> Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi		
*p<0,05	**p<0,01			

Tablo 6.2.3. Pozisyonlara göre hastaların sistolik kan basıncı düzeylerinin dağılımı yer almaktadır. Pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte sistolik kan basıncı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

**Supine pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte sistolik kan basıncı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,003; p<0,01). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; ameliyat sonrası 0. saate göre 6. saat (p=0,001) ve 12. saatte (p=0,022) sistolik kan basıncı düzeylerinde görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0,05). Ameliyat sonrası 6. saate göre 24. saatte sistolik kan basıncı düzeylerinde görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,001; p<0,01). Ameliyat sonrası 12. saate göre 24. saatte sistolik kan basıncı düzeylerinde görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,006; p<0,01). Ameliyat sonrası 0. saat ile 12. saatte sistolik kan basıncı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ameliyat sonrası 6. saat ile 12. Saatte sistolik kan basıncı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

**Semi-fawler pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte sistolik kan basıncı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.2.4. Pozisyonlara göre hastaların diyastolik kan basıncı düzeylerinin dağılımı**

Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	Supine grubu	Semi-fawler grubu	Z	<sup>7</sup> p
	Ort±SS	Ort±SS		
Ameliyat sonrası 0. saat	69,21±9,38	69,02±8,70	-0,219	0,827
Ameliyat sonrası 6. saat	66,40±8,48	69,63±8,15	-1,735	0,083
Ameliyat sonrası 12. saat	70,31±5,65	69,90±6,82	-0,334	0,739
Ameliyat sonrası 24. saat	70,25±5,49	70,73±5,40	-0,255	0,799
	$\chi^2=13,198$ ; <sup>8</sup> $p=0,004$ **	$\chi^2=0,147$ ; <sup>8</sup> $p=0,986$		
	<sup>9</sup> p	<sup>9</sup> p		
Ameliyat sonrası 0 / 6. saat	0,058	0,653		
Ameliyat sonrası 0 / 12. saat	0,337	0,459		
Ameliyat sonrası 0 / 24. saat	0,325	0,136		
Ameliyat sonrası 6 / 12. saat	<b>0,003**</b>	0,810		
Ameliyat sonrası 6 / 24. saat	<b>0,007**</b>	0,560		
Ameliyat sonrası 12 / 24. saat	0,811	0,335		
<sup>7</sup> Mann Whitney U Testi	<sup>8</sup> Friedman Testi			
<sup>9</sup> Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi	** $p<0,01$			

Tablo 6.2.4.'de pozisyonlara göre hastaların diyastolik kan basıncı düzeylerinin dağılımı yer almaktadır. Pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte diyastolik kan basıncı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

**Supine pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte diyastolik kan basıncı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,004$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; ameliyat sonrası 6. saate göre 12. saat ( $p=0,003$ ) ve 24. saatte ( $p=0,007$ ) diyastolik kan basıncı düzeylerinde görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,01$ ).

**Semi-fawler pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte diyastolik kan basıncı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.2.5. Pozisyonlara göre hastaların ağrı görülme oranlarının dağılımı**

Ağrı Varlığı	Supine grubu		Semi-fawler grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Ameliyat sonrası 0. saat	48	100	48	100	-	-
Ameliyat sonrası 6. saat	41	85,4	37	77,1	0,615	0,433
Ameliyat sonrası 12. saat	46	95,8	39	81,3	3,696	0,055
Ameliyat sonrası 24. saat	31	64,6	26	54,2	0,691	0,406

**Q=31,455;<sup>10</sup>p=0,001\*\* Q=31,957;<sup>10</sup>p=0,001\*\***

<sup>2</sup>Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare Testi

<sup>10</sup>Cochran Q Testi \*\*p<0,01

Tablo 6.2.5.'de pozisyonlara göre hastalarda görülen ağrı oranlarının dağılımı yer almaktadır. Pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte ağrı görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

**Supine pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte ağrı görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Ameliyat sonrası 0. saate göre 6. saat, 12. saat ve 24. saatte ağrı görülme oranlarında düşüş saptandı. Ayrıca 6. saat ve 12. saate göre 24. saatte ağrı görülme oranlarında da düşüş saptandı.

**Semi-fawler pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte ağrı görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Ameliyat sonrası 0. saate göre 6. saat, 12. saat ve 24. saatte ağrı görülme oranlarında düşüş saptandı. Ayrıca 6. saat ve 12. saate göre 24. saatte ağrı görülme oranlarında da düşüş saptandı.



**Tablo 6.2.6. Pozisyonlara göre hastaların ağrı şiddetlerinin dağılımı**

Ağrı Şiddeti	Supine grubu	Semi-fawler grubu	Z	p
	Ort±SS	Ort±SS		
Ameliyat sonrası 0. saat	4,52±0,99	4,48±1,11	-0,166	0,868
Ameliyat sonrası 6. saat	2,75±1,12	2,50±1,41	-1,601	0,109
Ameliyat sonrası 12. saat	3,42±1,15	2,98±1,36	-1,514	0,130
Ameliyat sonrası 24. saat	2,25±1,21	2,08±1,13	-0,651	0,515
$\chi^2=87,326;^8p=0,001^{**}$		$\chi^2=69,419;^8p=0,001^{**}$		
	<sup>9</sup> p	<sup>9</sup> p		
Ameliyat sonrası 0 / 6. saat	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>		
Ameliyat sonrası 0 / 12. saat	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>		
Ameliyat sonrası 0 / 24. saat	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>		
Ameliyat sonrası 6 / 12. saat	<b>0,005**</b>	<b>0,015*</b>		
Ameliyat sonrası 6 / 24. saat	<b>0,013*</b>	<b>0,047*</b>		
Ameliyat sonrası 12 / 24. saat	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>		
<sup>7</sup> Mann Whitney U Testi	<sup>8</sup> Friedman Testi			
<sup>9</sup> Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi	*p<0,05	**p<0,01		

Tablo 6.2.6.'da pozisyonlara göre hastaların ağrı şiddetlerinin değerlendirilmesi yer almaktadır. Pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte ağrı şiddetleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

**Supine pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte ağrı şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; ameliyat sonrası 0. saate göre, 6. saat (p=0,001), 12. saat (p=0,001) ve 24. saatte (p=0,001) ağrı şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0,01). Ameliyat sonrası 6. saate göre 12. saatte ağrı şiddetlerinde görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,005; p<0,01). Ameliyat sonrası 6. saate göre 24. saatte ağrı şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,013; p<0,05). Ameliyat sonrası 12. saate göre 24. saatte ağrı şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,001; p<0,01).

**Semi-fawler pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte ağrı şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-

hoc değerlendirmeler sonucunda; ameliyat sonrası 0. saate göre, 6. saat (p=0,001), 12. saat (p=0,001) ve 24. saatte (p=0,001) ağrı Şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0,01). Ameliyat sonrası 6. saate göre 12. saatte ağrı Şiddetlerinde görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,015; p<0,05). Ameliyat sonrası 6. saate göre 24. saatte ağrı Şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,047; p<0,05). Ameliyat sonrası 12. saate göre 24. saatte ağrı Şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,001; p<0,01).

**Tablo 6.2.7. Pozisyonlara göre hastaların lüzum halinde analjezik kullanım oranlarının dağılımı**

Analjezik Kullanımı	Supine		Semi-fawler		$\chi^2$	<sup>11</sup> p
	n	%	n	%		
Ameliyat sonrası 0. saat	48	100	47	97,9	0,001	1,000
Ameliyat sonrası 6. saat	14	29,2	14	19,2	0,001	1,000
Ameliyat sonrası 12. saat	40	83,3	36	75	0,568	0,451
Ameliyat sonrası 24. saat	12	25	9	18,8	0,244	0,621
		Q=72,805; <sup>10</sup> p=0,001**		Q=72,084; <sup>10</sup> p=0,001**		
<sup>10</sup> Cochran Q Testi		*p<0,05				

<sup>11</sup>Fisher Tam Ki-Kare ve Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare Testi

Tablo 6.2.7.'de pozisyonlara göre hastaların lüzum halinde analjezik kullanım oranlarının dağılımı yer aldı. Pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte analjezik kullanım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

**Supine pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte analjezik kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Ameliyat sonrası 0. saate göre 6. saat, 12. saat ve 24. saatte analjezik kullanım oranlarında düşüş saptandı. Ayrıca 6. saat ve 12. saate göre 24. saatte analjezik kullanım oranlarında da düşüş saptandı.

**Semi-fawler pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte analjezik kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Ameliyat sonrası 0. saate göre 6. saat, 12. saat ve 24. saatte analjezik



**Tablo 6.2.9. Pozisyonlara göre hastaların bulantı şiddetlerinin dağılımı**

Bulantı Şiddeti	Supine grubu	Semi-fawler grubu	Z	7p
	Ort±SS	Ort±SS		
Ameliyat sonrası 0. saat	1,92±0,79	1,56±0,68	-2,253	0,024*
Ameliyat sonrası 6. saat	1,46±0,62	1,21±0,41	-2,115	0,034*
Ameliyat sonrası 12. saat	1,40±0,54	1,21±0,46	-1,983	0,047*
Ameliyat sonrası 24. saat	1,06±0,24	1,06±0,24	0,001	1,000
$\chi^2=42,201$ ; $^8p=0,001^{**}$ $\chi^2=29,277$ ; $^8p=0,001^{**}$				
	9p	9p		
Ameliyat sonrası 0 / 6. saat	0,001**	0,001**		
Ameliyat sonrası 0 / 12. saat	0,001**	0,003**		
Ameliyat sonrası 0 / 24. saat	0,001**	0,001**		
Ameliyat sonrası 6 / 12. saat	0,580	1,000		
Ameliyat sonrası 6 / 24. saat	0,001**	0,035*		
Ameliyat sonrası 12 / 24. saat	0,001**	0,035*		
<sup>7</sup> Mann Whitney U Testi	<sup>8</sup> Friedman Testi	<sup>9</sup> Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi		
*p<0,05	**p<0,01			

Tablo 6.2.9.'da pozisyonlara göre hastaların bulantı şiddetlerinin dağılımı yer almaktadır. Supine pozisyonundakilerin ameliyat sonrası 0. saatte bulantı şiddetleri (p=0,024; p<0,05), 6. saatte bulantı şiddetleri (p=0,034; p<0,05), 12. saatte bulantı şiddetleri (p=0,047; p<0,05), semi-fawler pozisyonunda olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. Pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 24. saatte bulantı şiddetleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

**Supine pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte bulantı şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; ameliyat sonrası 0. saate göre 6. saat (p=0,001), 12. saat (p=0,001) ve 24. saatte (p=0,001) bulantı şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0,01). Ameliyat sonrası 6. saate göre 24. saatte bulantı şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,001; p<0,01). Ameliyat sonrası 12. saate göre 24. saatte bulantı şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,001; p<0,01). Ameliyat

sonrası 6. saat ile 12. saatte bulantı şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Semi-fawler pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte bulantı şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; ameliyat sonrası 0. saate göre 6. saat ( $p=0,001$ ), 12. saat ( $p=0,003$ ) ve 24 saatte ( $p=0,001$ ) bulantı şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,01$ ). Ameliyat sonrası 6. saate göre 24. saatte bulantı şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p=0,035$ ;  $p<0,05$ ). Ameliyat sonrası 12. saate göre 24. saatte bulantı şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p=0,035$ ;  $p<0,05$ ). Ameliyat sonrası 6. saat ile 12. saatte bulantı şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.2.10. Pozisyonlara göre hastaların kusma görülme oranlarının dağılımı**

Kusma Görülmesi	Supine grubu		Semi-fawler grubu		$\chi^2$	4p
	n	%	n	%		
Ameliyat sonrası 0. saat	8	16,7	5	10,4	0,356	0,551
Ameliyat sonrası 6. saat	1	2,1	0	0	0,001	1,000
Ameliyat sonrası 12. saat	5	10,4	2	4,2	0,616	0,432
Ameliyat sonrası 24. saat	1	2,1	0	0	0,001	1,000
<b>Q=10,171;<sup>10</sup>p=0,017* Q=9,571;<sup>10</sup>p=0,023*</b>						
<sup>4</sup> Fisher Tam Ki-Kare	<sup>10</sup> Cochran Q Testi		*p<0,05			

Tablo 6.2.10.'da pozisyonlara göre hastaların kusma görülme oranlarının dağılımı yer almaktadır. Pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte kusma görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Supine pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte kusma görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,017$ ;  $p<0,05$ ). Ameliyat sonrası 0. saate göre 6. saat, 12. saat ve 24. saat, ameliyat sonrası 12. saate göre 24. saatte kusma görülme oranlarında düşüş saptandı.

**Semi-fawler pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte kusma görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,023$ ;

p<0,05). Ameliyat sonrası 0. saate göre 6. saat, 12. saat ve 24. saat, ameliyat sonrası 12. saate göre 24. saatte kusma görülme oranlarında düşüş saptandı.

**Tablo 6.2.11. Pozisyonlara göre hastaların lüzum halinde antiemetik kullanım oranlarının dağılımı**

Aritmetik Kullanımı	Supine grubu		Semi-fawler grubu		$\chi^2$	<sup>11</sup> p	
	n	%	n	%			
Ameliyat sonrası 0 saat	20	41,7	5	10,4	<b>10,601</b>	<b>0,001**</b>	
Ameliyat sonrası 6 saat	6	12,5	5	10,4	0,001	1,000	
Ameliyat sonrası 12 saat	8	14,6	6	12,5	0,001	1,000	
Ameliyat sonrası 24 saat	2	4,2	0	0	0,511	0,475	
		<b>Q=26,422;<sup>10</sup>p=0,001**</b>		<b>Q=6,947;<sup>10</sup>p= 0,074</b>			

<sup>10</sup>Cochran's Q

\*\*p<0,01

<sup>11</sup>Fisher Tam Ki-Kare ve Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare Testi

Tablo 6.2.11.'de pozisyonlara göre hastaların lüzum halinde antiemetik kullanım oranlarının dağılımı yer aldı. Supine pozisyonundaki hastalarda ameliyat sonrası 0. saatte antiemetik kullanım oranı (%41,7) semi-fawler pozisyonunda olanlardan (%10,4) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,001; p<0,01). Pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 6. saat, 12. saat ve 24. saatte antiemetik kullanım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

**Supine pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte antiemetik kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Ameliyat sonrası 0. saate göre 6. saat, 12. saat ve 24. saatte antiemetik kullanım oranlarında düşüş saptandı. Ayrıca ameliyat sonrası 6. saat ve 12. saate göre 24. saatte antiemetik kullanım oranlarında da düşüş saptandı.

**Semi-fawler pozisyonunda;** ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte antiemetik kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

## **7. TARTIŞMA**

Laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarda pozisyonun bulantı-kusma ve ağrı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular iki bölümde tartışıldı. Birinci bölümde laparoskopik safra kesesi ameliyatı olan hastaların tanıtıcı özellikleri, kaygı düzeyi ve sağlık durumunun değerlendirilmesine ilişkin bulgular; ikinci bölümde laparoskopik safra kesesi ameliyatı olan hastaların hayati belirtileri ile ağrı bulantı ve kusmaya ilişkin bulgular tartışıldı.

**7.1. Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri, Kaygı Düzeyi ve Sağlık Durumunun Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması.**

**7.2. Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastaların Hayati Belirtileri ile Ağrı Bulantı ve Kusmaya İlişkin Bulguların Tartışılması.**

## 7.1. Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Kaygı Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kolelitiazis gelişmiş ülkelerde sık görülen, %10 prevalans gösteren bir hastalıktır. Yaş, cinsiyet ve etnik gruplara göre değişiklik gösterir. Kolelitiazisde yaygın kullanılan tedavi yöntemi laparoskopik kolesistektomidir (Vaughan et al., 2013; Yılmaz, 2012). Yapılan çalışmalar, akut kolesistitin kadınlarda, yaşlı popülasyonda, gebelerde, şişmanlarda, diabetes mellitus ve karaciğer sirozu olanlarda daha sık rastlandığını göstermiştir. Ayrıca kadın cinsiyeti, safra taşı hastalığı için majör risk faktörlerinden biri olarak tanımlanmıştır (Başaran ve Özsüt, 2006; Chhoda et al., 2017).

Bu araştırmaya katılan toplam 96 hastanın 66'sını (%68,8) kadın, 30'unu (%31,3) erkek hasta oluşturdu ve hastaların yaş ortalaması  $44,48 \pm 12,06$  olarak bulundu (Tablo 6.1.1). Urganoğlu'nun (2017), laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda sakız çiğnemenin barsak motilitesine, erken mobilizasyona, ameliyat sonrası ağrıya, erken taburculuğa etkisini belirlemek amacıyla 106 hasta ile yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların %28,3'ü erkek, %71,7'si kadın olup yaş ortalamalarının  $50,12 \pm 9,85$  olduğu bulunmuştur. Urganoğlu'nun (2017), yaptığı araştırmada yaş ortalamasının daha yüksek olduğu, kadın ve erkek hasta sayılarının bu araştırma ile benzer olduğu belirlendi.

Demir (2014), laparoskopik kolesistektomi ameliyatından sonra görülen omuz ağrısının giderilmesinde, hastalara abartılı litotomi pozisyonunun etkisini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada toplam 102 hastanın 72'sini kadın ve 30'unu erkek hasta oluşturmuştur. Belirtilen çalışmalarda kadın oranının yüksek olması bu araştırma ile benzerlik göstermektedir. Litaratürde de yapılan araştırmalarda kolesistektomi ameliyatı geçiren hastaların çoğunluğunun kadın cinsiyeti olduğu bildirilmektedir.

Araştırmaya alınan supine grubundaki hastaların BKİ ortalamalarının  $29,44 \pm 4,99$  olduğu, semi-fowler grubundaki hastaların BKİ ortalamalarının  $28,61 \pm 4,93$  olduğu bulundu (Tablo 6.1.1). Yanatma'nın (2018) laparoskopik kolesistektomi vakalarında ekspiryum sonu pozitif basınç uygulamasının optik sinir kılıf çapı üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapmış olduğu çalışmada 40'ar hastadan oluşan, grup 1'deki hastaların BKİ ( $\text{kg/m}^2$ ) ortalamalarının  $25,53 \pm 2,82$



olduğu, grup 2'deki hastaların BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ortalamalarının 25,58±2,24 olduğu bulunmuştur. Bu araştırmaya katılan hastaların BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ortalamalarına göre daha düşük olması farklı bölgelerde yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Obezite, safra taşı için majör bir risk faktörüdür. Bel, kalça ve uyluk bölgelerinde yağ oranı fazla olanların safra taşı gelişme olasılığının daha fazla olduğu belirtilmektedir (NHS, 2016). Kolelitiazisin ağırlıkla doğru orantılı olarak arttığı da belirtilmektedir (Yüksel, 2016). Sun et al., (2009) yaptıkları çalışma sonunda kadınlar için obezite safra taşı hastalığında risk kabul edilmiştir. Bu araştırmadaki bulgularında hastaların %45,8'ünün kilolu, 36,5'inin obez grubunda olduğunun ve araştırmaya katılan hastaların %68,8'inin de kadın olduğunun saptanması, kolelitiazis risk faktörleri arasında obeziteyi ve kadın cinsiyeti varlığını destekler nitelikte ve literatür bilgisi ile paralel yöndedir (Tablo 6.1.1).

Yapılan çalışmalar, nedeni tam olarak bilinmemekle beraber kolesterol kökenli safra taşı hastalığının %30 kadarının genetik faktörlere bağlı olduğunu göstermiştir. Ailesinde safra taşı olan bireylerde safra taşı hastalığı görülme riskinin 24 kat arttığı bildirilmiştir (Kösecik, 2013). Attili et al. (2005)'nin safra taşı hastalığı prevalansına ailesel etkilerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, safra taşı patogenezinde genetiğın önemli rol oynadığını bildirmişlerdir. Yalçıntaş (2017)'in kolelitiazisli hastaların antropometrik ölçümleri, biyokimyasal bulguları ve beslenme durumlarının ve safra kesesi taşı oluşumundaki muhtemel ilişkilerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada kolelitiazis tanısı almış vaka grubundaki hastaların ailesinde safra kesesi hastalığı varlığı %84 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada ailede safra kesesi sorunu varlığı %49, oranı ile daha düşük olarak bulunmuştur.

Ayrıca araştırmada hastaların %51'inin daha önce ameliyat geçirdiği, %32,3'ünün günlük yaşantıda bulantı-kusma sorunu yaşadığı saptandı (Tablo 6.1.2.). Preoperatif anksiyete cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler. Yapılan çalışmalarda cerrahi uygulanacak hastaların %60-80'inde ameliyat öncesi anksiyete bildirilmiştir. Hastaların anksiyete seviyeleri daha önceki deneyimleri, yaşları, cinsiyetleri gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir (Aykent ve ark., 2007; Erdem ve ark., 2011; Taşdemir ve ark., 2013).

Araştırmaya alınan hastalara ameliyat öncesi uygulanan “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)”nin toplam puanı 50 olup ölçek puanının artması, anksiyete düzeyinin arttığını göstermektedir. Bu araştırmada supine pozisyonundaki hastaların AÖKÖ puan ortalamaları  $25,40 \pm 6,18$  olduğu, semi-fowler pozisyonundaki hastaların AÖKÖ puan ortalamaları ise  $26,23 \pm 6,96$  olduğu bulundu (Tablo 6.1.3.). İki grubun AÖKÖ puanları birbirine yakın değerde anksiyetelerinin olduğu saptandı. Araştırmada hastaların %47,9 ilkökul ve altı mezunu olduğu da belirlendi (Tablo 6.1.1.). Araştırma anksiyete oranının eğitim düzeyiyle ilişkili olduğunu ve eğitim düzeyi düşükçe anksiyete oranının arttığını destekler niteliktedir. Akyüz’ün (2012), laparoskopik kolesistektomi olacak hastalarda eğitim ve anksiyete arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yaptığı çalışmada 60 hastanın 41’inde anksiyete görülmüştür. Akyüz’ün (2012), araştırmasında kontrol ve çalışma grubundaki bireylerin yarısından fazlasının ilkökul mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyinin düşük olması sorgulamanın azalmasına, bilinmezliğin artmasına, anksiyetenin de artmasına neden olabileceği düşünülmüştür.

Fındık ve Yıldızeli Topçu (2012)’nun, cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisini araştırmak amacıyla toplam 154 hastayla yapmış olduğu çalışmada, planlı cerrahi girişim geçiren hastaların (n=51), anksiyete puanı  $23,76 \pm 7,12$  olduğu saptanmıştır.

## **7.2. Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastaların Hayati Belirtileri ile Ağrı, Bulantı ve Kusmaya İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırmaya alınan supine ve semi-fowler grubu hastalarda ameliyat sonrası 0 ile 6. saate göre devamındaki diğer takip saatleri arasında ölçülen vücut sıcaklığı ortalamalarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p < 0,01$ ). Ancak bu artışlar normal değerlerde devam ettiği görüldü. Ameliyat sonrası vücut sıcaklığının artış nedeninin, vücudun ameliyata karşı normal bir enflamatuvar tepkisi nedeniyle olabileceği düşünüldü.

Cerrahi girişimlerde travmayı en aza indirmek; ağrı duyusunun giderilmesinde ve buna bağlı olarak erken taburculuk, operasyon maliyetinin azaltılması gibi yönleriyle önem arz etmektedir. Ayrıca ameliyat sonrası ağrı varlığı, morbidite ve mortalitede artışına neden olan en önemli faktörlerdendir. Yapılan çalışmalar, postoperatif dönemde hastaların %30-70'nin ciddi anlamda ağrı

çektiklerini göstermektedir (Memedov ve ark., 2008; Menteş ve ark. 2009; Yılmaz, 2011).

Bu araştırmada pozisyonlar arasında, ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatte ağrı görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarda pozisyonun ağrı üzerine etkisi yoktur hipotezinin doğrulandığı görülmektedir. Bu araştırmada ameliyat sonrası 0. saatte her iki grupta da ağrı görülme oranının %100 olduğu (Tablo 6.2.5) ve ağrı şiddetinin (Tablo 6.2.6) de en fazla olduğu saptandı. Supine ve semi-fawler pozisyonlarının kendi içlerinde ameliyat sonrası, 6. saat, 12. saat ve 24. saatte ağrı görülme oranlarında ve ağrı şiddetinde düşüş saptandı. Ayrıca 6. saat ve 12. saate göre 24. saatte ağrı görülme oranlarında da düşüş saptandı (Tablo 6.2.5). Ameliyat sonrası 0. saatte en fazla ağrı görülmesi, diğer saatlerde ağrıların giderek azalması ağrı hisseden hastalara order edilen analjeziklerin uygulanmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Ağrı tedavisindeki ilk amaç ağrıyı engellemek ve hastanın rahatlığını sağlamaktır. Akut postoperatif ağrı şiddeti ve eşiği, hastadan hastaya farklılık gösterdiği için her hastada aynı dozla etkin bir analjezi sağlamak mümkün değildir (Menteş, 2009; Savaş, 2011).

Alkan'nın (2014) laparoskopik kolesistektomi ve kolektomilerde peroperatif hasta ısıtılmasının postoperatif ağrı üzerine etkisinin araştırılması amacıyla yapmış olduğu çalışmada kolesistektomi uygulanıp ısıtılmayan 20 hastanın sırasıyla 1, 6, 12, ve 24. saatte ağrı varlığı oranı %95, %90, %55, ve %50 olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada ameliyat sonrası sırasıyla 0, 6, 12 ve 24. saatte ağrı görülme oranı supine pozisyonda sırasıyla %100, %85.4, %95,8, %64,6 semi-fawler pozisyonda ise %100, %77.1, %81.3, %54.2 olduğunu saptanmıştır.

Savaş'ın (2011) ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada ameliyat sonrası ilk 24 saatte analjezi kullanım oranının %100 olduğu görülmüştür. Bu araştırmada, supine pozisyonunda ameliyat sonrası 0. saatte analjezi kullanım oranı %100 iken semi-fawler pozisyonda ameliyat sonrası 0. saatte analjezi kullanım oranı %97,9 olduğu görüldü. Ayrıca, hastaların takip edildiği diğer saatlerde de

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da semi-fowler pozisyonunda analjezik kullanım oranının daha az olduğu gözlemlendi (Tablo 6.2.7).

Ameliyat sonrası ağrıya ek olarak, bulantı kusma postoperatif dönemde en sık karşılaşılan erken dönem komplikasyonlardan biridir. Yapılan çalışmalar POBK insidansının %80 olduğunu ortaya koymuştur (Çankaya, 2018; Voigt et al., 2013). Araştırmada pozisyon grupları arasında ameliyat sonrası 0. saat, 6. saat ve 24. saatte bulantı görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Ameliyat sonrası 12. saatte supine pozisyonundaki hastalarda bulantı görülme oranı (%39,6), semi-fowler pozisyonundaki hastalara (%18,8) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,043$ ;  $p<0,05$ ). Ameliyat sonrası 0. saatte semi-fowler pozisyonunda istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da bulantı görülme oranının daha az olduğu görüldü. Ameliyat sonrası 12. saatte semi-fowler pozisyon grubunda laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarda pozisyonun bulantı-kusma üzerine etkisi vardır hipotezinin doğrulandığı görülmektedir.

Duman (2018)'nin laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında farklı genel anestezi uygulamalarının postoperatif ağrı ve bulantı-kusma üzerine etkilerinin araştırılması amacıyla yaptığı çalışmada opioidsiz genel anestezi uygulanan grup K'da ilk iki saatte bulantı kusma oranı %30, opioidli genel anestezi uygulanan grup R'de ilk iki saatte bulantı kusma oranı %44 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ameliyat sonrası bulantı kusma görülme oranı supine pozisyonda %64,6, semi-fowler pozisyonda %56,3 olarak saptandı (Tablo 6.2.8.). Bulantı kusma görülme oranının daha yüksek çıkmasının sebebi Duman'ın çalışmasına göre bu çalışmada hasta yaş ortalamasının daha yüksek olması ve kullanılan anestezi yönteminin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Yapılan çalışmalar operasyon süresinin her 30 dakika artışı ile POBK riskini %6 oranında artırdığını ortaya koymuştur. POBK için %10 kabul edilen referans risk oranı 30 dakika sonra %16'ya yükselmektedir (Kesgin, 2016). Araştırmada operasyon süresinin  $76,25\pm 13,24$  dakika olduğu saptandı (Tablo 6.1.2.). Gürkan ve Şelimen'in (2010) laparoskopik cerrahi işlem sonrası bulantı ve kusmanın azaltılmasında otojenik gevşeme ile yavaş ve ritmik solunumun etkisini araştırmak amacıyla 96 hasta ile yapmış olduğu çalışmada, cerrahi işlem süresinin kontrol

grubunda ortalama 108,5+21,7, deney grubunda 112,1+28,6 dakika bulunmuş olup bu araştırmaya göre daha uzun sürdüğü saptanmıştır. Daha uzun sürmesinin nedeni ameliyatı yapan cerrah farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Alkan (2014)'nın laparoskopik kolesistektomi ve kolektomilerde preoperatif hasta ısıtılmasının postoperatif ağrı üzerine etkisinin araştırılması amacıyla yapmış olduğu çalışmada kolesistektomi uygulanıp ısıtılmayan 20 hastanın operasyon süresi 51,0±12,63 olarak saptanmış olup bu araştırmadan daha düşük süre olması, ameliyatı yapan cerrah farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, supine pozisyonunda ameliyat sonrası bulantı şiddeti, 0. saat (p=0,024; p<0,05), 6. saat (p=0,034; p<0,05) ve 12. Saatte (p=0,047; p<0,05), semi-fowler pozisyon grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (Tablo 6.2.9). Laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarda pozisyonun bulantı-kusma üzerine etkisi vardır hipotezinin doğrulandığı görülmektedir.

Tominaga and Nakahara (2006) yaptıkları çalışmada POBK için tanımlanmış risk faktörleri arasında sigara kullanma, yaş, kilo ve kadın cinsiyetin yer aldığını ve ameliyat sırasında uygulanan ters trendelenburg pozisyonunun POBK insidansını ve şiddetini azalttığı sonucuna varmıştır. Ters trendelenburg ve semi-fowler pozisyonunda ana tema baş yukarı pozisyon olması durumudur. Bu yönüyle her iki pozisyonda POBK insidansının daha düşük çıkması baş yukarı pozisyon olmalarından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Yüksek riskli hastalar arasında POBK insidansının %70 ile %80 olduğunu gösteren çalışmalar vardır. POBK profilaksisi antiemetik tedavinin yanı sıra halen birçok klinisyen için belirsizliğini korumaktadır. Hasta memnuniyetsizliğini artıran POBK hastanede kalış süresini de uzatarak maliyeti artırmaktadır (Gan et al., 2003). Ayrıca laparoskopik kolesistektomi cerrahisi uygulanan hastalarda antiemetik profilaksinin yapılmaması durumunda POBK insidansının %53-72 arasında değişmekte olduğu görülmüştür (Aksu ve Biçer, 2016).

POBK'la baş etme yöntemleri arasında farmakolojik tedaviye yardımcı olarak, farmakoloji dışı yöntemlerden de yararlanılabileceği belirtilmiştir (Duman, 2018). Akupunktur, elektroakupunktur, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu, yararlı etkilerini gösteren çalışmalar vardır (Moon, 2014). Bu araştırmada varılan

sonuca bağı olarak semi-fawler pozisyonun POBK ile baş etmede farmakoloji dışı yöntem olabileceği düşünölmektedir. Yapılan çalışmalarda laparoskopik cerrahi sonrası, hastaların %46-92'sinin bulantı ve kusma yaşadığı, %50'den fazlasının antiemetiklere gereksinimi olduğu saptanmıştır (Gürkan ve Şelimen, 2010). Günümüzde tüm hastalar ve cerrahi hastaları için %100 etkili bir antiemetik yoktur. Antiemetik proflaksisi her hasta için uygun olmamakla beraber her hastanın gereksinimi de yoktur. İyi tolere edilebilen antiemetiklerin yanı sıra aynı antiemetikler hastalarda yan etkilere neden olabilir. Yan etkiler arasında baş ağrısı, sedasyon, ağız kuruluğu ve yaşam bulgularında değişiklikler yer alabilir (Aygin, 2016).

POBK için hemşirelik girişimleri arasında uygulanan yemeklerden sonra hastaların semi-fawler pozisyonunda (sakıncası yoksa) tutulması, kusmadan en az iki saat sonrasına kadar aspirasyonu önlemek için düz yatırmaktan kaçınılması yer alır. Ayrıca trakeal aspirasyonu önlemek amacıyla semi-fawler pozisyonunda, baş yana çevrili (sakıncalı bir durum yoksa) pozisyon verilmelidir (Aygin, 2016). Gürkan ve Şelimen'nin (2010), laparoskopik kolesistektomi sonrası bulantı ve kusmanın azaltılmasında otojenik gevşeme ile yavaş ve ritmik solunumun etkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada ameliyat sonrası ilk 24 saatte kontrol grubu hastaların %60,4'ünün, deney grubu hastaların ise %31,3'ünün bulantı kusma yaşadıklarını saptamışlardır. Kontrol grubunu 48 bayan hasta, deney grubunu ise otojenik gevşeme uygulanan 48 bayan hasta oluşturmuştur.

Bu araştırmada pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 0. saat, 6. saat, 12. saat ve 24. saatte kusma görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Pozisyonların kendi içlerinde ameliyat sonrası 0. saate göre 6. saat, 12. saat ve 24. saat, ameliyat sonrası 12. saate göre 24. saatte kusma görülme oranlarında düşüş saptandı (Tablo 6.2.10). Ayrıca araştırmada supine pozisyonundaki hastalarda ameliyat sonrası 0. saatte antiemetik kullanım oranı (%41,7) semi-fawler pozisyonunda olanlardan (%10,4) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 6.2.11).

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarda pozisyonun bulantı-kusma ve ağrı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda;

- Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun kadın olduğu ve hastaların yaş ortalamaları  $44,48 \pm 12,06$  olarak bulundu (Tablo 6.1.1).

- Araştırmaya alınan laparoskopik safra kesesi ameliyatı geçiren supine grubundaki hastaların yaş ortalamalarının 3 yaş daha fazla olduğu, her iki grupta da kadın cinsiyetin daha fazla olduğu ve çoğunluğunun da kilolu olduğu bulundu (Tablo 6.1.1.).

- Araştırmaya alınan supine grubundaki hastaların  $\frac{1}{4}$ 'ünün sigara kullandığı,  $\frac{3}{4}$ 'ünün mide şikâyetinin olduğu, %41,7'sinin ailesinde safra kesesi sorunlarının olduğu, %45,8'inin daha önce ameliyat geçirdiği bulundu. Semi-fawler grubundaki hastaların ise %43,8'inin sigara kullandığı, %64,6'sının mide şikâyetinin olduğu, %56,3'ünün daha önce ameliyat geçirdiği ve ailesinde safra kesesi sorunlarının olduğu saptandı (Tablo 6.1.2).

- Kronik hastalık durumuna bakıldığında supine pozisyon grubunda %37,5'inin kronik hastalığının olduğu, %43,8'inin sürekli ilaç kullandığı, %39,6'sının günlük yaşamında bulantı-kusma sorunu yaşadığı ve çoğunluğunun laparoskopik safra kesesi ameliyatı nedeniyle bir gün hastanede yattığı bulundu. Semi-fawler pozisyon grubunda ise %39,6'sının kronik hastalığının olduğu, %37,5'inin sürekli ilaç kullandığı,  $\frac{1}{4}$ 'ünün günlük yaşamında bulantı-kusma sorunu yaşadığı ve çoğunluğunun laparoskopik safra kesesi ameliyatı nedeniyle bir gün hastanede yattığı bulundu (Tablo 6.1.2).

- Supine grubunun operasyon süre ortalaması, semi-fawler grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 6.1.2).

- Supine pozisyonundaki hastaların AÖKÖ puan ortalaması  $25,40 \pm 6,18$  olduğu, semi-fawler pozisyonundaki hastaların AÖKÖ puan ortalaması  $26,23 \pm 6,96$  olduğu bulundu (Tablo 6.1.3).

• Bu araştırmada Supine ve semi-fawler pozisyonları arasında ağrı görülme oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.2.5).

• Her iki grupta, ameliyat sonrası 0. saate göre takip edilen diğer saatlerde ağrı görülme oranlarında azalma gözlendi. Ayrıca 6. saat ve 12. saate göre de 24. saatteki ağrı görülme oranlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.5).

• Supine ve semi-fawler pozisyonları arasında ağrı şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.2.6).

• Pozisyonların kendi içlerinde ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatlerinde ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Ameliyat sonrası 0. saate göre, göre takip edilen diğer saatlerde ağrı şiddetinde azalma gözlendi. Ameliyat sonrası 6. saate göre takip edilen diğer saatlerde ağrı şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma gözlendi. Ameliyat sonrası 12. saate göre 24. saatteki ağrı şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.6).

• Bu araştırmada pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 0. saat, 6. saat, 12. saat ve 24. saatlerdeki analjezik kullanım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Pozisyonların kendi içlerinde ameliyat sonrası 0. saat, 6. saat, 12. saat ve 24. saatlerdeki analjezik kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Ameliyat sonrası 0. saate göre takip edilen diğer saatlerde analjezik kullanım oranlarında düşüş saptandı. Ayrıca 6. saat ve 12. saate göre 24. saatteki analjezik kullanım oranlarında da düşüş saptandı (Tablo 6.2.7).

• Bu araştırmada pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 0, 6 ve 24. saatlerinde bulantı görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) ( Tablo 6.2.8).

• Supine pozisyonunda ameliyat sonrası 12. saatte hastalarda bulantı görülme oranı, semi-fawler pozisyonundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,043$ ;  $p<0,05$ ) ( Tablo 6.2.8).

• Pozisyonların kendi içlerinde ameliyat sonrası 0. saate göre takip edilen diğer saatlerde bulantı görülme oranlarında istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptandı



( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Ayrıca 12. saate göre 24. saatte bulantı görülme oranlarında da düşüş saptandı (Tablo 6.2.8).

- Bu araştırmada supine pozisyonundakilerin ameliyat sonrası 0. saatte bulantı şiddetleri, semi-fowler pozisyonunda olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,024$ ;  $p<0,05$ ) ( Tablo 6.2.9).

- Supine pozisyonundakilerin ameliyat sonrası 6. saatteki bulantı şiddetleri, semi-fowler pozisyonunda olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,034$ ;  $p<0,05$ ) ( Tablo 6.2.9).

- Supine pozisyonundakilerin ameliyat sonrası 12. saatteki bulantı şiddetleri, semi-fowler pozisyonunda olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,047$ ;  $p<0,05$ ) ( Tablo 6.2.9).

- Pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 24. saatteki bulantı şiddetleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

- Pozisyonların kendi içerinde ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatlerinde bulantı şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Ameliyat sonrası 0. saate göre takip edilen diğer saatlerde bulantı şiddetlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.2.9).

- Bu araştırmada pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatlerinde kusma görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) ( Tablo 6.2.10).

- Pozisyonların kendi içerinde ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatlerinde kusma görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( Tablo 6.2.10).

- Ameliyat sonrası 0. saate göre takip edilen diğer saatlerde kusma görülme oranlarında düşüş saptandı. Ayrıca ameliyat sonrası 12 saate göre 24. saatte kusma görülme oranlarında düşüş saptandı (Tablo 6.2.10).

- Bu araştırmada supine pozisyonundaki hastalarda ameliyat sonrası 0. saatte antiemetik kullanım oranı semi-fowler pozisyonunda olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Pozisyonlar arasında ameliyat sonrası 6, 12 ve 24. saatte antiemetik kullanım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) ( Tablo 6.2.11).

•Supine pozisyonunda; ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatlerinde antiemetik kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Ameliyat sonrası 0. saatte takip edilen diğer saatlerde antiemetik kullanım oranlarında düşüş saptandı. Ayrıca ameliyat sonrası 6. saat ve 12. saate göre 24. saatte antiemetik kullanım oranlarında da düşüş saptandı (Tablo 6.2.11).

•Semi-fawler pozisyonunda; ameliyat sonrası 0, 6, 12 ve 24. saatteki antiemetik kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) ( Tablo 6.2.11).

## ÖNERİLER

Araştırmada preoperatif anksiyetenin olduğu bulundu. Postoperatif ağrının 0. saatte tüm hastalarda olduğu görüldü. Hastaların takip edildiği saatlerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da semi-fawler pozisyonunda analjezik kullanım oranının daha az olduğu gözlemlendi. Postoperatif dönemde bulantı kusmanın da yaygın olduğu görüldü. Semi-fawler pozisyon grubundaki hastaların bulantı kusma görülme oranı ve şiddetinin supine pozisyona göre daha düşük olduğu bulundu. Semi-fawler pozisyon grubundaki hastaların antiemetik kullanım oranının supine pozisyona göre daha düşük olduğu bulundu.

Araştırma sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

- Preoperatif anksiyeteyi azaltmak için bilgilendirmenin anlaşılır düzeyde olması önerilmektedir.
- Laparoskopik kolesistektomi operasyonu geçiren hastalara analjezi kullanım oranını azaltmak için semi-fawler pozisyonu denenebilir.
- Laparoskopik kolesistektomi operasyonu geçiren hastalara bulantı/kusmayı azaltmak için semi-fawler pozisyon verilmesi önerilmektedir.
- Laparoskopik kolesistektomi operasyonu geçiren hastalara antiemetik kullanım oranını azaltmak için semi-fawler pozisyon verilmesi denenebilir.

## 9. KAYNAKÇA

Açar, Z. (2012), Safra Kesesi Ameliyatı Olan Hastalarda Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, (Danışman: Doç. Dr. Didem Baskın Embleton).

Akdemir, C. (2009), Supratentorial Kraniotomilerde Palonosetronun Postoperatif Bulantı ve Kusma Üzerine Etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, (Danışman: Doç. Dr. Melike Cengiz).

Aksu, R., Biçer, C. (2016), Laparoskopik kolesistektomi sonrası postoperatif bulantı ve kusmanın önlenmesinde tropisetron ve palonosetron'un karşılaştırılması: Randomize, Çift-kör çalışma. *Dicle Tıp Dergisi*, 43(3), 406-412. doi: 10.5798/diclemedj.0921.2016.03.0705

Akyüz, İ. (2012), Laparoskopik Kolesistektomi Olacak Hastalarda Eğitim Ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon, (Danışman: Doç. Dr. Sezgin yılmaz).

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

Alkan, F. (2014), Laparoskopik Kolesistektomi ve Kolektomilerde Peroperatif Hasta Isıtılmasının Postoperatif Ağrı Üzerine Etkisinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Güniz M. Köksal).

Aras, Z. (2010), Prone ve Supine Pozisyonlarda Yapılan Kraniotomilerde Arteriyel ve Endtidal Karbondioksit Basıncı Değişikliklerinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Edirne, (Danışman: Prof. Dr. Işıl Günday).

Arslan, M., Çiçek, R., Celep, B., Yılmaz, H., Üstün Kalender, H. (2011), Tiroidektomi sonrası postoperatif ağrıda intravenöz parasetamolün analjezik etkinliğinin lornoksikamla karşılaştırılması. *Ağrı*, 23(4),160-166 [Elektronik Dergi], DOI: <http://dx.doi.org/10.5505/agri.2011.82788>

Ateş, B., Ünal İ. (2016), Kolesistit, safra taşları, risk faktörleri ve beslenme ile ilişkisi. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(3), 317-321. (08.02.2019) <http://guncel.tgv.org.tr/journal/67/pdf/100485.pdf>

Attili, AF., De Santis, A., Attili, F., Roda, E., Festi, D., et al. (2005), Prevalence of gallstone disease in first-degree relatives of patients with cholelithiasis. *World J Gastroenterol*, 11(41), 6508-6511.

Avcı, C. (2002), Videolaparoskopik Kolesistektomi. İçinde: Genel Cerrahi. G. K (eds). 5. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, s: 763-73.

Ay, F., Alpar, Ş.E. (2010), Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı*, 22(1), 21-29.

Aydın, E., Bulut, H. (2014), Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. *TAF Prev Med Bull*, 13(1), 77-82.

Aygin, D. (2016), Bulantı ve kusma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1), 44-56.

Aykent, R., Kocamanoğlu, S., Üstün, E., Tür, A., Şahinoğlu, H. (2007), Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim*, 5, 7-13.

Aytur, T. (2001), Laparoskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Verilen Taburculuk Eğitiminin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Alime Dicle).

Başaran, S., Özsüt, H. (2006) Safra kesesi ve safra yolları infeksiyonlarına infeksiyolojik yaklaşım, *Klinik Dergisi*, 19(3), 98-103.

Bilgel, H. (2007), Safra Kesesi Hastalıkları. İçinde: Genel Cerrahi. Kılıçturgay A.S., (eds), İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık, s: 779-785.

Brenner, P., Kautz, D.D. (2015), Undergoing same-day laparoscopic cholecystectomy. *Aorn Journal*, 102(1), 15-32.

Bulut, H. (2018), Ameliyet öncesi esnası ve sonrası hemşirelik bakımı. İçinde: Hemşirelik Esasları. Atabek Aştı T., Karadağ A, (eds), İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, s: 703-724.

Calne, S. (2004), Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd.

Cemaloğlu, S. (2018), Ön Kol ve El Cerrahisinde Ultrasonografi Eşliğinde Aksiller ya da İnfraklavikuler Brakial Pleksus Bloğu Yapılmış Hastalarda Postoperatif Ağrının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Derya Özkan).

Ceyhan, D., Güleç, MS. (2010), Postoperatif ağrı sadece nosiseptif ağrı mıdır? *Ağrı*, 22(2), 47-52.

Cimilli, C. (2001), Cerrahide anksiyete. *Klinik psikiyatri*, 4(3), 182-186.

Chhodaa, A., Jainb, D., Singhalc, A. (2017) Sex-related differences in predicting choledocholithiasis using current american society of gastrointestinal endoscopy risk criteria. *Annals of Gastroenterology*, 30, 682-687.

Çalışkan, N. (2012), Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastalara postoperatif erken dönemde ılık su verilmesinin bağırsak hareketlerine etkisi, Yüksek Lisans, T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Hülya Bulut).

Çankaya, A. (2018), Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Klasik Ayak Masajının Yaşam Bulguları, Ağrı ve Bulantı-Kusma Üzerine Etkisi, Yüksek lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Malatya, (Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Serdar Sarıtaş).

Çavuşoğlu, H., Çağlayan Yeğen, B. (Çev.) (2007), Tıbbi Fizyoloji. Guyton, A.C., Hall, J.E., 11. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Çelik, Z. (2010), Ameliyat Sonrası Ağrı Şiddetinin Dört Farklı Ağrı Ölçeği ile Karşılaştırılması ve Bazı Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans tezi, T.C Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nadiye Özer).

Çelikağı, C. (2013), Kolelitiazisli Hastalarda İstirahat Metabolizma Hızı, Günlük Fiziksel Aktivite, Solunum Fonksiyonları, Fiziksel Uygunluk ve Vücut Kompozisyonunun Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fizyoloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Abdurrahman Genç).

Defloor, T. (2000), The Effect of Position and Mattress on Interface Pressure. *Appl Nurs Res.*, Feb, 13(1), 2-11.

Demir, Ö. (2014), Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Sonrası Omuz Ağrısının Giderilmesinde Abartılı Litotomi Pozisyonunun Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ükke Karabacak).

Dolgun, E., Taşdemir, N., Ter, N., Yavuz, M. (2001), Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *F.Ü. Sağ. Bil. Tıp Dergisi*, 25(1), 11 – 15.

Duman, E.A. (2016), Açık Kalp Cerrahisi Öncesi Anksiyetenin, Ameliyat Sonrası Ağrı ve Uyku Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Özlem Bilik).

Duman, S. (2018), Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatlarında Farklı Genel Anestezi Uygulamalarının Postoperatif Ağrı ve Bulantı-Kusma Üzerine Etkilerinin Araştırılması, Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Hale Yarkan Uysal).

Ecer, H.D. (2018), Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Aylıma Ünitesinde Müziğin Hastaların Yaşam Bulguları Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, Malatya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serdar Sarıtaş).

Ercan, E. (2006), Laparoskopik Kolesistektomi Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Fethiye Erdil).

Erdem, D., Ugiş, C., Albayrak, M.D., Akan, B., Aksoy, E., et al. (2011), Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 7, 11-16, DOI: 10.5350/BTDMJB201107103.

Erdine, S. (2003), Ağrı sendromları ve tedavisi. İçinde: Postoperatif analjezi. Erdine S., (Eds.), İstanbul: Nobel Kitapevi, s: 33-43.

Eti-Aslan, F. (2002), Ağrı değerlendirme yöntemleri, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9-15.

Fındık, Ü.Y., Yıldızeli Topçu, S. (2012), Cerrahi girişime alınmış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 22-33.

Firouzian A., Kiasari A.Z., Godazandeh, G., Baradari, A.G., Alipour, A., et al. (2017), The effect of intravenous dextrose administration for prevention of post-operative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy: A double-blind, randomised controlled trial. *Indian J Anaesth.*, Oct, 61(10), 803-810. DOI: 10.4103/ija.IJA\_420\_16.

Gan, T.J., Meyer, T., Apfel, C.C., Chung, F., Davis, P.J., et al. (2003), Consensus guidelines for managing postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*, 97, 62–71.

Gelir, İ.K. (2012), Abdominal Histerektomi Uygulanan Hastalarda Preemptif Olarak Verilen Ketamin ve Deksketoprofenin Postoperatif Ağrı Üzerine Etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Eskişehir, ( Danışman: Prof. Dr. Sacit Güleç).

Genc, V., Kirimker, E.O., Akyol, C., Kocaay, A.F., Karabork, A., et al. (2011) Incidental gallbladder cancer diagnosed during or after laparoscopic cholecystectomy in members of the Turkish population with gallstone disease, *Turk J Gastroenterol*. 22(5): 513-6.

Gurbet, A., Bekar, A., Bilgin, H., Ozdemir, H., Kuytu, T. (2014), Preemptive wound infiltration in lumbar laminectomy for postoperative pain: Comparison of bupivacaine and levobupivacaine. *Turkish Neurosurgery*, 24(1), 48-53. DOI: 10.5137/1019-5149.JTN.8431-13.0.

Gurusamy K.S., Davidson B.R. (2010), Surgical treatment of gallstones. *gastroenterol clin. North Am.*, 39(2), 229-44. doi: 10.1016/j.gtc.2010.02.004.

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

Gülleroğlu, A. (2008), Laparoskopik Kolesistektomi Operasyonlarında Karın İçi Basınç Artışının Solunum Mekaniği, Hemodinami ve Metabolizma Üzerindeki Etkileri, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Aysel Altan).

Gülmez S. (2017), Akupunkturun Postoperatif Bulantı Kusmaya Etkisi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Edirne, (Danışman: Prof. Dr. İlhan Öztekin).

Gürkan, A., Şelimen, D. (2010), Laparoskopik cerrahi işlem sonrası bulantı ve kusmanın azaltılmasında otojenik gevşeme ile yavaş ve ritmik solunumun etkisi, *Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi*, 17(2), 106-115.

Kado, M. (2018), Diz Artroplastilerinde Dominant Serebral Hemisferin Postoperatif Ağrıya Etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, (Danışmanı: Doç. Dr. Fatma Yeşim Abut).

Kalaycı, M.U., Akın, B.V., Alış, H., Kapan, S., Turhan, A.N., et al. (2015), Safra kesesi ve safra yolu hastalıkları. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 6(4), 69-77.

Kayhan, C. (2003), Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkocatepe



Üniverstesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon, (Danışman: Prof. Dr. Osman Nuri Dilek ).

Kayhan Z. (2004), Klinik Anestezi. 3. Baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık Tic. AŞ. 643-648, 922-959.

Kesgin, E., (2016), Septoplasti Ameliyatlarında Nöromusküler Bloğun Geri Döndürülmesi İçin Kullanılan Neostigmin ve Sugammadexin Bis Değerleri, Postoperatif Bulantı-Kusma ve Derlenme Üzerine Etkilerinin Araştırılması, Doktora Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Bolu, (Danışmanı: Yrd. Doç.Dr. Hamit Yoldaş).

Korkmaz, S. (2017), Akut Kolesistiti Olan Hastalarda Endoskopik Transpapiller Safra Kesesi Drenajı, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya, (Danışman: Prof. Dr. Erkan Parlak).

Kösecik, N. (2013), Kolesistit/Kolelitiazis Hastalarında Diyabet Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dahili Hastalıklar Hemşireliği, İstanbul, (Danışman Prof. Dr. Nermin Olgun).

Köylü, H. (2016), Tıbbi Fizyoloji. 1.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi

MEB- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, (2012), Hemşirelik pozisyonlar, Ankara, s: 34-35, 43-44.

Memedov, C., Öner, M., Şimşek, A., Kece, C., Yağcı, G., (2008), Laparoskopik kolesistektomi sonrası postoperatif ağrının önlenmesinde çoklu bölgeye lokal anesteziik infiltrasyonu: ropivakain ve prilokainin plasebo kontrollü karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(2), 84-90.

Menteş, Ö., Harlak, A., Eryılmaz, M., Balkan, M., Kozak O, et al. (2009), Laparoskopik kolesistektomi sonrası ağrı tedavisinde tramadolün devamlı infüzyon ve hasta kontrollü analjezi ile uygulanmasının karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*. 51(1), 6-10.

Moon, Y.E. (2014), Postoperative nausea and vomiting. *Korean J Anesthesiol*, 67(3), 164-170.

Morgan, G.E., Mikhail, M.S., Murray, M.J. (Eds) (2003).Clinical Anesthesiology. 3th ed. New York: Lange Medical Books j Mc Graw Hill Company. p: 309-358.

NHS-National Health Service-UK (2016), A Guide to Healthy Eating for People with Gall Stones. South Warwickshire Dietetic Service, (Erişim: 14.05.2019).

Noble, E.J., Harris, R., Hoise, K.B., Thomas, S., Lewis, S.J. (2009). Gum Chewing Reduces Postoperative İleus? A Systematic Review And Meta-Analysis. *International Journal Of Surgery*, 7, 100-105.

Önür, N.D., Beyler, A.R. (2001), Safra Asitleri Metabolizması. *Ank Üniv. Tıp Fakültesi Mecmuası*, 54(1).

PEN- Practice-based Evidence in Nutrition (2016), Eating Guidelines for Gallbladder Disease. The Global Resource for Nutrition Practice, (Erişim: 14.05.2019).

Savaş, E. (2011), Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Yaşanan Anksiyete İle Ameliyat Sonrası Ağrı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Meryem Yılmaz).

Shinn, K.H., Lee, M.H., Moon, S.Y., Hwang, S., Lee, C.S. (2011), Post-operative nausea and vomiting after gynecologic laparoscopic surgery: Comparison between propofol and sevoflurane. *Korean J Anesthesiol*, 60(1), 36-40. DOI: 10.4097/kjae.2011.60.1.36.

Songur, A., Çağlar, V., Gönül, Y., Özen, O.A. (2009), Safra kesesi ve safra yolları anatomisi. *Journal F Surgical Arts*, 2(2), 1-8 , Issn:1308-0709.

Sönmez, Y. (2008), Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Yara Pansuman Büyüklüğünün Postoperatif Ağrı ile İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas, (Danışman: Doç. Dr. Ayhan Koyuncu).

Sun, H., Tang, H., Jiang, S., Zeng, L., Chen, E.O., et al. (2009). Gender and metabolic differences of gallstone diseases. *World J Gastroenterol* 15(15), 1886-1891.

şimşek, T., Ekinci, O., Bosna, G., Subaşı, D., Gültekin, A., et al. (2015), Dekametazon-haloperidol ve deksametazonmetoklopramid kombinasyonlarının

ameliyat sonrası bulantı ve kusma üzerine olan etkilerinin karşılaştırılması. *J Kartal TR*, 26(1), 35-41, doi: 10.5505/jkartaltr.2015.97658.

Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M.N., Çertuğ A. (2013), Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim*, 41, 44-9.

Tazuma, S., Unno, M., Igarashi Y., vd. (2016), Evidence-based clinical practice guidelines for cholelithiasis. *J Gastroenterol*. doi: [10.1007/s00535-016-1289-7](https://doi.org/10.1007/s00535-016-1289-7)

Tominaga, K., Nakahara, K. (2006), The twenty-degree reverse-trendelenburg position decreases the incidence and severity of postoperative nausea and vomiting after thyroid surgery. *International Anesthesi Research Society*, 103(5), 1260-3. DOI: 10.1213/01.ane.0000240872.08802.

Tunçkale, M., (2008), Lomber Disk Hernisi Nedeni İle Opere Edilen Hastalarda Postoperatif Analjezi Sağlamak İçin Farklı Kompartmanlara İnfiltrate Edilen Bupivakain Etkinliğinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi I. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr. Filiz Yalaman).

Urganoğlu, Ö.B. (2017), Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Sakız Çiğnemenin Barsak Motilitesine, Erken Mobilizasyona, Ameliyat Sonrası Ağrıya ve Erken Taburculuğa Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tekirdağ, (Danışman: Doç. Dr. Tülin Yıldız).

Üçok, K., Mollaoğlu, H., A, Genç., Akkaya M., Şener Ü., (2010), Safra sistemi fizyolojisi. *Cerrahi Sanatlar Dergisi*, 3(1), 1-8.

Ünsal, N. (2018), Lazer Akupunktur Uygulamasının Laparoskopik Kolesistektomi Operasyonu Sonrası Bulantı Kusma Üzerine Etkisinin Araştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Zeynep Nur Akçaboy).

Ünülü, M., (2014), Perikardiyum 6 Noktasına Bilek Bandı İle Akupresürün Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma ve Konfor Düzeyine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, T.C.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Programı.

Van Dijk, J.E.W., Dedden, S.J., Geomini, P.M.A.J., Meijer, P., Hanegem, N., et al. (2017), Postlaparoscopic reduction of pain by combining intraperitoneal normal saline and the pulmonary recruitment maneuver (POLAR BEAR Trial). RCT to estimate reduction in pain after laparoscopic surgery when using a combination therapy of intraperitoneal normal saline and the pulmonary recruitment maneuver. *BMC Women's Health*, Jun 13; 17(1), 42. doi: 10.1186/s12905-017-0397-8.

Vaughan J., Grusammy K.S., Davidson, B.R. (2013), Day-Surgery Versus Overnight Stay Surgery For Laparoscopic Cholecystectomy. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, Jul 31(7), CD006798. doi: 10.1002/14651858.CD006798.pub4.

Voigt, M., Fröhlich, C.F., Hüttel, C., Kranke, P., Mennen, J. (2013), Prophylaxis of intra- and postoperative nausea and vomiting in patients during cesarean section in spinal anesthesia. *Med Sci Monit*, 19: 993-1000. DOI: 10.12659/MSM.889597.

Yalçıntaş, B. (2017), Kolelitiazisli Hastaların Beslenme Durumları Ve Bazı Biyokimyasal Bulguların Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Aylin Ayaz).

Yanatma, S. (2018), Laparoskopik Kolesistektomi Vakalarında Ekspiryum Sonu Pozitif Basıncı (Peep) Uygulamasının Optik Sinir Kılıf Çapı Üzerine Etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Reyhan Polat).

Yıldırım, B., Aktürk Y., Fırat, M.M., Öztürk B., Özüğurlu F., ve ark. (2008) Tokat ili erişkinlerinde kolelitiazis sıklığı ve olası risk faktörleri. *Akademik Gastroenteroloji dergisi*, 7( 2), 83-86.

Yılmaz, K. (2011), Laparoskopik Kolesistektomide Trokar Yerine Bupivakain Enjeksiyonunun Postoperatif Ağrıya Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, (Danışman: Prof. Dr. Yüksel Arıkan).

Yüksel, A. (2016), Kolelitiazis Beslenme İlişkisi Ve Diyet İlkeleri, İzmir. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 20(3), 327-330.

## 10. EKLER

### EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi “Laparoskopik Cerrahi Geçiren Hastalarda Pozisyonun Bulantı-Kusma ve Ağrı Üzerine Etkisi” başlıklı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Ameliyat sonrası bulantı-kusma, ağrı gibi şikâyetler hasta konforunu bozmakta, hastanın kaygı duymasına sebep olmaktadır. Bu araştırma, laparoskopik cerrahi geçiren hastalarda pozisyonun bulantı-kusma ve ağrı üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlandı. Laparoskopik (kapalı) safra kesesi ameliyatı planlanan hastalara, hastaneye yatışları yapıldıktan sonra, çalışmaya katılmayı kabul edenlerin onamları alınacaktır. Ayrıca “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği” doldurulacaktır. Sizinle ilgilenen hemşire tarafından bazı hastalar ameliyat sonrası düz olarak yatırılacak, bazı hastalar ise yarı oturur pozisyonda yatırılacaktır. Tüm hastalardan, 0-2 saat, 4-6 saat, 6-12 saat ve 12-24 saatlerinde toplam 4 kez bulantı-kusma ve ağrı durumunu puanlaması istenecektir. “Bulantı Kusma Takip Skalası” ve “Ağrı Takip Skalası” formu doldurulacaktır. Gerekli olduğunda şikâyetinize göre hekiminizin yazdığı ilaçlar uygulanacaktır.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

İmza

**Sorumlu Araştırmacı:** Dr. Öğr. Üyesi Gülşen Çayır

**Diğer Araştırmacılar:** Huriye Önder

## EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu

### TANITICI BİLGİ FORMU

Bu araştırma, laparoskopik cerrahi geçiren hastalarda pozisyonun bulantı-kusma ve ağrı üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlandı. Elde edilen veriler bilimsel araştırma olarak kullanılacaktır. Vereceğiniz cevaplar saklı kalacağı için, sorulara içtenlikle ve doğru şekilde cevap vermenizi bekleriz. Bu çalışmaya yapacağınız katkıdan dolayı teşekkür ediyoruz.

Tarih. \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

#### Anket No:

#### Demografik Özellikleri:

1. Yaş:
  2. Cinsiyet:
  3. Doğum yeri:
  4. Yaşamını en uzun süre geçirdiği yer 1) Köy 3) Şehir  
2) Kasaba 4) Büyük şehir
  5. Kilo:
  6. Boy:
  7. BKİ:
  8. Eğitim durumu: 1) İlkokul ve altı 3) Lise  
2) Ortaokul 4) Üniversite ve üstü
  9. Mesleği: 1) İşsiz 2) Çalışan 3) Emekli
  10. Sosyal güvence: 1) Yok 4) Bağkur  
2) SSK 5) GSS  
3) Emekli Sandığı
  11. Medeni Durum: 1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış
  12. Aile Tipi: 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile
  13. Algılanan Ekonomik Durum: 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
- Sağlık Durumu**
14. Sigara kullanımı: 1) Hayır 2) Evet

15. Alkol kullanımı: 1) Hayır 2) Evet
16. Madde kullanımı: 1) Hayır 2) Evet
17. Mide ile ilgili şikayetleriniz var mı? 1) Hayır 2) .....
18. Son 2 ay içinde 10 kg ve üzeri kilo azalması: 1) Hayır 2) Evet
19. Ailede safra kesesi sorunlarının varlığı: 1) Hayır 2).....
20. Daha önce geçirilen ameliyat: 1) Hayır 2 ) .....
21. Kronik hastalık: 1) Hayır 2) .....
22. Sürekli kullanılan ilaç: 1) Hayır 2).....
23. Günlük yaşantınızda bulantı-kusma sorunu: 1) Hayır 2) Evet
24. Tanı:.....
25. Operasyon süresi:.....
26. Ameliyat sonrası hastanede yatış süresi:.....

### **EK-3: Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)**

#### **AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI ÖLÇEĞİ (AÖKÖ)**

Tarih: ...../...../2018

Aşağıda, ameliyat olan kişilerin yaşadıkları bazı duygu ve düşünceler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyun. Her bir ifadeye ne kadar katıldığınızı aşağıdaki 5’li derecelendirmeyi kullanarak belirtin.

1 = Hiç katılmıyorum

2 = Katılmıyorum

3 = Kararsızım

4 = Katılıyorum

5 = Kesinlikle katılıyorum




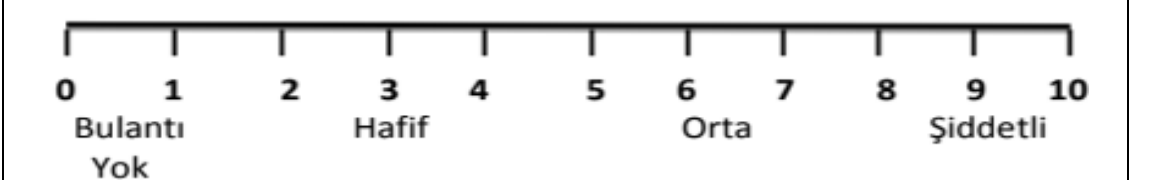
	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Ölüm düşünceleri sık sık aklıma geliyor.	1	2	3	4	5
2. Bana bir şey olursa ailemin ve çocuklarımın ortada kalacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3. Ameliyat için bayıldıktan sonra uyanamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
4. Ameliyat sırasında kanama ya da başka bir sorun yüzünden öleceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5. Ameliyat sonrası yara yerimin iltihap kapması ya da başka bir sorun çıkarak tamamen iyileşemeyeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
6. Ameliyat sonrasında yürüyememekten ya da eskisi gibi tüm ihtiyaçlarımı karşılayamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
7. Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum	1	2	3	4	5
8. Ameliyat sonrası tüm ağrı ve sorunlardan kurtulacağımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
9. Sakat kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
10. Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5

## EK-4: Bulantı Kusma ve Ağrı Takip Formu

### BULANTI KUSMA VE AĞRI TAKİP FORMU

Tarih: ...../...../2018

Bulantı-kusma ve ağrı takip formu, şikayetinizin olup olmadığı, şiddetini belirlemek amacı ile hazırlanmıştır.

<b>Ameliyat sonrası 0-2 saat içinde değerlendirme;</b>		Saat:.....
1. Ateş:.....°C		
2. Nabız:...../dak.		
3. Tansiyon Arteriel:.....mmHg		
4. Ağrı: 1) Hayır	2) Evet	
5. Ağrı şiddetinizi belirtiniz.		
		
6. Analjezik kullanımı: 1) Hayır	2).....	
7. Bulantı: 1) Hayır	2) Evet	
8. Bulantı şiddetinizi belirtiniz.		
		
9. Kusma: 1) Hayır	2) Evet	
10. Antiemetik kullanımı: 1) Hayır	2) .....	

**Ameliyat sonrası 2-6 saat içinde değerlendirme;**

Saat:.....

1. Ateş:.....°C
2. Nabız:...../dak.
3. Tansiyon Arteriel:.....mmHg
4. Ağrı: 1) Hayır 2) Evet
5. Ağrı şiddetinizi belirtiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

↑  
Ağrı Yok

↑  
Dayanılmaz Ağrı

6. Analjezik kullanımı: 1) Hayır 2).....
7. Bulantı: 1) Hayır 2) Evet
8. Bulantı şiddetinizi belirtiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Bulantı Hafif Orta Şiddetli  
Yok

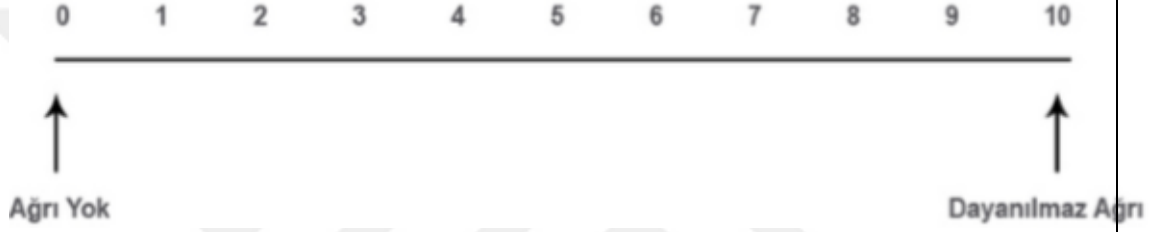
9. Kusma: 1) Hayır 2) Evet
10. Antiemetik kullanımı: 1) Hayır 2) .....



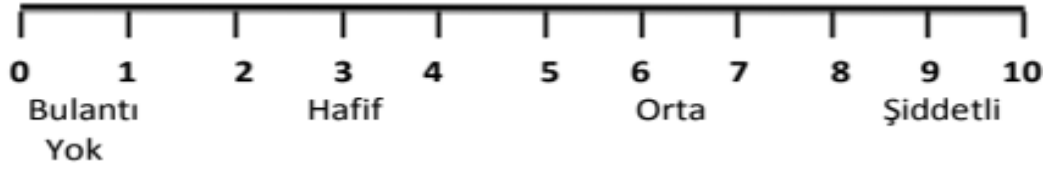
**Ameliyat sonrası 12-24 saat içinde değerlendirme;**

Saat:.....

1. Ateş:.....°C
2. Nabız:...../dak.
3. Tansiyon Arteriel:.....mmHg
4. Ağrı: 1) Hayır 2) Evet
5. Ağrı şiddetinizi belirtiniz.



6. Analjezik kullanımı: 1) Hayır 2).....
7. Bulantı: 1) Hayır 2) Evet
8. Bulantı şiddetinizi belirtiniz.



9. Kusma: 1) Hayır 2) Evet
10. Antiemetik kullanımı: 1) Hayır 2) .....

## EK-5. Etik Kurul Onayı

### Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

26.02.2018

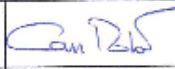
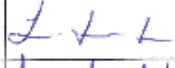
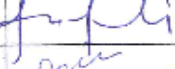


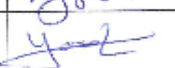

*Sayın:* Yrd.Doç.Dr.Gülşen ÇAYIR  
Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu yapılan inceleme sonucunda **“Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Pozisyonun Bulantı Kusma Ve Ağrı Üzerine Etkisi”** isimli araştırmanızın kurulumuzun **06.02.2018** tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

  
Etik Kurul Başkanı  
**Prof.Dr.Can Polat EYİĞÜN**

T.C.  
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Tarih: 26.02.2018	Kurur No: 2018/13-18
Toplantı Sayısı:13	Araştırmacı Yrd.Doç.Dr.Gülşen ÇAYIR'ın planladığı "Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Pozisyonun Bulantı Kusma Ve Ağrı Üzerine Etkisi" konulu araştırma incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

**ÜYELER**

Adı soyadı	Alanı	Bölümü	Katılım	İmza
Prof.Dr.Can Pelat İYİGÜN	Tıp Fakültesi	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D	Etik Kurul Başkanı	
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof.Dr.Fatma ÇELİK	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	Üye	
Doç.Dr.Şölen HİMMETOĞLU	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A.D.	Raportör	
Doç.Dr.Burcu KARADUMAN	Diş Hekimliği Fakültesi	Periodontoloji A.D.	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Tubu CEYHUN	Eğitim Fakültesi	Zihin Engelliler Bölümü	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Yonca ZENGİNLER	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	Üye	

## EK-6. Kurum İzin Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 74839299-604.01.01  
Konu : Huriye ÖNDER'in Çalışma İzni Hk.

İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 09/04/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-1121 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazıya istinaden Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Huriye ÖNDER'in, Yrd. Doç. Dr. Gülsen ÇAYIR danışmanlığında yürütülen; "Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Pozisyonun Bulantı, Kusma ve Ağrı Üzerine Etkisi" adlı tez çalışması na ait hastanemiz 10.04.2018 tarihli Bilimsel Kurul Toplantı Tutanağı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır,  
Prof.Dr.Özgür YİĞİT  
Başhekim

EKLER:1 Sayfa

Personel Servisi Birimi  
Faks No:02124596230

e-Posta:kiymet.gu@sgsaglik.gov.tr İnt. Adresi: Org. Abdurrahman Na'at Güneşli  
Cad. Kocamustafapaşa-Fatih 34098 İSTANBUL

E-posta: istanbulcanlig@gmail.com www.istanbulenb.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Forskin elektronik imza bilgisi için http://e-bolge.saglik.gov.tr adresinden 6d71814de-62a3-4de4-9684-5d9a5f197c29 kodu ile erişebilirsiniz.

Bilgi için:Kiymet ÇİTTİR

Unvan:İTRMA

Telefon No:02124596225



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
S.B.Ü.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**BİLİMSEL KURUL TOPLANTI TUTANAĞI**

Toplantı Tarihi : 10/04/2018  
Başhekim : Prof.Dr.Özgür YİĞİT  
Üyeler : Op.Dr.Yusuf KARALI – Uz.Dr.Mehmet Emin PIŞKINPAŞA – Mükerrer ALPAK  
– Meral KURT DURMUŞ – Serpil KAYALI – Şaduman ÖZMAY

**KARAR**

İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan 09.04.2018 tarih ve E.1121 sayılı yazısı ekinde bulunan Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Huriye ÖNDER'in, Yrd. Doç. Dr. Gülşen ÇAYIR danışmanlığında yürütülen; "Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Pozisyonun Bulantı, Kusma ve Ağrı Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasının hastanemizde yapılabilme talebi incelenmiştir.

Adı geçenin yapacağı çalışma bilgi güvenliği ile bilimsel çalışmanın etkinliği açısından değerlendirilerek hastanemizde gerçekleştirilmesi uygun bulunmuş olup, çalışmanın gelişim aşamalarının, değişiklik durumunun ve çalışmanın sonlarına zamanı ile ilgili Bilimsel Kurulu'na bilgi verilmesine karar verilmiştir.

Prof.Dr.Özgür YİĞİT  
Başhekim

Op.Dr.Yusuf KARALI  
Başhekim Yardımcısı

Mükerrer ALPAK  
İd. ve Mali İş. Yrd.

Serpil KAYALI  
İd. ve Mali İş. Müd. Yar.  
Eğ. Ar.Ge. Sor.

Uz.Dr.Mehmet Emin PIŞKINPAŞA  
İç Hast. Kl. Eğ. Gör.

Şaduman ÖZMAY  
Sağ. Bak. Birim Müd.

Meral KURT DURMUŞ  
Müdür Yardımcısı

## 11. ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Huriye Önder

**Doğum Tarihi ve Yeri:** 15.04.1993/ Tokat

**Mail Adresi:** huriye.onder@hotmail.com

**Unvanı:** Hemşire

**Öğrenim Durumu:** Lisans

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Lise	Tokat Almus Lisesi	2011
Lisans	Gümüşhane Üniversitesi	2015
Yüksek Lisans	Biruni Üniversitesi	Devam ediyor.

## İNTİHAL RAPORU

### LAPARASKOPİK SAFRA KESESİ AMALİYETİ GEÇİREN HASTALARDA POZİSYONUN BULANTI KUSMA VE AĞRI ÜZERİNE ETKİSİ

ORJİNALLIK RAPORU

<b>%27</b> BENZERLİK ENDEKSİ	<b>%22</b> İNTERNET KAYNAKLARI	<b>%13</b> YAYINLAR	<b>%9</b> ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
---------------------------------	--------------------------------------	------------------------	-------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.istanbulsaglik.gov.tr">www.istanbulsaglik.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	<b>%3</b>
<b>2</b>	<a href="http://cerrahisanatlardergisi.com">cerrahisanatlardergisi.com</a> İnternet Kaynağı	<b>%2</b>
<b>3</b>	<a href="http://www.cty.com.tr">www.cty.com.tr</a> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>4</b>	<a href="http://acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080">acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>5</b>	<a href="http://istanbulsaglik.gov.tr">istanbulsaglik.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>6</b>	<a href="http://acikerisim.aku.edu.tr">acikerisim.aku.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>7</b>	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<b>%1</b>
<b>8</b>	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBİTAK)	<b>%1</b>

