



**LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATI OLAN
HASTALARDA ERKEN MOBİLİZASYON İLE ÇAY, KAHVE VE ILIK SU
TÜKETİMİNİN BAĞIRSAK HAREKETLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Burçin IRMAK

**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

AĞUSTOS 2022

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Burçin IRMAK

08.08.2022

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATI OLAN HASTALARDA ERKEN
MOBİLİZASYON İLE ÇAY, KAHVE VE ILIK SU TÜKETİMİNİN BAĞIRSAK
HAREKETLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

(Doktora Tezi)

Burçin IRMAK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ağustos 2022

ÖZET

Araştırma, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü klinik çalışma olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemine 76 hasta (çay:19, kahve:19, ılık su:19, kontrol:19) alındı. Ameliyat sonrası 4. saatte müdahale grubundaki hastalara 15 dakika sürede 200 ml çay, kahve ya da ılık su içirildi ve ilk mobilizasyonları yapıldı. Kontrol grubundaki hastaların ilk mobilizasyonu ve oral alımı 8. saatte başladı. Hastaların bağırsak hareketleri, mobilizasyon süresi, ilk gaz, ilk gaita çıkarma ve hastanede kalma süreleri takip edildi. Araştırmada dört grup arasında ameliyat sonrası 5., 6., 7. ve 8. saatte bağırsak hareketleri sayısı ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Müdahale gruplarında kontrol grubuna göre, ameliyat sonrası ilk gaz çıkarma süresinin anlamlı olarak daha erken olduğu bulundu ($p<0,05$). Hastalar arasındaki ilk gaz çıkarma süresi sıralandığında; kahve, ılık su, çay ve kontrol grubu olarak belirlendi. Gruplar arasında ameliyat sonrası ilk gaita çıkarma ve toplam hastanede kalma süreleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Çalışma sonucunda, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile kahve, ılık su ve çay tüketiminin bağırsak hareketlerini artırmada, ilk gaz çıkarma süresini azaltmada etkili olduğu bulundu.

Bilim Kodu : 1032. 01
Anahtar Kelimeler : Laparoskopik kolesistektomi, Erken mobilizasyon, Çay, Kahve, Su tüketimi, Bağırsaklar, Hemşirelik
Sayfa Adedi : 115
Danışman : Prof. Dr. Hülya BULUT

THE EFFECT OF EARLY MOBILIZATION WITH TEA, COFFEE AND WARM
WATER CONSUMPTION ON BOWEL MOVEMENTS IN PATIENTS UNDERGOING
LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY SURGERY

(Ph.D. Thesis)

Burçin IRMAK

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

August 2022

ABSTRACT

The study was conducted as a randomized controlled clinical trial to determine the effect of early mobilization with consumption of tea, coffee and warm water on bowel movements in patients who had laparoscopic cholecystectomy surgery. The study sample consisted of 76 patients (tea:19, coffee:19, warm water:19, control:19). At the 4th hour postoperatively, the patients in the intervention group were first mobilized after drinking 200 ml of tea, coffee or warm water within 15 minutes. The first mobilization and oral intake of the patients in the control group started at the 8th hour. Bowel movements, mobilization time, first flatulence, first stool removal and hospital stay of the patients were followed up. In the study, a statistically significant difference was found between the four groups in terms of the mean number of bowel movements at the postoperative 5th, 6th, 7th and 8th hours ($p<0.001$). It was found that the postoperative first flatulence time was significantly earlier in the intervention groups compared to the control group ($p<0.05$). When the first gas removal time among the patients was ordered from the earliest to the latest; coffee, warm water, tea and control group. There was no statistically significant difference between the groups in terms of postoperative first stool removal and a hospital stay ($p>0.05$). As a result of the study, it was found that early mobilization and consumption of coffee, warm water and tea in patients who underwent laparoscopic cholecystectomy were effective in increasing bowel movements and reducing the time of first flatulence.

Science Code : 1032. 01
Key Words : Laparoscopic cholecystectomy, Early mobilization, Tea, Coffee,
Water consumption, Intestines, Nursing
Page Number : 115
Supervisor : Prof. Hülya BULUT

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bilgisi, deneyimleri ve desteğiyle her zaman yanımda olan danışmanım Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT'a

Tez izlem komitesinde değerli bilgi, görüş ve önerilerini paylaşan Sayın Doç. Dr. Sevil GÜLER'e ve Sayın Doç. Dr. Hatice AYHAN'a,

Tez savunma sınavına katılarak verdikleri değerli katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Mevlüde KARADAĞ, Sayın Prof. Dr. Azize KARAHAN ve Sayın Prof. Dr. Satı DEMİR'e,

Tez çalışmamım yürütülmesinde verdikleri destekten dolayı Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mustafa ŞARE ile klinik hemşireleri, hekimleri ve tüm çalışanlarına,

Araştırmaya katılan tüm hastalara,

Doktora eğitimim süresince desteğini hissettiğim Dr. Mehtap GÜMÜŞAY ve tüm arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan değerli aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xii
RESİMLERİN LİSTESİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Laparoskopik Kolesistektomi	9
2.1.1. Laparoskopik kolesistektomi tekniği.....	10
2.1.2. Laparoskopik kolesistektominin avantajları	11
2.1.3. Laparoskopik kolesistektominin dezavantajları.....	12
2.1.4. Laparoskopik kolesistektominin komplikasyonları	12
2.2. Abdominal Cerrahi Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarını Etkileyen Etmenler	13
2.2.1. Cerrahi türü.....	13
2.2.2. Stres tepkisi.....	14
2.2.3. Kullanılan ilaçlar.....	15
2.2.4. Ameliyat sonrası ağrı	15
2.2.5. Bağırsak alışkanlığı.....	16
2.2.6. Sıvı-elektrolit dengesi	17
2.2.7. Yaş	17
2.2.8. Geçmiş cerrahi girişimler.....	18

Sayfa

2.3. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Yapılan Hastanın Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı	18
2.4. Ameliyat Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi	20
2.5. Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması İçin Uygulanacak Girişimler	21
2.5.1. Hasta eğitimi	22
2.5.2. Erken mobilizasyon	22
2.5.3. Erken beslenme	24
2.5.4. Ilık su tüketimi	24
2.5.5. Kahve tüketimi	25
2.5.6. Çay tüketimi	26
2.5.7. Sakız çiğneme	27
2.5.8. Sıcak uygulama	28
2.5.9. Abdominal masaj	29
2.5.10. Akupunktur ve akupresür	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Şekli	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.3.1. Araştırmada dahil olma, dışlanma ve çıkarılma kriterleri..	33
3.4. Randomizasyon ve Körleme	35
3.5. Veri Toplama Araçları	36
3.5.1. Hasta tanıtım formu	37
3.5.2. Glaskow koma skalası	37
3.5.3. Hasta mobilizasyonu izlem formu	37
3.5.4. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu çay grubu	38

Sayfa

3.5.5. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu kahve grubu	38
3.5.6. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu ılık su grubu	38
3.5.7. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu kontrol grubu	38
3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması	38
3.7. Araştırmanın Uygulanması	39
3.7.1. Ameliyat öncesi dönem	39
3.7.2. Ameliyat sonrası dönem	39
3.7.3. Taburculuk sonrası dönem.....	39
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	44
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	45
3.10. Araştırma Planı ve Takvimi	46
4. BULGULAR	47
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6.1. Sonuçlar.....	65
6.2. Öneriler	67
KAYNAKLAR	69
EKLER.....	83
EK-1. Randomize çalışma rapor kontrol listesi (CONSORT-2010)	84
EK-2. Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları.....	86
EK-3. Hasta tanıtım formu.....	98
EK-4. Glaskow koma skalası.....	101
EK-5. Hasta mobilizasyonu izlem formu.....	102
EK-6. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu çay grubu	103

Sayfa

EK-7. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu kahve grubu	104
EK-8. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu ılık su grubu	105
EK-9. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu kontrol grubu	106
EK-10. Etik Kurul onayı.....	107
EK-11. GÜSAUM Başhekimliği tez uygulama izin yazısı	110
ÖZGEÇMİŞ.....	113

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Randomizasyon listesi	36
Çizelge 3.2. Kayıt, girişimler ve değerlendirmeler.....	44
Çizelge 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	47
Çizelge 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların bağırsak hareketliliğini etkileyen özelliklerinin dağılımı	49
Çizelge 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte toplam mobilizasyon süresi ve sıklığının dağılımı	51
Çizelge 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ilk gaz çıkarma, ilk gaita çıkarma ve hastanede kalma sürelerinin dağılımı.....	52
Çizelge 4.5. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası bağırsak hareketi sayısı ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması	53
Çizelge 4.6. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası bağırsak hareketi sayısı ortalamalarının grup içi karşılaştırılması ve izlemler arası farkı.....	54
Çizelge 4.7. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon özellikleri ile bağırsak hareketi sayısı ortalamalarının karşılaştırılması.....	57

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı.....	35
Şekil 3.2. Araştırma planı ve takvimi şeması	46
Şekil 4.1. Ameliyat sonrası 4. ve 8. saatler arasındaki bağırsak hareketi sayısı.....	56

RESİMLERİN LİSTESİ

Resim	Sayfa
Resim 3.1. Araştırmanın örneklem hesaplaması	33
Resim 3.2. Ölçüm bardağı	40
Resim 3.3. Termos bardak.....	40
Resim 3.4. Dijital gıda termometresi	41

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

Açıklamalar

dk	Dakika
KW	Kruskal wallis testi
Maks	En büyük değer
Min	En küçük değer
ml	Mililitre
r	Spearman korelasyon katsayısı
sa	Saat
SS	Standart sapma
u	Mann whitney u testi
x²F	Friedman testi
Z	Wilcoxon testi
$\bar{X}$	Aritmetik ortalama

Kısaltmalar

Açıklamalar

BKİ	Beden Kütle İndeksi
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials (Randomize Çalışma Rapor Kontrol Listesi)
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery (Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme)
GÜSAUM	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
NSAİİ	Nonsteroid Anti-İnflamatuar İlaç
SPSS	Statistical Package for Social Science (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)

1. GİRİŞ

Problem tanımı

Günümüzde hastalıkların tedavi sürecinde cerrahi tedavi yöntemleri sıklıkla tercih edilmektedir. Her yıl dünya genelinde 300 milyondan fazla hasta ameliyat olmaktadır (Weiser ve diğerleri, 2015). Yapılan ameliyatlarda gastrointestinal sisteme ve sistem içerisinde de safra kesesine ilişkin ameliyatlar giderek artmaktadır (Çavuş ve Karaca, 2013). Safra kesesinde taş bulunması anlamına gelen kolelitiazis, Amerika Birleşik Devletleri'nde gastrointestinal sisteme ilişkin hastaneye başvurma nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (Perez ve Pappas, 2019). Ülkemize ait kolelitiazis insidans oranı bilinmemekle birlikte, yapılan bir çalışmada %7,5 olarak bildirilmektedir (Yıldırım ve diğerleri, 2008).

Günümüzde kolelitiazis tanımlı hastalarda birincil tedavi yöntemi cerrahidir. Gastrointestinal sistem ameliyatları içinde en yaygın uygulananlardan biri kolesistektomidir. Hastaların cerrahi tedavisinde açık veya kapalı (laparoskopik) kolesistektomi olmak üzere iki yöntem uygulanmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi açık kolesistektomiye göre komplikasyon riskinin az olması, düşük kan kaybı riski, estetik görünümünün iyi olması gibi olumlu sonuçları nedeniyle daha fazla tercih edilmektedir (Gurusamy, Vaughan, Ramamoorthy, Fusai ve Davidson, 2013; Thakur, Schlachta ve Jayaraman, 2011). Amerika Birleşik Devletleri'nde laparoskopik kolesistektomi en sık yapılan abdominal ameliyatlardan biri olup, yılda yaklaşık 500.000'den fazla kişi ameliyat olmaktadır (Perez ve Pappas, 2019). Ülkemizde laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hasta sayısı kesin olarak bilinmemekte, ancak her yıl yaklaşık 40.000-60.000 hastanın ameliyat olduğu tahmin edilmektedir (Uyanıklıoğlu ve Keskuş, 2013).

Abdominal cerrahi geçiren hastalarda; gaz çıkaramama, bağırsak hareketinin olmaması, abdomende ağrı, distansiyon, konstipasyon, bulantı ve kusma gibi gastrointestinal motilitede bozulma sorunları sıklıkla görülmektedir (İzveren ve Dal, 2011; Taşdemir ve Çelik, 2011). Cerrahi stres, ağrı ve hareketsizlik bağırsak fonksiyonlarında gecikmelere neden olabilmektedir. Laparoskopik yöntemle yapılan abdominal ameliyatlarda da gastrointestinal motilitede bozulma riski bulunmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sırasında abdominal kavite içine CO₂ gazı verilmesiyle oluşturulan pnömoperitonyumun bağırsak motilitesini azaltarak hastalarda abdominal distansiyona neden olduğu bilinmektedir

(Arslantaş, Arslantaş, Altun ve Dinçer, 2019; Tolksdorf, Strang, Schippers, Simon ve Truong, 1992). Ameliyat sonrası dönemde kontrol altına alınmayan gastrointestinal sistem sorunları ise yara iyileşmesinde gecikme, sıvı-elektrolit dengesizliği, solunum sistemi sorunları, derin ven trombozu, bağırsak iskemisi, nekroz, perforasyon gibi farklı komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır (Özkan, 2019). Hastalarda gelişen bu komplikasyonlar ise hastanede yatış süresini uzatmakta, hastane kaynaklı enfeksiyonlara veya komplikasyonlara neden olup; hastane masraflarını ve tekrarlı hastane yatışlarını arttırmaktadır (Story ve Chamberlain, 2009; Vather ve Bissett, 2013). Bu nedenle ameliyat sonrası dönemde en erken sürede bağırsak motilitesinin uyarılması, bağırsak hareketlerinin başlaması, gaz ve defekasyon çıkışının gerçekleşmesi amacıyla gerekli tıbbi tedavi ve hemşirelik girişimlerinin uygulanması önemlidir (Graham, 2008; Irmak ve Bulut, 2021; İzveren ve Dal, 2011). Sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan tedavi ve bakımın temel hedefi hastaların cerrahi sonrasında hızlı iyileşmesinde etki sağlamaktır.

Günümüzde kanıta dayalı uygulamalara temellendirilmiş cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) protokollerinin kliniklerde uygulanması yaygınlaşmaktadır. Bu protokollerde gastrointestinal sistem cerrahisi geçiren hastaların ameliyat öncesi dönemden başlanarak bağırsak motilitesini artırmak için bazı önlemlerin alınması gerektiği bildirilmiştir (Ferdinando Agresta, 2014; Gustafsson ve diğerleri, 2019; Yeh ve diğerleri, 2020). Ameliyat öncesi dönemde cerrah, anesteziist ve hemşire tarafından cerrahi süreç, ağrı yönetimi, oral gıda alımı, erken mobilizasyon gibi konularda hastaya eğitim ve danışmanlık verilmelidir. Ameliyat sırası dönemde intravenöz opioid yerine midtorasik epidural analjezi tercih edilmeli, aşırı hidrasyondan kaçınılmalıdır. Ameliyat sonrası dönemde ise ERAS protokollerinde yer alan “*erken mobilizasyon*”, “*erken oral alım*” ve “*gastrointestinal motilitenin uyarılması*” öğelerinin uygulanması sağlanmalıdır (Bozkırlı ve diğerleri, 2012). Cerrahi hemşireleri hastaların gastrointestinal motilitesini değerlendirmeli, uygun hemşirelik girişiminde bulunmalı ve girişim sonrası hastayı tekrar değerlendirmelidir (Enç ve diğerleri, 2017).

Ameliyat sonrası dönemde bağırsak motilitesini arttırmak amacıyla farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Ameliyat sonrası gastrointestinal sistem sorunu gelişen hastalarda; prokinetik ilaçların kullanımı, sıvı-elektrolit dengesinin düzenlenmesi, analjezik ilaç kullanımının düzenlenmesi, intravenöz sıvı tedavisinin uygulanması, oral magnezyum kullanımı gibi farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır.

Farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinde ise erken mobilizasyon, erken oral hidrasyon, erken beslenme, sakız çiğneme, akupunktur, akupresür, sıcak uygulama gibi farklı öneriler bulunmaktadır (Güngördük ve Özdemir, 2021; Story ve Chamberlain, 2009; Vather ve Bissett, 2013). Farmakolojik olmayan yöntemler; ekonomik olmaları, kolaylıkla uygulanabilmeleri, farmakolojik tedavinin olası yan etkilerini önlemeleri, herhangi bir olumsuz etkisinin bildirilmemesi gibi nedenlerle tercih edilmektedir.

Erken mobilizasyon, ERAS protokollerinin öğeleri arasında yer alan ve bağırsak hareketlerinin kısa sürede başlamasında etkili olan bir uygulamadır (Gustafsson ve diğerleri, 2019). Ameliyat sonrası dönemde akut ağrı, bulantı-kusma, yorgunluk, komplikasyon gelişimi, yardımcı ekipmanların kullanımı (dren, kateter vb.) gibi nedenlerle hastalar mobilizasyon sorunu yaşayabilmektedir (Gustafsson ve diğerleri, 2019; Liebermann ve diğerleri, 2013; Mathiasen ve diğerleri, 2021; Nishijima ve diğerleri, 2020). Ancak hastaların mobilizasyon süresinin gecikmesi solunum sistemi sorunları, abdominal distansiyon, derin ven trombozu riski, düşme riski, basınç yaralanması riski gibi ilave sorunlara neden olabilir (Pashikanti ve Ah, 2012; Vather ve Bissett, 2013). ERAS protokollerinde, hastaların ameliyat günü en az iki saat ve diğer günlerde ise en az altı saat mobilize olmasını önerilmektedir (Gustafsson ve diğerleri, 2019). İsveç'te yürütülen bir çalışmada, hastaların elektif açık veya robot yardımlı laparoskopik jinekolojik, ürolojik, endokrinolojik abdominal cerrahi geçirdikten sonra iki saat içerisinde mobilize edildiği bildirilmektedir (Raskh, Schandl, Holdar, Olsén ve Bonnier, 2021). Ülkemizde yürütülen bir çalışmada, kolesistektomi ameliyatı sonrası hastaların ilk mobilizasyon süresi ortalama $8,94 \pm 3,24$ saat olarak belirlenmiştir (Mahmudova ve Dönmez, 2019). Literatürde de laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların çoğunun ameliyat sonrası 5-8 saat içerisinde ayağa kalktığı bildirilmektedir (Aldemir ve Sayılan, 2020; Çınar, 2005; Mahmudova ve Dönmez,

2019). Bu nedenle cerrahi kliniklerinde erken mobilizasyon protokollerinin geliştirilerek uygulanması hasta bakım sonuçlarını olumlu etkileyecektir. Kliniklerde bu protokoller doktor ve hemşireler tarafından işbirliği yapılarak yürütülmektedir (Pashikanti ve Ah, 2012; WEB, 2011). Hastaların ameliyat sonrası erken dönemde mobilizasyonu klinik hemşireleri tarafından desteklenmelidir.

Ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonlarını artırdığından erken oral hidrasyon tavsiye edilmektedir (Çalışkan, Bulut ve Konan, 2016; Wu ve diğerleri, 2019). Hastaların ameliyat

sonrası oral yoldan ilk aldığı ve en fazla tüketilen sıvı sıklıkla sudur (Bozkırlı ve diğerleri, 2012; Kaya ve Toker, 2019; Taşdemir ve Çelik, 2011). Literatürde ılık su içmenin bağırsak hareketlerine yararlı olduğu vurgulanmaktadır (Çalışkan ve diğerleri, 2016; Wallström ve Frisman, 2014). Laparoskopik kolesistektomi cerrahi geçiren hastaların erken dönemde klinikte ılık su tüketiminin hastaların ilk gaz çıkarma süresini kısalttığı belirlenmiştir (Çalışkan ve diğerleri, 2016). Laparoskopik kolesistektomi sonrası ayılma ünitesinde 1735 hastayla yapılan bir çalışmada ise hastaların erken oral hidrasyonunun (ılık su 3ml/kg) ameliyat sonrası dönemde susuzluğu azalttığı, hasta memnuniyetini artırdığı, güvenli ve iyi tolere edildiği saptanmıştır (Wu ve diğerleri, 2019).

Dünya’da ve Türk toplumunda su tüketiminden sonra en çok içilen sıvı siyah çaydır (Kaya ve Toker, 2019). Siyah çayda diğer çay türlerine göre sindirim sistemi için yararlı olan “*tanen*” olarak adlandırılan madde daha fazladır. Siyah çayın bağırsak hareketleri üzerine prokinetik etkisi olduğu belirtilmektedir (Chaudhuri ve diğerleri, 2000). Literatürde tek başına çayın bağırsak hareketlerine yönelik çalışmalara rastlanmamakla birlikte, çay ve kahvenin birlikte değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır (Gehrer ve diğerleri, 2019; Piric, Pasic, Rifatbegovic ve Konjic, 2015). Kolorektal cerrahi geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada; çay tüketen gruptaki hastaların (n=30), kahve (n=29) tüketen gruptaki hastalara göre erken defekasyona çıktığı, hastanede yatma süresinin kısaldığı, ameliyat sonrası dönemdeki komplikasyon oranının daha az olduğu saptanmıştır (Piric ve diğerleri, 2015). Elektif laparoskopik kolorektal rezeksiyon geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada ise çay tüketen hastaların (n=59) ameliyat sonrasında kahve tüketen hastalarda (n=56) göre bağırsak hareketlerinin geri dönme süresinin daha geç olduğu belirtilmiştir (Gehrer ve diğerleri, 2019). Bu nedenle konuya ilişkin yeni araştırmaların yapılması önerilmektedir (Gehrer ve diğerleri, 2019; Piric, Pasic, Rifatbegovic ve Konjic, 2015).

Ameliyat sonrası dönemde bağırsak motilitesini arttırmada önerilen farmakolojik olmayan yöntemlerden biri de kahve tüketimidir. Demlenmiş ve filtrelenmiş kahvenin su gibi hipotonik yoğunlukta olması nedeniyle mide ve bağırsak sistemi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde ameliyat sonrası kahve tüketiminin bağırsak fonksiyonunun daha hızlı iyileşmesine yol açtığı ve herhangi bir yan etkisinin olmadığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Eamudomkarn ve diğerleri, 2018; Gehrer ve diğerleri, 2019; Gkegkes, Minis ve Iavazzo, 2020). Kahve; genellikle ekonomik olması, kolay tolere edilmesi, kolay bulunabilmesi ve uygulanabilmesi yönünden kullanımı önerilmektedir.

Literatürde, 1990'lardan itibaren kahve tüketimi ile bağırsak hareketleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır (Brown, Cann ve Read, 1990; Dulskas, Klimovskij, Vitkauskiene ve Samalavicius, 2015; Rao, Welcher, Zimmerman ve Stumbo, 1998). Ancak bu çalışmalarda, hastaların içeceği kahve türünün birbirinden farklı olması, kahve/kafein tüketim miktarı ile uygulanma sıklığının standart olmaması, hastaların ilaç gereksinimlerinin farklılık göstermesi (opioid analjezik, antiemetik) gibi sınırlılıkları bulunmaktadır (Dulskas ve diğerleri, 2015; Eamudomkarn ve diğerleri, 2018; Funes, Soto, Franco ve Albasini, 2016; Gkegkes ve diğerleri, 2020). Abdominal cerrahi sonrası bağırsak hareketlerine kahvenin etkisinin incelendiği bir meta-analize dahil edilen araştırmaların hiçbirinde kahve tüketimi ile ilgili olumsuz etki bildirilmemiş ve ameliyat sonrasında tüketimi önerilmiştir (Eamudomkarn ve diğerleri, 2018). Bununla birlikte konuyla ilgili sınırlı literatür olması nedeniyle yeni araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Eamudomkarn ve diğerleri, 2018; Funes ve diğerleri, 2016; Gkegkes ve diğerleri, 2020).

Abdominal cerrahi sonrasında hastaların bağırsak motilitesinin uyarılması için erken mobilizasyon uygulanması ve erken oral hidrasyona başlanması farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri arasında önerilmektedir (Irmak ve Bulut, 2021). Literatürde bu uygulamaların kombine ya da tek başına uygulandığı araştırmalar olmakla birlikte, erken mobilizasyonla birlikte uygulandığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Laparoskopik kolesistektomi sonrasında erken dönemde ılık su tüketiminin bağırsak hareketlerine etkisinin incelendiği bir çalışma bulunmakla birlikte (Çalışkan ve diğerleri, 2016) erken mobilizasyon ile birlikte çay, kahve ve ılık su tüketiminin bağırsak hareketlerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışmalardaki sınırlılıklar dikkate alındığında bu araştırma, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile tüketilen sıvıların (çay/kahve/ılık su) hangisinin bağırsak hareketleri üzerinde etkili olduğunu ortaya koyacaktır. Araştırmada laparoskopik kolesistektomi olan hasta grubuyla çalışma planlanmasının nedeni ameliyatın yaygın olarak yapılması, minör cerrahi grubunda yer alması ve ameliyat sırasında abdominal kavite içine CO₂ gazı verilmesiyle oluşturulan pnömoperitonyumun bağırsak motilitesini azaltarak abdominal distansiyona neden olmasıdır (Graham, 2008; Tolksdorf ve diğerleri, 1992). Çalışmanın sonucunda laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine olumlu etkileri olacağı, iyileşme sürecinin daha etkili planlanacağı, hastaların erken sürede taburcu olacağı ve ameliyat sonrasında olası komplikasyonların önlenebileceği öngörülmektedir. Çalışmadan elde edilecek sonuçların

cerrahi hemşireleri için önemli bir sorun olan bağırsak hareketleri sorunlarının yönetiminde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Araştırmanın amacı laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile çay, kahve ve ılık su tketimeinin bağırsak hareketleri üzerine etkisini belirlemektir.

Araştırmanın nemi

Araştırma laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların hemşirelik bakımı konusunda literatüre katkı sağlayacak özgün bir çalışmadır. Araştırmanın zgnlğ ile ilgili parametreler, aşağıda nedenleriyle birlikte açıklanmıştır.

Dünya’da ve ülkemizde ameliyat sonrası hızlı iyileşme protokollerinin kullanımı son yıllarda yaygınlaşmıştır. Uluslararası kuruluşlar tarafından birçok hasta grubuna özel rehberler oluşturulmuştur (Gustafsson ve diğerleri, 2019; Lassen ve diğerleri, 2012; Thorell ve diğerleri, 2016). Ancak laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalara özgü bir kılavuza rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu hasta grubuyla ERAS gelerine ilişkin araştırmalar yapılmalıdır. Bu çalışmada, ameliyat sonrası dönemde hızlı iyileşme protokollerinin önemli parametrelerinden olan “*erken mobilizasyon*” ile “*gastrointestinal motilitenin uyarılması*” ögelerine ilişkin sonuçlar birlikte sunulacaktır.

Klinik gözlemlerimiz ve literatüre göre, laparoskopik kolesistektomi ameliyat sonrası hastalar ilk ayağa kalkma sürecinde zorlanmakta, ilk mobilizasyon zamanı 5-8. saatlerde olmakta ve hastalar yeterince mobilize olmamaktadır (ınar, 2005; Mahmudova ve Dönmez, 2019). Bu araştırma ile hastaların ERAS protokollerine uygun şekilde 4. saatte ilk mobilizasyonları ve ameliyat sonrası ilk günde en az iki saat yatak dışı aktivite yapmaları/mobilize olmaları sağlanacaktır. Ayrıca literatürde laparoskopik kolesistektomi cerrahisi geçiren hastalara erken mobilizasyon ve erken oral hidrasyonun birlikte uygulandığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın sonucunda laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile çay, kahve ve ılık su tketimeinin bağırsak hareketleri (ilk gaz çıkarma ve ilk defekasyon) zerine olumlu etkileri olacağı, iyileşme sürecinin daha etkili planlanacağı, hastaların erken sürede taburcu olacağı

ve ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenilebileceği düşünülmektedir. Araştırmanın randomize kontrollü çalışma (RKÇ) deseninde yürütülmesinin de kanıta dayalı uygulamalara katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Araştırmanın hipotezleri

H_{0-a}: Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile çay tüketiminin ilk gaz çıkarma süresi üzerine etkisi yoktur.

H_{0-b}: Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile kahve tüketiminin ilk gaz çıkarma süresi üzerine etkisi yoktur.

H_{0-c}: Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile ılık su tüketiminin ilk gaz çıkarma süresi üzerine etkisi yoktur.

Araştırmanın sınırlı ve güçlü yönleri

Araştırmanın sınırlı yönleri

- Araştırmanın evreni GÜSAUM Genel Cerrahi Kliniklerine başvuran hastalar ile sınırlandırılmıştır. Araştırmanın sonuçları sadece bu çalışma grubundaki hastalara genellenebilir.
- Araştırma verileri (gaz ve gaita çıkışı) hastaların öz bildirimlerine dayanmaktadır.
- Hastaların opioid analjezikler (*tramadol hidroklorür/petidin HCl/morfin*) ve antiemetik (*Metoklopramid HCl*) ilaç kullanımı GİS fonksiyonlarını etkilemektedir. Opioid analjezikler gastrointestinal motiliteyi azaltmakta, konstipasyona ve kolonda düz kas spazmlarına neden olmaktadır (Frandsen ve Pennington, 2013). Metoklopramid HCl alt özofageal sfinkter tonusunu artıran bir dopamin reseptör antagonistidir (Frandsen ve Pennington, 2013). Gastrik kontraksiyonları, duodenum ve jejunum motilitesini artırmakta, gastrik boşalmayı hızlandırmaktadır (Çekmen, Akçabay, Mahli ve Arslan, 2003; Tunay ve Ilginel, 2018). Çalışmada hastaların ameliyat sonrası dönemde bu ilaçları kullanımını tedavi süreci dışında bırakmak mümkün olamamıştır.
- Araştırmada hastaların oral alımı açıldıktan sonra beslenmesinde aldığı gıdalara müdahale edilememiştir.

Araştırmanın güçlü yönleri

- Araştırmanın randomize kontrollü olarak yürütülmesi,
- Çalışmanın örnekleminin cerrahi uygulama prosedürü ile tedavi sürecinin benzer olması amacıyla aynı hekimin yaptığı laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalardan oluşmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

Dünya genelinde her yıl yaklaşık 300 milyondan fazla birey cerrahi tedavi deneyimlemektedir (Weiser ve diğerleri, 2015). Cerrahiye neden olacak durumlar arasında gastrointestinal sistem sorunları ve bu sistem içinde de safra kesesine ait sorunlar yaygın görülmektedir (Çavuş ve Karaca, 2013). Kolelitiazis (safra kesesinde taş bulunması) tanılı hastalarda birincil tedavi yöntemi olarak cerrahi tedavi tercih edilmektedir (Tazuma ve diğerleri, 2017). Hastaların cerrahi tedavisinde açık ya da laparoskopik (kapalı) kolesistektomi olmak üzere iki teknik kullanılmaktadır (Abraham, Rivero, Erlikh, Griffith ve Kondamudi, 2014).

2.1. Laparoskopik Kolesistektomi

Günümüzde sağlık alanındaki modern teknolojik ve inovatif gelişmelerle birlikte, hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde birçok alanda uygulanabilen, hastaların daha az travma deneyimlemesini amaçlayan minimal invaziv yöntemlerin kullanımı yaygınlaşmıştır. Geleneksel yöntemlerin yerini alan minimal invaziv yöntemlerden biri de laparoskopik girişimlerdir (Darzi ve Purkayastha, 2013; Spaner ve Warnock, 1997).

Laparoskopi kelimesi Latince “laparo (karın)” ile “skop (izlemek)” kelimelerinin birleştirilmesinden oluşmuştur. Laparoskopi, abdomen duvarında oluşturulan insizyon alanından fiber optik kameraların kullanılarak iç organların görüntülenmesi olarak tanımlanmaktadır (Darzi ve Purkayastha, 2013).

Laparoskopik kolesistektomi, safra kesesinin laparoskopik yöntemle çıkarıldığı bir cerrahi türüdür. İlk kez 1985 yılında Mühe tarafından bir safra kesesi laparoskopik yöntemle çıkarılmış ve 1987 yılında ise Mouret tarafından pnömoperitoneum oluşturularak ilk laparoskopik kolesistektomi ameliyatı gerçekleştirilmiştir (Abraham ve diğerleri, 2014). Bu teknik 1990'lı yılların başından itibaren yaygınlaşarak safra kesesi taşlarının tedavisinde açık kolesistektominin yerini almış ve “*altın standart*” olarak kabul edilmiştir (Soper, Stockmann, Dunnegan ve Ashley, 1992).

Laparoskopik kolesistektomi; kolesistit (akut/kronik), semptomatik kolelitiazis, biliyer diskinezi (hipofonksiyon/hiperfonksiyon), safra taşı pankreatiti, safra kesesi kitleleri veya

poliplerinin tedavisinde endikedir (Gökakın, Atabey, Karakuş ve Aydın, 2012). Hastanın pnömoperitoneumu ya da genel anesteziyi tolere edememesi, koagülopati ve metastatik hastalık varlığı gibi kontrendike durumlar dışında tedavide açık cerrahinin yerine öncelikli olarak tercih edilmektedir (Darzi ve Purkayastha, 2013).

2.1.1. Laparoskopik kolesistektomi tekniği

Hastalar ameliyathanede öncelikli olarak monitörize edilir. Hastaya ameliyat için supine veya litotomi pozisyonları verilir (Arslantaş ve diğerleri, 2019). Güvenli cerrahi kontrol listesinin “*Anestezi Verilmeden Önce*” bölümü anesteziist tarafından doldurulur (İnternet, 2011). Hastaya endotrakeal genel anestezi indüksiyonu yapılır ve hasta entübasyonu sağlanır. Sonrasında abdomenin boyanması ve hastanın steril olarak örtülmesi işlemleri gerçekleştirilir. Cerrahi ekibin ameliyat masasına yerleşiminde; cerrah hastanın solunda, cerrahi asistanı ise hastanın sağında durarak abdomene giriş sağlanır (Bittner, 2004; Majumder, Altieri ve Brunt, 2020). Cerrahi girişimde sırasıyla; pnömoperitonyum oluşturulması, trokarların yerleştirilmesi ve safra kesesinin diseksiyonu yapılmaktadır (Ferdinando Agresta, 2014).

İlk aşamada pnömoperitonyumun oluşturulması için verres iğnesi kullanılır. Bu iğne, laparoskopik cerrahilerde abdomeni şişirmek için kullanılan yaylı bir iğnedir. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında verres iğnesi umblikusun hemen altından açılan insizyon alanından periton boşluğuna itilir ve iğne steril bir tüp aracılığıyla insüflatöre bağlanır. İnsüflatör cihazı karbondioksit gazı (CO₂) tankına bağlı bir gaz pompalayıcı cihazdır. İnsüflatör cihazı ve verres iğnesi yardımıyla, periton boşluğuna 3-4 litre CO₂ gazı verilerek ortalama 10-14 mmHg (en çok 15 mmHg) basınç olacak şekilde pnömoperitonyum oluşturulur. Abdomene CO₂ verilmesinin nedeni; cerrahi ekibe karın boşluğu, karaciğer ve safra kesesininin daha rahat görülebileceği ve laparoskopik aletlerin kullanılabileceği bir ortam oluşturmaktır. Ayrıca CO₂ maliyetinin yüksek olmaması, yanıcı özellikte olmaması, inhaler yol ile kolayca vücuttan atılması, emboli riskinin az olması tercih nedenleri arasındadır (Darzi ve Purkayastha, 2013).

Pnömoperitonyum oluştuktan sonra ameliyatta yerleştirilecek olan trokarların giriş yerleri için abdomene horizontal ya da vertikal 1-1,5 cm’lik üç küçük kesi daha yapılır (1 subksifoid ve 2 sağ subkosta). Trokarlar, laparoskopik aletlerin abdomen içine girip çıkmasını

kolaylaştıran özel borulardır. Trokarlar, abdomen içerisindeki CO₂ gazının dışarı kaçmasını engeller. Hastada epigastrik, sağ lateral subkostal ve sağ subkostal mid-klaviküler hatta genellikle 5 mm'lik trokarlar yerleştirilir. Hastaya görüş açısını daha net sağlamak amacıyla sola eğimli, 10⁰-15⁰'lik ters trandelenburg pozisyonu verilir (Arslantaş ve diğerleri, 2019; Perez ve Pappas, 2019).

Laparoskop, hem karın içini aydınlatan hem de görüntülenmesini sağlayan bir fiberoptik teleskoptur. Trokara yerleştirilen laparoskop yardımıyla safra kesesi (sistik) kanalı ve safra kesesi (sistik) arteri bağlanarak safra kesesi karaciğer üzerinden geri çekilir. Safra kesesi kameranın sokulduğu umblikusa yakın olan ya da ksifoidin altındaki insizyon alanından çıkarılır (Arslantaş ve diğerleri, 2019; Perez ve Pappas, 2019).

Safra kese çıkarıldıktan sonra abdomen içinde kanama kontrolü yapılır. Abdomendeki CO₂ gazı boşaltılır. Tüm trokarlar görüntüleme cihazı eşliğinde kontrol edilerek çıkarılır. İnsizyon alanının kapatılması ise cerraha özeldir. Ameliyat sonrası insizyonel herni oluşumunun önlenmesi için 5 mm'den büyük trokar giriş yerlerinin fasyal olarak kapatılması önerilmektedir. Ameliyat sırasında genellikle dren yerleştirilmemektedir. Ameliyatın ortalama süresi 30-60 dakikadır (Arslantaş ve diğerleri, 2019).

2.1.2. Laparoskopik kolesistektominin avantajları

Safra kesesi hastalıklarının cerrahisinde çoğunlukla laparoskopik kolesistektomi uygulanmaktadır (Saçlı ve diğerleri, 2017). Hastalarda ileri yaş, geçmiş abdominal cerrahi öyküsü, gangrenli kolesistektomi, safra kesesi kanseri, kontrolsüz koagülopati gibi açık cerrahi gerektiren özel durumlar dışında öncelikli olarak tercih edilmektedir (Abraham ve diğerleri, 2014). Laparoskopik yaklaşımın açık cerrahi girişim yerine tercih edilme nedenleri ve avantajları arasında;

- Komplikasyon gelişme riskinin daha az olması,
- Ameliyat sırasında görüntü alanı büyütüldüğünden, çok küçük boyuttaki tümör ve patolojilerin saptanmasının daha kolay olması,
- İnsizyon alanının küçük olması nedeniyle doku hasarının daha az olması,
- Olumlu kozmetik görüntü sağlama,
- Hastanın ağrısının kısa sürede kontrol altına alınabilmesi,

- Hastalarda enfeksiyon, abdominal yapışıklık, insizyonel herni gibi olası komplikasyonların gelişme riskinin daha az olması,
- Hastanın günlük yaşam aktivelerini erken sürede yerine getirebilmesi,
- Hastanın hastanede yatış süresinin kısa (1-2 gün ya da günübirlik cerrahi) olması,
- Hastane maliyetlerini azaltması nedeniyle laparoskopik cerrahinin kullanımı yaygınlaşması yer almaktadır (Bittner, 2004; Darzi ve Purkayastha, 2013; Rafiq ve Khan, 2016).

2.1.3. Laparoskopik kolesistektominin dezavantajları

Laparoskopik kolesistektominin birçok avantajı olmasının yanı sıra bazı dezavantajları bulunmaktadır. Bu olumsuz özellikleri arasında;

- Ameliyat sırasında doku ve organların büyütülerek ekran üzerinde gösterilmesi nedeniyle cerrah tarafından gerçek büyüklüklerinin algılanmasının zor olması,
- Cerrahin dokunma ve derinlik hissinin az olması,
- Büyük doku örneklerinin çıkarılmasının zorluğu,
- Ameliyat esnasında arteriyel kanamayı kontrol etmenin güç olması,
- İnflamasyon ya da yapışıklık olması durumunda işlemin uygulanamaması ve genellikle ameliyat sırasında açık cerrahiye geçilmesi,
- Tıbbi teknolojik cihaz kullanımı için cerrahın özel eğitime gereksinim duyması,
- Cihaz maliyetlerinin (özellikle üç boyutlu görüntüleme sağlayan) yüksek olması nedeniyle hastane giderlerini artırabilmesi yer almaktadır (Darzi ve Purkayastha, 2013; Rafiq ve Khan, 2016).

2.1.4. Laparoskopik kolesistektominin komplikasyonları

Laparoskopik kolesistektomi güvenli bir yöntem olarak bilinmesine rağmen cerrahi işlemlerin hiçbiri risksiz değildir. Mısır'da yapılan bir araştırmada laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hastalarda (n:230) komplikasyon görülme oranı %14,85'tir (Sarda ve Garg, 2018). Pakistan'da yapılan retrospektif bir çalışmada laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hastalarda (n:855) komplikasyon görülme oranı %6,8 olarak belirlenmiştir. Çalışmada 50 yaş üzeri, obez ve multi-morbiditeye (iki ya da daha fazla kronik hastalığa sahip olma durumunun) sahip bireylerde ameliyat sonrası

komplikasyon gelişme riskinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Amreek, Hussain, Mnagi ve Rizwan, 2019).

Literatürde laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda ameliyat sırası ve sonrası dönemde biliyer ya da non-biliyer çeşitli komplikasyonlar görülebildiği bildirilmektedir (Amreek ve diğerleri, 2019; Sharma ve Badal, 2019; Sonkar ve Somvanshi, 2021; Tazuma ve diğerleri, 2017). Ameliyat sırasında gelişmesi olası komplikasyonlar; kanama, ana safra kanalı ligasyonu, safra kesesi perforasyonu, duodenum perforasyonu ve ameliyatın açık cerrahi prosedürüne dönüşmesidir. Ayrıca ameliyat esnasında oluşan pnömoperitonyum nedeniyle emboli, vazovagal reaksiyon, ventriküler aritmi, hiperkapni ve asidoz gibi sorunlar görülebilir. Ameliyat sonrası dönemde ise görülmesi olası komplikasyonlar; cerrahi alan enfeksiyonu, sarılık (ikter), biliyer peritonit, fekal peritonit, koleperitoneum (safra peritoniti), safra kaçağı, ana safra kanalı taşı tutulumu, koledok lezyonları, sağ hepatik kanal lezyonları, umbilikal herni, kardiyak aritmi, solunum problemleri, hipotermi, omuz ağrısı, subkütanöz amfizem, emboli, arteriyel kanama ve ani ölümdür (Amreek ve diğerleri, 2019; Fagiri, Başak ve Nergiz, 2021; Sharma ve Badal, 2019; Sonkar ve Somvanshi, 2021; Tazuma ve diğerleri, 2017; Uyanıklıoğlu ve Kesküş, 2013).

2.2. Abdominal Cerrahi Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarını Etkileyen Etmenler

Abdominal cerrahi geçiren hastalar ameliyat sonrasında; gaz çıkaramama, bağırsak seslerinin azalması ya da olmaması, abdominal ağrı, distansiyon, konstipasyon, bulantı ve kusma gibi gastrointestinal sisteme ilişkin sorunlar ortaya çıkmaktadır (Darzi ve Purkayastha, 2013). Olası bu sorunlar genellikle perioperative süreçteki cerrahi stres, şiddetli ağrı, anestezi, antiemetik ve opioid ilaç kullanımı gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanmaktadır. Ameliyat sonrasında gelişebilecek sorunların nedenlerinin iyi anlaşılması, bu sorunların önlenmesini ve erken dönemde fark edilmesini sağlayacaktır (Graham, 2008).

2.2.1. Cerrahi türü

Cerrahi sonrası bağırsak fonksiyonlarını etkileyen etmenlerden biri cerrahinin açık ya da kapalı (laparoskopik) yöntemle yapılmasıdır. Açık abdominal cerrahi girişimlerde bağırsakların işlem sırasında elle tutulması peristaltizmi yavaşlatmaktadır. Laparoskopik

cerrahide ise minimal invaziv yöntemler kullanılması nedeniyle açık cerrahiye göre ameliyat sonrası gastrointestinal sisteme ilişkin sorunların görülme riski daha azdır. Ancak laparoskopik abdominal girişimlerde ameliyat bölgesinin rahat görünebilmesi için CO₂ gazı ile 10-15 mmHg basıncında pnömoperitonyum oluşturulmaktadır. Bu basınç normalde 7-10 mmHg olan portal sistem basıncından daha fazladır. Abdomende yüksek venöz basınç oluşması nedeniyle organlara giden kan akımının azaldığı ve bağırsakları uyaran sinirler hipoksiye uğradığından bağırsak motilitesinin azaldığı bildirilmektedir (Darzi ve Purkayastha, 2013).

Abdominal cerrahi girişimlerde visseral peritonun insizyonu otonom sinir sisteminde sempatik sistemini uyarmakta ve parasempatik sinir sistemini baskılanmaktadır. Parasempatik sinir sisteminde “*dinlen ve sindir*” tepkisinin baskılanması gastrointestinal motilitenin azalması, gastrik boşalmanın gecikmesi, bağırsak hareketlerinin azalması ya da hiç olmaması durumlarına neden olmaktadır (Akyüz ve Leblebici, 2012).

2.2.2. Stres tepkisi

Cerrahi girişimler hastada stres mekanizmasını uyarak vücutta endokrin, metabolik ve immünolojik değişikliklere neden olmaktadır. Cerrahi stres nedeniyle uyarılan hipotalamus sempatik sinir sistemi ve hipofiz bezini uyarmaktadır. Katekoleminlerden biri olan norepinefrin (noradrenalin) salgılanarak gastrointestinal sistem motilitesini azaltmaktadır (Akyüz ve Leblebici, 2012). Kanama, hipovolemi, hipotermi, doku ödemi, sistemik inflamasyon, yetersiz doku perfüzyonu, açlık, immobilizasyon gibi durumlar cerrahi stresi artırdığından gastrointestinal motiliteyi etkilemektedir (Augestad ve Delaney, 2010). Günümüzde cerrahi stres yanıtının olumsuz etkilerini önlemek için ameliyat öncesinde preoptimizasyonun sağlanması, açlık süresinin uzun olmaması, ameliyat sırasında minimal invaziv yöntemler, epidural analjezi uygulaması ve ameliyat sonrasında hastanın erken mobilizasyon gibi yöntemler önerilmektedir (Helander ve diğerleri, 2019). Ayrıca abdominal cerrahi geçiren hastalarda gevşeme egzersizleri, bilişsel-davranışçı terapiler, bilinçli farkındalık, anlatısal tıp, hipnoz, baş etme stratejilerinin geliştirilmesi gibi yöntemler cerrahi stresi azaltmada kullanılmaktadır (Villa ve diğerleri, 2020).

2.2.3. Kullanılan ilaçlar

Cerrahi hastaları ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde çeşitli ilaçlar kullanabilmektedir. Hastalara yapılan genel anestezi, opioid analjezik ve antiemetik ilaç verilmesi ameliyat sonrası dönemde bağırsak motilitesini etkilemektedir (Çekmen ve diğerleri, 2003; Frandsen ve Pennington, 2013; Tunay ve Ilginel, 2018).

Genel anestetik ajanlar; tüm vücut sistemlerindeki fonksiyonları genel olarak baskılamaktadır. Hastalarda gastrointestinal sistem hareketleri ve metabolik aktivite anestezi nedeniyle yavaşlamaktadır. Gastrointestinal sistemde yaygın görülen komplikasyonları bulantı ve kusmadır (Sagün, Azizoğlu ve Birbiçer, 2021). Dengeli anesteziyi sağlamak için benzodiazepinler, analjezikler, inhalasyon anestezi, intravenöz anestezi ve kas gevşeticiler (nöro-musküler blokerler) olmak üzere beş ilaç sınıfı için kullanılır. İnorganik inhalasyon ajanı olan nitroz oksit kanda nitrojenden daha yüksek çözünürlüğü olması nedeniyle kapalı vücut boşluklarında yayılır ve genişir. Bu durum ameliyat sonrasında bağırsaklarda aşırı basınç hissi, bulantı ve kusma durumlarına neden olabilir.

Opioid analjezikler; gastrointestinal sekresyonları artırmakta, özofagus sfinkteri tonusünü azaltmakta, gastrik boşaltmayı geciktirmektedir. Bu nedenlerle gastrointestinal motilite azaltmaktadır. Ayrıca gastrointestinal sistemde bulantı, kusma, konstipasyon ve kolonda düz kas spazmları gibi yan etkilere neden olmaktadır (Frandsen ve Pennington, 2013).

Metoklopramid HCl alt özofageal sfinkter tonusunu artıran bir dopamin reseptör antagonisti bir antiemetik türüdür (Frandsen ve Pennington, 2013). Vücut dokularını asetilkoline duyarlı hale getirir. Gastrik kontraksiyonları, duodenum ve jejunum motilitesini artırmakta, gastrik boşaltmayı hızlandırmaktadır (Çekmen ve diğerleri, 2003; Tunay ve Ilginel, 2018).

2.2.4. Ameliyat sonrası ağrı

Laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye göre daha az ağrılı bir girişim olduğu bilinmesine rağmen tamamen ağrısız bir işlem değildir (Rafiq ve Khan, 2016). Almanya’da 50,523 hastanın ameliyat sonrası 1. günde ağrı skorunun değerlendirildiği çok merkezli bir çalışmada, hastaların minör cerrahi girişimler (apendektomi, tonsillektomi, kolesistektomi) sonrasında majör girişimlere göre daha şiddetli ağrı deneyimledikleri bildirilmiştir (Gerbershagen ve diğerleri, 2013). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; laparoskopik

kolesistektomi geçiren hastaların %95,1'inin ameliyat sonrası hemen başlayan ağrı deneyimleri olduğu belirlenmiştir. Hastalar en fazla abdomen olmak üzere, sütur alanında ve omuz bölgesinde ağrı hissettiğini bildirmiştir (Leblebici, Dincer, Savcı, Soyhan ve Alimoğlu, 2022). Laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalarda genellikle somatik (parietal), visseral ve omuz ağrısı görülmektedir. Abdomene trokarların girmesiyle oluşan abdominal travma somatik ağrıya, intraabdominal girişimler ise visseral ağrıya neden olmaktadır. Ayrıca ameliyat sırasında karın içine verilen CO₂ gazı nedeniyle hastalarda omuz ağrısı görülmektedir. Hastaların omuz ağrısı deneyimlemesinin nedeni abdomende pnömoperitonyum oluştuktan sonra intraabdominal basınçta artış, peritonda gerilme, diyafragmada irritasyon ve diyafragmatik kas liflerinin gerilmesi durumlarının ortaya çıkmasıdır (Acar ve Aygin, 2016). Ameliyat sonrası dönemde kontrol altına alınmayan akut ağrı cerrahi stres mekanizmasının ortaya çıkmasına ya da devam etmesine neden olabilir. Cerrahi girişim ve stres nedeniyle vücut sistemleri üzerinde kardiyak problemler, solunum fonksiyonunun azalması, kas spazmı, üriner disfonksiyon, nöroendokrin değişiklikler ve bağırsak motilitesinde azalma gibi olumsuz durumlar görülebilir. Sempatik sinir sistemi uyarılır, düz kas tonüsü azalır ve gastrointestinal sistemde baskılanmaya neden olur (Akyüz ve Leblebicier, 2012). Bu durum hastalarda bulantı, kusma, konstipasyon, abdominal distansiyon ve ileus gibi ilave gastrointestinal sistem sorunlarına neden olabilmektedir (Acar ve Aygin, 2016).

2.2.5. Bağırsak alışkanlığı

Hastanın ameliyat öncesi dönemdeki bağırsak alışkanlığı ameliyat sonrası dönemdeki gaz ve gaita çıkış zamanını etkileyen bir faktördür. Ameliyat öncesi dönemde konstipasyon sorunu olan hastaların ameliyat sonrası dışkılamada sorun yaşayabilmektedir. Genel cerrahi kliniğinde yapılan bir çalışmada, hastaların ameliyat öncesi defekasyon sıklığının azalmasının ameliyat sonrası konstipasyon riskini önemli düzeyde arttığı saptanmıştır (Ucuzal ve Aldanmaz, 2015). Ayrıca kolesistektomi ameliyatlarında batın içerisinde rezidüel intraperitoneal CO₂ gazı olması nedeniyle konstipasyon riski artmaktadır (Darzi ve Purkayastha, 2013).

2.2.6. Sıvı-elektrolit dengesi

Hastaların perioperatif dönemdeki sıvı tedavileri bağırsak motilitesini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Serbest, kısıtlayıcı (liberal) ve hedefe yönelik (bireyselleştirilmiş) sıvı tedavisi olmak üzere üç bölümde değerlendirilebilir. Serbest sıvı tedavisinde damar için büyük volümlü sıvı verilmesi doku ödemi gelişimine ve gastrointestinal sistem fonksiyonlarında bozulmaya neden olur. Kısıtlayıcı sıvı tedavisinde ameliyat sonrası bağırsak sorunlarını önlemek için tercih edilen idame sıvılar (1-1,25 µmL/kg/saat) izotonik dekstroz-salin kristaloid solüsyonudur. Hedefe yönelik sıvı tedavisine göre perioperatif dönemde aşırı tuz ve su yüklenmesi postoperatif dönemde gastrointestinal sistem fonksiyonlarının normale dönmesini geciktirmektedir (Miller ve Myles, 2019). Sayılan ve Topçu'nun (2022) laparoskopik cerrahi geçiren hastalarla yürüttükleri çalışmada ameliyat sonrası 1. günde oral alınan sıvı miktarı ile ilk gaz çıkışı süresi arasında pozitif korelasyon bulunurken, ameliyat sonrası 2. gün ise tüketilen sıvı miktarıyla hem gaz hem de gaita yapma süresi arasında negatif bir ilişki saptanmıştır.

Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemlerde sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması ve devam ettirilmesi cerrahi hemşiresinin hasta bakım hedeflerinden biridir. Ameliyat sonrası dönemde hastalarda ileus gelişme riski nedeniyle sıvı-elektrolit düzeyleri (özellikle sodyum, potasyum, magnezyum ve kalsiyum) takip edilmelidir. Hastalarda perioperatif süreçte ortaya çıkabilecek hipovolemi, hiponatremi, hipokalemi, hiperkalsemi, hipermagnezemi gibi sıvı-elektrolit dengesizlikleri ameliyat sonrasında bağırsak hareketlerinin başlamasında geciktirmeye neden olabilir (Miller ve Myles, 2019).

2.2.7. Yaş

İleri yaş (65 yaş üzeri) ile birlikte tüm vücut sistemindeki fizyolojik aktiviteler gibi gastrointestinal sistemdeki aktiviteler de azalmaktadır. Sindirim enzimlerinde azalma, sekresyonlarda azalma, mide ve bağırsak hareketlerinde azalma, konstipasyon gibi sorunlar görülmektedir (Ağar, 2020; Olgun, Aslan, Yücel, Öntürk ve Laçın, 2013; Scharfenberg, Raue, Junghans ve Schwenk, 2007).

2.2.8. Geçmiş cerrahi girişimler

Hastanın geçmiş cerrahi öyküsünde olumsuz deneyimlere sahip olması, anksiyete ve korku düzeyini artırmakta, cerrahi stres mekanizmasının uzun sürmesine neden olmaktadır. Geçmiş abdominal cerrahi öyküsü olan hastalarda laparoskopik kolesistektominin kontrendike olmadığı ancak geçmişte üst batin ameliyatı geçirmek ameliyat süresini artırdığı bildirilmektedir (Akyurek ve diğerleri, 2005). Ayrıca geçmiş abdominal cerrahi öyküsü abdominal yapışıklık riskini artıracığından laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye dönme riski de artmaktadır. Bu nedenler gastrointestinal sistem fonksiyonlarını etkilemektedir (Yu, Chen, Wang ve Wei, 1994).

2.3. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Yapılan Hastanın Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olacak hastanın ameliyat öncesi dönem bakım sürecinde, genel ameliyat öncesi bakım ilkeleri uygulanmaktadır (Özkan, 2019). Hastalar genellikle ameliyattan bir gün önce ya da ameliyat sabahı kliniğe kabul edilmektedir. Klinik hemşiresi kendini tanıtarak hastayı servise kabul eder. Hastanın tanıtıcı özellikleri, özgeçmiş, soygeçmiş, mevcut sağlık sorunu öyküsü ile vücut sistemlerindeki mevcut sorunlar “*Hemşire Tanılama Formuna*” kaydedilir. Akut veya kronik kolesistit nedeniyle cerrahi planlanan hastalar safra kesesinde enfeksiyon ya da tıkanmaya bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonlar yönünden takip edilmelidir. Hasta ve yakınlarına hasta odası, banyo ve tuvalet alanları tanıtılır. Hastane ve klinik kuralları hakkında (yemek, ziyaretçi, ilaç, hemşire vardiya değişimi, doktor ziyaret saatleri gibi) eğitim verilir. Hastaya yatak kullanımı ile çağrı ziliinin yeri ve kullanımı öğretilir. Hasta güvenliğini sağlamak için kimlik tanımlayıcı (bilek bandı) kullanımının önemi açıklanır. Hasta ve hasta yakınına verilen eğitimler ilgili formlara kaydedilir. Bu süreçte hasta ve hasta yakınlarının varsa soruları yanıtlanır (K. S. Gurusamy, Vaughan ve Davidson, 2014; Özkan, 2019; Turunen, Miettinen, Setälä ve Julkunen, 2017).

Genellikle laparoskopik kolesistektomi ameliyatları elektif cerrahi olduğundan hastaların ameliyat öncesinde ön hazırlık süreci olmaktadır. Hasta ile hasta yakınları ameliyat günü öncesinde ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönem hakkında bilgilendirilmelidir (Abdelhafiez, Hegazy, Nada ve Abdelatif, 2021; Sadati ve diğerleri, 2013). Hastaya ameliyat öncesi dönemde açlık süresi, cilt hazırlığı ve antibiyotik profilaksisi hakkında bilgilendirme

yapılır. Ameliyat sırasına ilişkin genellikle anestezi türü, tahmini ameliyat süresi, ayılma ünitesinde kalma süresi gibi konulara yer verilmektedir. Hastalara ameliyat sonrasında erken mobilizasyonun ve erken oral alım önemi bu dönemde açıklanmalıdır. Ameliyat sonrası solunum fonksiyonlarını artırmak için yapılacak derin solunum ve öksürük egzersizleri, solunum egzersiz cihazı (spirometre) kullanımı öğretilmelidir (Kumar ve diğerleri, 2016). Bu eğitimler hasta ve ailesinin gereksinimleri belirlenerek yazılı, görsel ve işitsel eğitim materyallerinden faydalanılarak uygulanmalıdır. Hastaların ameliyat öncesi eğitim almaları anksiyete düzeyleri ve postoperatif komplikasyon riskini azaltmakta böylece hasta bakım sonuçlarını olumlu etkilemektedir (Bilecen ve Aksu, 2022; K. S. Gurusamy ve diğerleri, 2014; Sadati ve diğerleri, 2013; Toğaç ve Yılmaz, 2021).

Hasta ameliyathaneye transfer edilmeden önce Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin "*Klinikten Ayrılmadan Önce*" bölümü hemşire tarafından kontrol edilerek doldurulur. Hasta ameliyathaneye klinik hemşiresi tarafından teslim edilir (İnternet, 2011; Çiftçioğlu ve Kuzu, 2022).

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hemşirelik bakımı; akut ağrı yönetimi, bulantı ve kusmanın önlenmesi, kanama kontrolü, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, kardiyak, renal ve santral sinir sistemi fonksiyonlarının sağlanması, bağırsak fonksiyonlarının uyarılması ve komplikasyonların önlenmesi gibi tüm cerrahi geçiren hastalara uygulanan bakım ilkelerini içermektedir. Hemşirelik bakımının hedefleri; olası komplikasyonların önlenmesi, hasta konforunun sağlanması ve hastanın taburculuğa hazırlanmasıdır (Graham, 2008; Özkan, 2019).

Ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşamsal bulguları değerlendirilir. Ameliyat sırasında karın boşluğunu şişirmek için kullanılan CO₂ nedeniyle hastalarda omuz ağrısı, cerrahi girişime bağlı olarak akut ağrı gelişmektedir (Leblebici ve diğerleri, 2022). Hastaların ağrısı objektif ölçüm araçlarıyla tanımlanmalı, ağrıyı azaltan ve artıran durumlar belirlenmelidir. Hastalara analjezik ilaçlarını düzenli kullanmaları konusunda bilgi verilmelidir (Özkan, 2019).

Laparoskopik cerrahilerin sonrasında vücuttan atılamayan ya da geç atılan CO₂ gazı frenik sinir ve diyaframı uyarak solunum sistemi sorunlarına neden olmaktadır. Bu nedenle vücuttan CO₂ atılımını hızlandırmak için hastaya sims pozisyonu verilmelidir. Hastanın

solunum sayısı, hızı ve derinliği değerlendirip kaydedilmelidir. Hastalar düzenli olarak derin solunum ve öksürük egzersizleri yapmaları, spirometre kullanımı için desteklenmelidir (Özkan, 2019).

Hastanın bulantı ve kusmasının kontrol altına alınmaması hastaların erken oral alıma geçiş süresini geciktireceği için kontrol altına alınmalıdır. Hekim istemine göre antiemetik ilaçlar uygulanmalıdır. Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı miktarı kaydedilmelidir (Özkan, 2019).

Hastaların bağırsak fonksiyonları değerlendirirken bağırsak sesi ve dakikadaki sayısı, ilk gaz çıkarma süresi, ilk defekasyon süresi, abdominal distansiyon olup olmadığı değerlendirilerek Hemşire Gözlem Formuna kaydedilmelidir (Darzi ve Purkayastha, 2013; Ucuzal ve Aldanmaz, 2015). Hastaların bağırsak fonksiyonlarını hızlandırmak için erken mobilize edilmeli, erken oral alıma başlanmalı, opioid kullanımından kaçınılmalı ve multimodal yaklaşım uygulanmalıdır. Hastalar anestezinin etkisi geçtikten sonra en erken sürede mobilizasyona başlamalıdır (Özkan, 2019).

Laparoskopik kolesistektomi geçiren hastalara hemşireler tarafından taburculuk eğitimi verilmesi önemlidir. Eğitimin içeriğinde; ameliyat sonrası beslenme, yara yeri bakımı, olası komplikasyonların (enfeksiyon, ağrı vb.) belirti ve bulguları, komplikasyonların ortaya çıktığı durumlarda yapılacaklar, günlük yaşam aktivitelerinde (banyo yapma, egzersiz, işe dönüş vb.) dikkat edilmesi gerekenler, ilaç kullanımı, doktor kontrolü zamanı gibi konuları kapsamalıdır (Bilecen ve Aksu, 2022; Çakır ve Yılmaz, 2018; Gurusamy ve diğerleri, 2014).

2.4. Ameliyat Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

Cerrahi hemşireleri ameliyat sonrasında hastaların bağırsak fonksiyonlarını değerlendirmeli, hemşirelik girişimlerini uygulamalı ve sonrasında bu girişimlerin sonuçlarını yeniden değerlendirmelidir. Hastaların ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonlarını değerlendirmek için bağırsak hareketleri, gaz çıkarma durumu, defekasyona çıkma durumu sorgulanmalıdır (Massey, 2012).

Literatürde, özellikle abdominal cerrahi sonrasında hastaların bağırsak fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla, bağırsak seslerinin dinlenmesi gerektiği bildirilmektedir (Enç ve diğerleri, 2017). Bağırsak seslerini dinlemeden önce stetoskopun diyaframı avuç içinde ısıtılmalı, stetoskop abdomenin dört kadrından birine yerleştirilmelidir. Bağırsak sesleri

abdomenin her bir kadranında en az bir dakika süreyle dinlenmelidir. Bağırsak sesleri dakikada dördün altındaysa hipoaktif, 4-12 arasındaysa normal ve 12'nin üstüneyse hiperaktif olarak değerlendirilir. Hemşireler tarafından oskültasyon sonrasında bağırsak seslerinin sayısı, sıklığı ve özellikleri (var/yok, artmış/azalmış, hipoaktif/hiperaktif) Hemşire Gözlem Formu'na kaydedilir (Kirton, 1997).

2.5. Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması İçin Uygulanacak Girişimler

Günümüzde kanıta dayalı uygulamalara temellendirilmiş ERAS protokollerinin, ameliyat sonrası dönemde uygulanması gereken öğelerinden biri "*gastrointestinal motilitenin uyarılması*"dır (Bozkırlı ve diğerleri, 2012). Erken dönemde gastrointestinal sistemin uyarılmaması hastalarda gaz çıkaramama, bağırsak hareketinin olmaması, karın ağrısı, abdominal distansiyon, bulantı ve kusma, konstipasyon gibi sorunlara hatta ileus komplikasyonunun görülmesine neden olmaktadır (İzveren ve Dal, 2011; Taşdemir ve Çelik, 2011; Veličković ve diğerleri, 2020). Bu sorunların gelişmesi hastalarda sıvı-elektrolit dengesinin bozulması, iyileşme süresinde gecikme, konforda azalma, hastanede yatış süresinde uzama, sağlık hizmet bakımı ile ilişki enfeksiyon riskinin artması gibi yeni sorunlara neden olmaktadır (Lassen ve diğerleri, 2009).

Ameliyat sonrası olası ileus komplikasyonunu önlemek için ERAS protokollerine göre multimodal yaklaşım önerilmektedir. Ameliyat sırasında aşırı sıvı yüklenmesinden kaçınılmasının, intravenöz opioid analjezi yerine midtorasik epidural analjezinin, açık cerrahi yerine ise laparoskopik cerrahinin tercih edilmesinin gastrointestinal motilitenin uyarılmasında olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Ameliyat sonrasında aşırı sıvı yüklenmesinden, opioid türevi analjezik kullanımından kaçınılması ve hastaların oral magnezyum oksid (2x1 gr/gün) kullanması önerilmektedir (Lassen ve diğerleri, 2009). Hastaların bağırsak motilitelerini arttırmak amacıyla farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri birlikte kullanılmaktadır. Literatürde hasta eğitimi, erken mobilizasyon, erken beslenme, erken oral hidrasyon (su, ılık su, çay ya da kahve tüketilmesi), abdominal masaj, sakız çiğneme, sıcak uygulama, akupunktur, akupressur gibi farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımının bağırsak motilitelerini arttırmada yararlı olduğu bildirilmektedir (Çalışkan ve diğerleri, 2016; Duluklu ve Celik, 2020; Güngördük ve Özdemir, 2021; Irmak ve Bulut, 2021; Terzioğlu ve diğerleri, 2013; Turan ve Yağmur, 2021; Urcanoğlu ve Yıldız,

2021). Bu yöntemler farmakolojik tedavinin olası yan etkilerini önlemesi, ekonomik olması, uygulama kolaylığı gibi avantajları olması nedeniyle tercih edilmektedir.

2.5.1. Hasta eğitimi

Ameliyat öncesi dönemden başlanarak, laparoskopik kolesistektomi cerrahi geçiren hastalara sağlık bakım profesyonelleri tarafından hastalara eğitim ve danışmanlık verilmelidir. Multidisipliner bir ekip (cerrah, anesteziist ve hemşire) tarafından verilen yapılandırılmış hasta eğitiminin kolesistektomi ameliyatı olan hastaların ağrı, anksiyete ve günlük yaşam aktiviteleri üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır (Goktas, Tosun, Gezginci, Onuk ve Keğin, 2021). Ülkemizde yapılan bir çalışmada laparoskopik kolesistektomi ameliyatı öncesinde hastaların %28,2'sinin ameliyat ile ilgili bilgi almadıkları ve hemşirelerin hasta eğitimi sürecinde etkin rol almadıkları belirlenmiştir (Çakır ve Yılmaz, 2018). Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrasında hastalar özellikle hastalık tedavisi ve komplikasyonları konusunda eğitime ihtiyaç duymaktadır (Bilecen ve Aksu, 2022). Laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların eğitimlerinin sözel anlatım, yazılı materyaller (broşür), video, etkileşimli video, ses kaydı, web destekli eğitim araç-gereçleri aracılığıyla verildiği bildirilmektedir (Gurusamy ve diğerleri, 2014). Görsel-işitsel materyallerin kullanıldığı bireyselleştirilmiş eğitim programının hastaların ağrı ve kaygılarını azalttığı, yaşamsal bulgularını olumlu etkilediği ve konforlarını artırdığı saptanmıştır (Toğaç ve Yılmaz, 2021). Elektif laparoskopik kolesistektomi sonrası hasta eğitiminin etkinliğinin değerlendirildiği bir sistematik derleme, hasta eğitimi alan bireylerin tedavi sürecine ilişkin bilgisinin ve hasta memnuniyetinin daha fazla olduğu, anksiyetenin ise daha az olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hasta eğitiminin tek seans yapılması yerine tekrarlı yapılmasının hastaların bilgi düzeyini artırdığı bildirilmektedir (Gurusamy ve diğerleri, 2014).

2.5.2. Erken mobilizasyon

Ameliyat sonrası dönemde bağırsak motilitesinin uyarılmasını sağlayan, ERAS protokollerinin önemli parametrelerinden biri erken mobilizasyondur (Lassen ve diğerleri, 2009). Mobilizasyon süresinin gecikmesi hastalarda sırt ağrısı, solunum sistemi sorunları, derin ven trombozu riski, insülin direncinin artması, kas kaybı, kas gücünde azalma, dokuların oksijenlenmesinde azalma, basınç yaralanması, abdominal distansiyon ve düşme

riski gibi sorunlara neden olmaktadır (Lassen ve diğerleri, 2009; Pashikanti ve Ah, 2012; Vather ve Bissett, 2013). Ancak ameliyat sonrasında şiddetli ağrı, bulantı ve kusma, halsizlik, yorgunluk olması, yeni komplikasyonların gelişimi, sıvı tedavisi, dren, kateter gibi tıbbi ekipmanların kullanımı gibi durumlar hastaların erken ve yeterli mobilize olmamasına neden olmaktadır (Gustafsson ve diğerleri, 2019; Liebermann ve diğerleri, 2013; Mathiasen ve diğerleri, 2021; Nishijima ve diğerleri, 2020). Hastaların ameliyat günü iki saat ve taburculuğa kadar altı saatten daha fazla süreyle günlük yatak dışı aktivite yaparak geçirmesi ERAS protokollerinde önerilmektedir. (Gustafsson ve diğerleri, 2019; Lassen ve diğerleri, 2009).

Literatürde erken mobilizasyona yönelik araştırmalar incelendiğinde; ilk mobilizasyon zamanının kesin olarak belirlenmediği görülmektedir (Hu, McArthur ve Yu, 2019; Koyuncu ve Iyigun, 2021; Raskh ve diğerleri, 2021). Bu çalışmalarda; mobilizasyon sıklığı, ilk mobilizasyon uygulayıcısı (hemşire ya da hekim), uygulama protokolü, mobilizasyonun değerlendirilmesi (adımsayar, giyilebilir teknoloji, yürüme çizelgesi vb.) gibi farklılıklar bulunmaktadır. Ancak yapılandırılmış erken mobilizasyon protokolünün, hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesinde olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir (Hu ve diğerleri, 2019; Koyuncu ve Iyigun, 2021). İsveç'te yapılan bir çalışmada; abdominal cerrahi sonrasında hastaların iki saat içerisinde mobilize edildiği bildirilmektedir (Raskh ve diğerleri, 2021). Ülkemizde laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalarla yürütülen bir çalışmada hastaların ameliyat sonrası 1. ve 7. saatler arasında her saat mobilizasyon süresi değerlendirilmiş ve hastaların her saat yaklaşık olarak 3-10 dakika arasında mobilize olduğu belirlenmiştir (Urcanoglu ve Yıldız, 2021). Çalışmada bağırsak motilitesini artıran girişimin (sakız çiğneme) hastaların mobilizasyon süresini artırdığı belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından yapılan mobilizasyon programının açık kolesistektomi yapılan hastalarda ilk gaz çıkışı, ilk gaita çıkışı ve hastane kalış süresini kısalttığı bildirilmiştir (Aldemir ve Sayılan, 2020). Laparoskopik kolesistektomi sonrası 4. saatte erken mobilizasyonu sağlanan hastaların, 6. saatte mobilize olan hastalara göre karın ağrısı şikayetlerinin azaldığı ve konfor düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (Başar, 2019).

Ameliyat öncesinde hasta ve yakınları erken mobilizasyona ilişkin bilgilendirilmelidir. Hastaya özel hemşirelik bakım planı geliştirilmelidir. Cerrahi kliniklerinde erken mobilizasyon protokollerinin multidisipliner ekip tarafından geliştirilerek (hekim, hemşire, fizyoterapist) işbirliği içerisinde uygulanması hasta bakım kalitesini artıracaktır (Mathiasen

ve diğerleri, 2021; Pashikanti ve Ah, 2012; Raskh ve diğerleri, 2021). Hemşire liderliğinde yapılan ilk mobilizasyonlar için; hastanın yaşamsal bulguları kontrol edilmesi, hastanın günlük mobilizasyon hedefinin belirlenmesi, hastanın yatak dışı aktiviteler için desteklenmesi, mobilizasyon günlüğünün oluşturulması önerilen hemşirelik girişimleri arasında yer almaktadır (Lassen ve diğerleri, 2009).

2.5.3. Erken beslenme

Ameliyat sonrası dönemde ERAS protokolü öğelerinden biri erken beslenmedir. Besin alımı intestinal hormonların salınımını uyararak gastrointestinal motiliteyi artırmaktadır. Ancak ameliyat sonrasında geleneksel tedavi yaklaşımındaki açlık sınırlaması, komplikasyon gelişimi (ileus, bulantı ve kusma), nazogastrik tüp kullanımı, iştahta azalma gibi nedenlerle hastaların oral alıma başlaması gecikmektedir (Bisgaard ve Kehlet, 2002). Abdominal cerrahi geçiren hastalarda erken oral beslenmenin hastanede kalış süresini, ağrı düzeyini ve postoperatif ileus gelişme riskini azalttığı bildirilmektedir (Masood, Viqar, Zia ve Ghani, 2021). Elektif laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarla yürütülen bir çalışmada, bir grup hastaya ERAS protokolü diğer gruba ise geleneksel tedavi süreci uygulanmıştır. ERAS protokolü uygulanan hastalarda ameliyattan 30 dakika sonra intravenöz sıvıların verilmesi durdurulmuş, hastalar ameliyat sonrası 1. saat içinde su içmeleri ve mümkün olan en erken sürede katı gıda almaları için teşvik edilmiştir. Geleneksel yaklaşım uygulanan hastalara hekim istemine göre ameliyattan yaklaşık 4-6 saat sonra oral diyetle başlanmış ve oral alım başlayana kadar hastalara intravenöz sıvılar 1,5 mL/kg/sa olacak şekilde verilmiştir. Araştırmada ERAS protokolüne göre ameliyat sonrası erken dönemde beslenen hastaların açlık, susuzluk düzeyi ve yorgunluk deneyimlerinin daha az olduğu belirlenmiştir (Udayasankar, Udupi ve Shenoy, 2020).

2.5.4. İlk su tüketimi

Hastaların ameliyat sonrası dönemde oral yolla almayı tercih ettikleri ilk gıda genellikle sudur (Bozkırlı ve diğerleri, 2012; Taşdemir ve Çelik, 2011). Su tüketimi, ameliyat sonrası erken dönemde gastrointestinal sistemi olumlu etkilediğinden önerilmektedir (Çalışkan ve diğerleri, 2016; Wu ve diğerleri, 2019). Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan yaklaşık 1700 hastayla yürütülen bir çalışmada, ayılma ünitesinde hastalara sınırlı miktarda (3 ml/kg) su verildiğinde erken oral hidrasyon tolerasyonlarının iyi olduğu ve güven içerisinde

uygulanabileceği bildirilmiştir (Wu ve diğerleri, 2019). Abdominal jinekolojik cerrahi geçiren hastalarla yürütülen bir çalışmada ameliyat sonrası 2. ve 4. saatler arasında 45-50 ml miktarında suyun sonrasında ise bağırsak sesi ve gaz çıkımı olana kadar her saat 100 ml su verilmesinin yararlı olduğu bildirilmektedir (Terzioğlu ve diğerleri, 2013). Bir başka çalışmada; laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası 4. saatte 200 ml ılık su tüketiminin ilk gaz çıkarma süresini, ilk defekasyon süresini ve hastanede yatış süresini kısalttığı belirlenmiştir (Çalışkan ve diğerleri, 2016).

2.5.5. Kahve tüketimi

Kahve, vücudun birçok mekanizmasını etkileyen popüler bir içecek türüdür (Kaya ve Toker, 2019). Kolonda motor aktiviteyi artırarak gastrin salınımını uyarmakta ve prokinetik (bağırsak hareketi sıklığını artıran) özellik göstermektedir. Bu nedenle gastrointestinal motiliteyi etkilemektedir (Güngördük ve Özdemir, 2021).

Kahve tüketimi ile bağırsak hareketleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar 1990'lı yılların başından itibaren literatürde yer almaktadır. Bu araştırmalarda kafeinli kahve tüketiminin bağırsak motilitesini uyarmada etkili olduğu bildirilmiştir (Brown ve diğerleri, 1990; Rao ve diğerleri, 1998). Son 10 yıldır ise cerrahi hastalarının ameliyat sonrası kahve tüketiminin bağırsak fonksiyonlarına etkilerinin incelendiği araştırmaların sayısı artmıştır. Araştırmalar genellikle kolorektal (Dulskas ve diğerleri, 2015; Gehrer ve diğerleri, 2019; Hayashi, Tsunoda, Shiraishi ve Kusanagi, 2019; Müller ve diğerleri, 2012; Piric ve diğerleri, 2015) ve jinekolojik (Güngördük ve diğerleri, 2020; Güngördük ve diğerleri, 2017) cerrahi geçiren hastalarla yürütülmüştür.

Abdominal cerrahi geçiren hastaların kahve tüketiminin bağırsak fonksiyonları üzerine etkisinin incelendiği sistematik derleme ve meta-analizlerde kahve tüketiminin ilk bağırsak hareketini (Gkegkes ve diğerleri, 2020; Yang ve diğerleri, 2022), ilk gaz çıkışını (Gkegkes ve diğerleri, 2020; Kane, Tubog ve Schmidt, 2020) ve ilk defekasyon süresini (Cornwall, Edwards, Curran ve Boyce, 2020; Watanabe, Miki, Koizumi, Kotani ve Sata, 2021) azalttığı bildirilmiştir. Konuya ilişkin yapılan araştırmaların yanlılık riskinin orta ve yüksek düzeyde olması nedeniyle kahve tüketiminin ileus gelişimine etkisine yönelik kanıt düzeyi düşük ve orta düzey olarak bildirilmektedir (Cornwall ve diğerleri, 2020; Eamudomkarn ve diğerleri, 2018).

Cerrahi hastalarında kafein takviyeleri perioperatif süreçteki baş ağrısını azalmaktadır. ERAS protokollerine göre ameliyattan iki saat öncesine kadar sütsüz şekerli kahve içebilmektedir (Pleticha, Niesen, Kopp ve Johnson, 2021). Ameliyat sonrası dönemde kahve tüketimi iyileşmeye olumlu etkileri olması ve herhangi bir yan etkisinin olmaması nedeniyle tavsiye edilmektedir (Eamudomkarn ve diğerleri, 2018; Gkegkes ve diğerleri, 2020; Güngördük ve diğerleri, 2017). Bir meta-analizde ameliyat sonrası 2. saatten itibaren hastalar tarafından kahvenin güvenle tüketilebileceği bildirilmektedir (Kane, Tubog ve Schmidt, 2020). Ancak konuya ilişkin yapılan çalışmalarda hastaların tükettiği kahve türü (kafeinli/kafeinsiz) ve miktarı birbirinden farklılık göstermektedir. Bu çalışmalarda kahve tüketen hastaların ilave analjezik ve antiemetik ilaç gereksinimleri değerlendirilmemiştir (Eamudomkarn ve diğerleri, 2018; Gkegkes ve diğerleri, 2020; Güngördük ve diğerleri, 2017). Konuyla ilgili yeterli kanıt olmaması nedeniyle kahve içmenin bağırsak hareketleri üzerinde etkilerinin değerlendirilmesine ilişkin yeni randomize kontrollü klinik araştırmaların yapılması önerilmektedir (Gkegkes ve diğerleri, 2020).

2.5.6. Çay tüketimi

Türk toplumunda en fazla tüketilen sıvılar su ve siyah çaydır (Kaya ve Toker, 2019). Siyah çayda diğer çay türlerine oranla “*tanen*” miktarı daha fazladır ve bu madde sindirim sistemi fonksiyonları için yararlıdır. Siyah çayın bağırsaklarda prokinetik etkisi olduğu bildirilmektedir (Chaudhuri ve diğerleri, 2000). Abdominal cerrahi geçiren hastalarda bağırsak fonksiyonlarını artırmak için kullanılan yöntemlerden biri olan çay tüketiminin hastalar üzerinde herhangi bir olumsuz etkisine rastlanmamıştır (Gehrer ve diğerleri, 2019; Phutsisen ve diğerleri, 2019; Piric ve diğerleri, 2015). Jinekolojik kanser nedeniyle cerrahi girişim geçiren kadınlara ameliyat sonrasında verilen çayın ilk gaz ve ilk defekasyon çıkarma süresini kısaltarak bağırsak fonksiyonlarını olumlu etkilediği bildirilmektedir (Phutsisen ve diğerleri, 2019). Kolorektal cerrahi geçiren hastalarla yürütülen bir çalışmada ilk oral sıvı olarak çay tüketen hastaların kahve tüketen hastalara göre ilk defekasyon, hastanede yatış süresinin daha uzun olduğu, ameliyat sonrası dönemdeki komplikasyon oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (Piric ve diğerleri, 2015). Bir başka araştırmada da laparoskopik cerrahi sonrasında çay tüketen hastaların kahve tüketen hastalarda göre bağırsak hareketlerinin geri dönme süresinin daha uzun sürede olduğu belirtilmiştir (Gehrer ve diğerleri, 2019).

2.5.7. Sakız çiğneme

Ameliyat sonrası dönemde erken oral beslenme ERAS protokollerinin öğelerinden biridir. Ancak beslenme sırasında bulantı, kusma, oral alımı tolere edememe gibi sorunların ortaya çıkması nedeniyle her zaman hastaların erken beslenmesi mümkün olmamaktadır. Bu soruna çözüm olarak ise kolay uygulanabilme, kolay tolere edilme, ekonomik olma, yan etkilerinin olmaması gibi avantajlarıyla sakız çiğneme alternatif bir yöntem oluşturmaktadır (Li ve diğerleri, 2013; Liu, Jiang, Xu ve Jin, 2017).

Sakız çiğneme, sefalik-vagal stimülasyonu uyarak gastrointestinal motiliteyi uyarmayı sağlayan bir yalancı/sahte beslenme çeşitidir. Çiğneme ve tat almanın, besinler emilmeden önce hormonların açığa çıkmasını sağlayarak gastrointestinal fonksiyonları hızlandırdığı düşünülmektedir. Son yıllarda özellikle abdominal ve kolorektal cerrahi geçiren hastalarda ileusu önlemek için sakız çiğneme yaygın olarak kullanılmaktadır (Leede ve diğerleri, 2018; Liu ve diğerleri, 2017).

Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda sakız çiğnetme prosedürleri uygulama sıklığı, süresi, kullanılan sakız türü (şekerli/şekersiz) gibi özellikler yönünden birbirinden farklılık göstermektedir (Bhatti ve diğerleri, 2021; Duluklu ve Celik, 2020; Leede ve diğerleri, 2018; Topcu ve Oztekin, 2016). Genellikle günde en az üç kez 5-15 dakika süreyle uygulanması önerilmektedir (Li ve diğerleri, 2013). Bir meta-analizde kolorektal cerrahi geçiren hastalarda ileusu önlemek için şekersiz sakızın şekerli sakıza göre daha etkili olduğu belirtilmektedir (Liu ve diğerleri, 2017).

Literatürde sakız çiğnemenin bağırsak hareketlerinin başlaması, gaz çıkışı ve hastanede kalma süresi, ileus gelişme riskini azalttığı bildiren çalışmaların (Bhatti ve diğerleri, 2021; Duluklu ve Celik, 2020; Topcu ve Oztekin, 2016) yanı sıra herhangi bir etkisinin olmadığını bildiren çalışmalar (Kobayashi, Masaki, Kogawa, Matsuoka ve Sugiyama, 2015; Leede ve diğerleri, 2018) da yer almaktadır. Bir meta-analizde kolorektal cerrahi geçiren hastalara ERAS protokolüne dahil edilerek sakız çiğnetilmesinin postoperatif ileus insidansını azalttığı bildirilmektedir (Roslan, Kushairi, Cappuyns, Daliya ve Adiamah, 2020). Ameliyat sonrası dönemde rutin sakız çiğnemenin etkinliğini inceleyen sistematik derleme (Short ve diğerleri, 2015) ve meta-analiz çalışmalarda (Li ve diğerleri, 2013; Liu ve diğerleri, 2017; Roslan ve diğerleri, 2020) kanıt düzeyi düşük olarak bildirilmiştir.

2.5.8. Sıcak uygulama

Ameliyat sonrası dönemde bağırsak motilitesini arttırmada önerilen farmakolojik olmayan yöntemlerden biri sıcak uygulamadır. Sıcak uygulama vazodilatasyon, metabolizma hızında artış, kas spazmı ve ağrıyı azalması nedeniyle gastrointestinal motilitenin sağlanmasında etkili olmaktadır. Konstipasyon sorunu yaşayan bireylerde abdominal ve lomber bölgeye yapılan sıcak uygulama bağırsak sesleri ile defekasyon sıklığını artırdığı bildirilmektedir (Makino ve Choe, 2017). Ancak literatürde abdominal cerrahi geçiren hastalarda sıcak uygulamanın bağırsak motilitesine etkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (Aydın, 2019; Cao ve diğerleri, 2020; Tanab ve diğerleri, 2020; Turan ve Yağmur, 2021).

Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda abdominal cerrahi sonrasında sıcak uygulamanın yapıldığı vücut bölgesi, uygulama süresi ve uygulama prosedüründe farklılıklar bulunmaktadır (Aydın, 2019; Cao ve diğerleri, 2020; Tanab ve diğerleri, 2020; Turan ve Yağmur, 2021). Laparoskopik kolorektal cerrahi geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada, Shangqiu akupunktur noktasına günde iki kez 30 dakika süreyle yapılan sıcak kompres uygulanmasının ilk bağırsak hareketi, ilk defekasyon ve ilk gaz çıkarma süresini kısalttığı saptanmıştır (Cao ve diğerleri, 2020). Safra kanalı taşı nedeniyle açık ya da laparoskopik yöntemle ameliyat olan hastalara Geleneksel Çin Tıbbi bitkileri (manolya, kimyon, turp gibi) kombine edilerek umblikus çevresine sıcak kompresyon şeklinde uygulanmıştır. Yaklaşık 300 gram ağırlığında olan sıcak kompres hastalarda gaz çıkışı olana her altı saatte bir kez yenilenerek uygulanmıştır. Diğer gruptaki hastalara ise aynı ağırlıkta tuz konularak aynı uygulama yapılmıştır. Her iki grup karşılaştırıldığında, tıbbi bitkilerin kullanıldığı gruptaki hastaların ilk bağırsak hareketi, ilk gaz çıkarma ve ilk defekasyon sürelerinin daha kısa olduğu bulunmuştur (Tanab ve diğerleri, 2020). Ülkemizde jinekolojik cerrahi geçiren kadınlarla yapılan çalışmada ameliyat sonrası 1. günde başlanarak, günde iki kez, 10 dakika süreyle, lomber alana sıcak su ($55\pm 2^{\circ}\text{C}$) torbası koyularak sıcak uygulama yapılmıştır. Hastaların ilk gaz çıkma süresine kadar devam eden uygulamanın ilk gaz çıkarma, ilk gaita çıkarma ve oral alımın başlama süreleri üzerine anlamlı bir etkisi bulunmadığı ancak sıcak uygulama sayısındaki artışın ilk gaz çıkarma süresini kısalttığı belirlenmiştir (Aydın, 2019). Bir başka çalışmada ise sezaryen doğum sonrası 3. saatte 30 dakika süreyle (41 ile 42°C arası) sıcak su ayak banyosu uygulamanın kadınların gaz çıkarma süresini etkilemediği, ancak gaz çıkarma süresini kısalttığı saptanmıştır (Turan ve Yağmur, 2021).

2.5.9. Abdominal masaj

Masaj terapi çok eski zamanlardan beri yaygın kullanılan bir alternatif tedavi yöntemidir (Dehghan, Malakoutikhah, Heidari ve Zakeri, 2020). Masaj türleri arasından abdominal masajın düzenli ve ritmik olarak yapıldığında bağırsak fonksiyon bozuklarının iyileştirilmesinde etkili olduğu bildirilmektedir. Ucuz ve yan etkisi olmayan abdominal masaj uygulaması, parasempatik sinir sistemini uyararak gastrointestinal sistem fonksiyonlarını etkilemektedir. Bu yöntemin uygulanmasıyla peristaltik hareket artar, besinlerin gastrointestinal kanaldan geçişi hızlanır, karın içi basıncı azalır, endorfin salınımı artar ve kas gerginliği azalır. Literatürde cerrahi hastalarıyla yapılan çalışmalarda abdominal masajın konstipasyon (İskender ve Çalışkan, 2021; Nezakati, Valiee, Roshani ve Seidi, 2018; Turan ve Aştı, 2016) ve hazımsızlık (Turan ve Aştı, 2016) sorunları azalttığı bildirilmektedir. Nöroşirurji yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada, abdominal masaj uygulanan hastalarda kontrol grubuna göre bağırsak seslerinin duyulması ve ilk defekasyon süresinin daha erken olduğu belirlenmiştir (Uğraş ve diğerleri, 2022). Abdominal masajın gastrointestinal fonksiyonlar üzerine etkisini inceleyen araştırmaların sistematik derlemesi (Dehghan, Malakoutikhah, Heidari ve Zakeri, 2020) ve meta-analizinde (Wang, Huang ve Jin, 2019) düşük kanıt düzeyinde olduğu, konuya ilişkin daha fazla randomize kontrollü klinik araştırma yapılması gerektiği bildirilmektedir.

2.5.10. Akupunktur ve akupresür

Akupunktur başta ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı önlemek olmak üzere çeşitli gastrointestinal bozuklukları tedavi etmek için kullanılan geleneksel Çin tıbbi türüdür (Yin ve diğerleri, 2020). Akupunktur uygulamasında vücudun belirli akupunktur noktaları elle ya da elektronik (elektroakupunktur) olarak uyarılmaktadır. Kolorektal kanser tanılı hastalarda laparoskopik cerrahi sonrasında uygulanan elektroakupunkturun, postoperatif ileus süresini, mobilizasyona kadar geçen süreyi ve ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azalttığı bildirilmektedir (Ng ve diğerleri, 2013).

İğnesiz akupunktur olarak bilinen akupresür, kolay uygulanabilen, fiziksel ve psikolojik iyilik hali sağlayan bir akupunktur türüdür. Literatürde laparoskopik kolesistektomi sonrası akupresür uygulamasının akut ağrıyı azaltmak (Soylu ve Kartın, 2021; Topdemir ve Saritas, 2021; Yeh ve diğerleri, 2008), bulantı ve kusma insidansını azaltmak (Şahin, Iyigun ve Can,

2018), bağırsak hareketleri sayısını artırmak (Liu ve diğerleri, 2017), defekasyon süresini kısaltmak (Liu ve diğerleri, 2017; Soylu ve Kartın, 2021) ve hasta konforunu artırmak (Topdemir ve Saritas, 2021) için faydalı olduğu bildirilmektedir.

Sonuç olarak, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların erken mobilizasyonunun sağlanması, bağırsak hareketlerinin erken dönemde uyarılması ve değerlendirilmesi ameliyat sonrasında erken iyileşmenin sağlanması için oldukça önemlidir. Cerrahi hemşireleri laparoskopik kolesistektomi geçiren hastaların karşılaşılabileceği olası sorunları önlemek için farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerini uygulamalı ve hasta eğitimi vermelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla tek merkezli, paralel grup, randomize kontrollü klinik çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

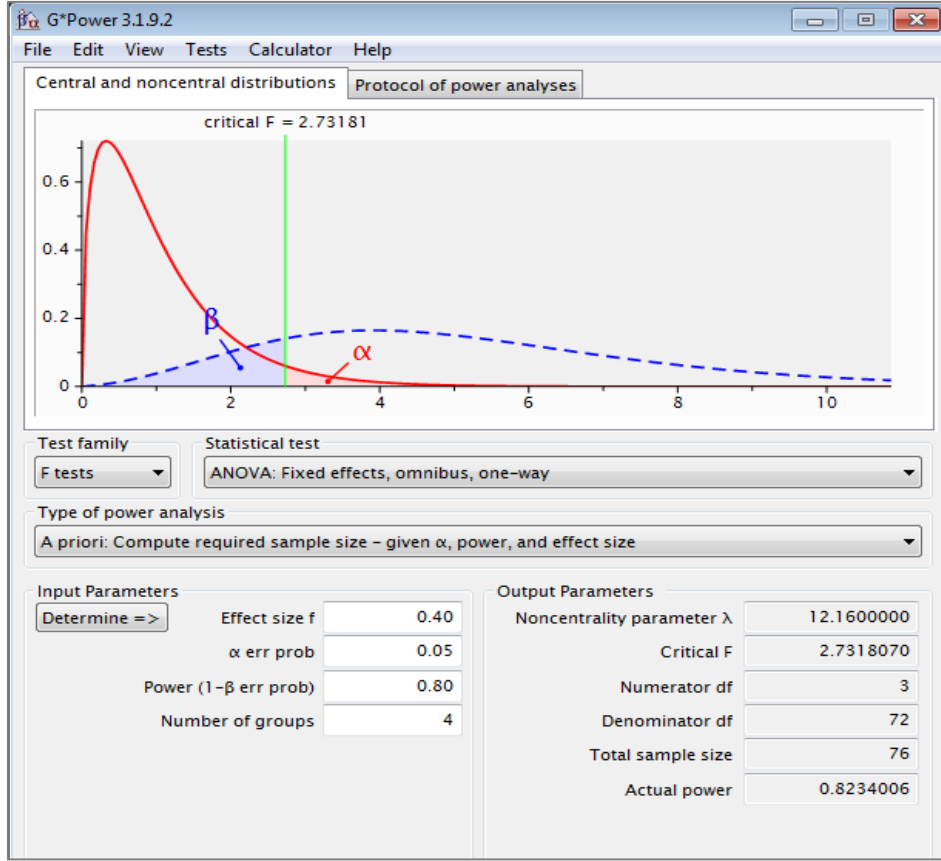
Araştırma, Ankara il merkezinde bulunan Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin (GÜSAUM) 6. ve 7. katında yer alan Genel Cerrahi Kliniklerinde Ocak 2020-Ağustos 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Hastanenin Genel Cerrahi Kliniklerinde toplam 72 yatak bulunmakta olup 22 hemşire, 15 araştırma görevlisi ve 26 uzman hekim görev yapmaktadır. Kliniğin 6. katında toplam 22 yatak bulunup, bu klinikteki hastalara 08:00-16:00 vardiyasında üç, 16:00-08:00 vardiyasında iki hemşire bakım vermektedir. Kliniğin 7. katında ise; toplam 50 yatak bulunmakta olup, 08:00-16:00 vardiyasında beş, 16:00-08:00 vardiyasında hafta içi dört ve hafta sonu üç hemşire görev yapmaktadır.

Rutin klinik uygulamada, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olacak hastalar ameliyattan bir gün önce kliniğe yatırılmaktadır. Hastaların klinik yatışını takiben hemşireler tarafından hasta takip dosyası doldurulmakta ve hemşireler varsa hastaların sorularını yanıtlamaktadır. Ameliyattan bir gün önce hastalara düşük yağ içerikli “*Safra Koruma Diyeti*” verilmektedir. Hemşireler hastalara gece aç kalmaları gereken zaman (gece 24'ten sonra) hakkında bilgi vermektedir. Hastalar ameliyat öncesinde yaklaşık 8-12 saat aç kalmaktadır. Ameliyat günü hastalar ameliyat listesinde yer alan sıraya göre hemşireler tarafından ameliyathaneye gönderilmektedir. Kolesistektomi ameliyatları açık ya da laparoskopik (kapalı) yöntemle genel anestezi altında uygulanmaktadır. Ameliyat süresi yaklaşık olarak açık cerrahilerde bir buçuk saat, kapalı yöntemlerde ise bir saat sürmektedir. Ameliyat sonrasında hasta ameliyat sonrası uyandırma ünitesinden hemşire tarafından teslim alınmaktadır. Herhangi bir sıvı kısıtlaması olmayan hastalar için oral alıma kadar ilk 4 saatte 125 ml/sa 500 ml Dekstroz solüsyonu ve diğer 4 saatte 125 ml/sa 500 ml 0,09 izotonik sodyum klorür solüsyonu IV infüzyon olarak uygulanmaktadır. Hastalara ameliyattan sonra antiemetik, antiülseratif ve narkotik analjezik ilaçlar uygulanmaktadır. Hastalara, hekim istemine göre ameliyat sonrası

8 saat ağızdan hiç bir yiyecek/içecek verilmemektedir. Oral alıma açık sıvılarla (su, meyve suyu, çay gibi) başlanmakta, sonrasında yumuşak diyetle (muhallebi, yoğurt gibi) ve normal diyetle devam edilmektedir. Hastaların ilk mobilizasyonu hekim istemi doğrultusunda ameliyat sonrası 8. saatte klinik hemşireleri tarafından yapılmaktadır. Hastalar hemşirenin yardımıyla ayağa kaldırılmakta, hasta odasında ve klinik koridorunda ortalama 5-10 dakika süreyle mobilize edilmekte ve sık sık mobilize olması konusunda bilgilendirilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmez ise hastalar ameliyattan bir gün sonra (ortalama 20.-24. saatte) klinikten taburcu olmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü klinikte hastalara ERAS protokollerinin tüm öğelerinin uygulandığı bir prosedür bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini GÜSAUM Genel Cerrahi Kliniklerinde laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalar oluşturmıştır. Araştırmanın örneklem sayısı, örneklem büyüklüğü hesaplama (G*PowerVersion 3.1.9.2) paket programı ile istatistik uzmanı tarafından hesaplanmıştır. Literatürde araştırma konusuna ilişkin etki değeri için referans alınabilecek bir değere ulaşılamamıştır. Çalışmada gruplar arasında ölçüm değerleri bakımından farklılıkların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle gruplar arasındaki kaç birimlik farkın önemli olduğu bilinmediği durumlarda kullanılan yöntem olarak etki genişliği değeri 0,40 olarak alınmıştır. Etki genişliği değeri 0,10 çok yüksek bir kısıtı, 0,25 orta seviyede bir kısıtı ve 0,40 ise maksimum kabul kısıtı altında sonuçları vermektedir. Araştırmada yer alması planlanan hasta sayısı %5 hata payı, %80 güç ve etki genişliği değeri 0,40 olduğu durumda her bir grupta 19 hasta olmak üzere toplam hasta sayısı 76 olarak belirlenmiştir (Resim 1) (Faul, Erdfelder, Buchner ve Lang, 2013). Literatüre göre araştırma sürecindeki veri kaybı oranı (drop out) %20 olarak öngörüldüğünden, her bir gruba 23 hasta dahil edilerek çalışmaya başlanması planlanmıştır (Çalışkan ve diğerleri, 2016; Soylu ve Kartın, 2021; Şahin ve diğerleri, 2018). Araştırma tamamlandıktan sonra belirlenen ilk bağırsak sesi zamanı değerleri çay grubunda $11,34 \pm 1,43$ saat ($n=19$), kahve grubunda $9,47 \pm 1,18$ saat ($n=19$), ılık su grubunda $10,26 \pm 1,60$ saat ($n=19$) ve kontrol grubunda $17,65 \pm 6,53$ ($n=19$) ve Tip I hata düzeyi %5 olarak değerlendirildiğinde hesaplanan güç %90 olarak hesaplanmıştır.



Resim 3.1. Araştırmanın örneklem hesaplaması (Faul ve diğerleri, 2013)

Hastalar araştırmaya dahil olma kriterleri göz önüne alınarak çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3.1. Araştırmada dahil olma, dışlanma ve çıkarılma kriterleri

Hastaların araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden,
- 18-65 yaş aralığında,
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan,
- Amerikan Anestezistler Derneği (ASA) sınıflandırması I veya II olan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Hastaların araştırmadan dışlanma kriterleri;

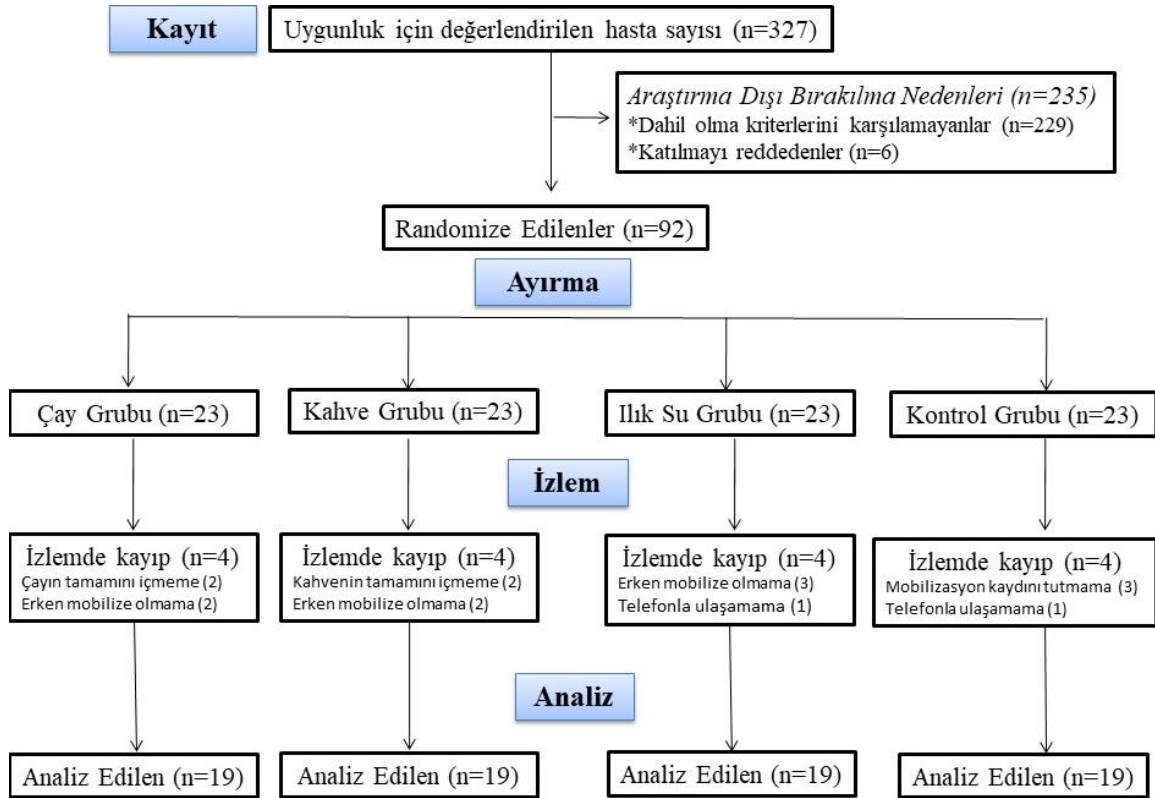
- Sezaryen, histerektomi, geniş intra-abdominal cerrahi öyküsü olan,
- Metastatik hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı olan,

- Sistemik hastalıkları nedeniyle bağırsak fonksiyonlarını etkileyebilecek ilaç kullanan,
- Kahve/kafein için bilinen bir alerjisi ya da hassasiyeti olan,
- Yutma güçlüğü sorunu olan,
- Zihinsel engeli ya da algılama sorunu olan,
- İletişime engel durumu olan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri:

- Hastaların herhangi bir aşamada araştırmadan çıkmak istemesi,
- Ameliyat sırasında açık yöntemle kolesistektomi ameliyatı yapılması,
- Deney grubundaki hastaların çay, kahve ya da ılık su miktarının tamamını içmemesi,
- Deney grubundaki hastaların 4. saatte mobilize olmaması ya da mobilizasyon hedefine (ilk 24 saat içinde en az 2 saat mobilize olma) ulaşamaması,
- Hastaların Mobilizasyonu İzlem Formu'nu doldurmaması,
- Hastalara telefon izleminde ulaşılamamasıdır.

Araştırmanın yürütüldüğü kliniklerde toplam 327 hasta uygunluk için değerlendirilmiş, toplam 92 hasta randomize edilmiştir. Çalışma 76 hasta ile tamamlanmıştır. Çalışmadan çıkarılan 16 hastanın; ikisi çayın tamamını içmeme, ikisi kahvenin tamamını içmeme, yedisi erken mobilize olamama, ikisi telefonla ulaşılamama, üçü mobilizasyon kaydını tutmama nedenleriyle araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırmanın raporunun yazılmasında Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)-2017 kriterleri göz önünde bulundurulmuştur (EK-1). Çalışmanın CONSORT 2010 Akış Diyagramı Şekil 3.1'de yer almaktadır.



Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı

3.4. Randomizasyon ve Körleme

Araştırmacı tarafından hastaların araştırma kriterlerini sağlama durumları kontrol edildikten sonra, randomizasyon listesine göre hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu’nu okuyup imzalamıştır (EK-2).

Randomizasyon

Araştırmada müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların belirlenmesinde basit rastgele randomizasyon uygulanmıştır. Araştırmada seçim yanlılığını azaltmak amacıyla deney ve kontrol grubundaki hastalar, hasta/hastalık özelliklerini bilmeyen bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından randomizasyon yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilecek hastalar için bilgisayar ortamında (<https://www.randomizer.org/>) dört grup halinde randomizasyon şeması oluşturularak hastaların yer alacağı gruplar belirlenmiştir (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Randomizasyon listesi

Hasta Grubu	Hasta No
A	3-8-16-22-24-26-33-38-41-42-43-44-48-55-56-68-71-72-75-76-84-91-92
B	9-10-13-21-27-30-32-34-45-46-49-50-52-54-57-58-61-66-77-79-81-82-90
C	4-11-17-18-29-31-35-36-39-40-47-51-53-59-63-64-69-70-73-80-85-86-89
D	1-2-5-6-7-12-14-15-19-20-23-25-28-37-60-62-65-67-74-78-83-87-88

A= Çay Grubu, B= Kahve Grubu, C= Ilık Su Grubu, D= Kontrol Grubu

Körleme

Araştırmanın tasarımı nedeniyle hastaların körleştirilmesi mümkün olamamıştır. Çalışmanın uygulanmasında performans ve saptama yanlılığını önlemek için hastaların bağırsak hareketlerinin değerlendirilmesinin araştırmacıdan bağımsız olarak bir hemşire tarafından değerlendirilmesi planlanmıştır. Araştırmacı tarafından bir hemşireye eğitim verilmiş ve ön uygulama sırasında hastaların bağırsak hareketleri araştırmacı ve hemşire ile birlikte değerlendirilmiştir. Ancak COVID-19 pandemisi nedeniyle hemşirenin şehir dışında bulunması, kliniğe giriş ve çıkışların sınırlandırılması, hastayla temas eden birey sayısının azaltılması gerektiğinden veri toplayıcı yönünden körlemeye devam edilememiştir.

Araştırmada eksiltme ve raporlama yanlılığını önlemek için veriler, deney ve kontrol grupları belirtilmeden A, B, C ve D harfleri ile kodlama yapılarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Verilerin analizi gruplar yönünden kodlanmış olarak yapılmıştır. Araştırma raporu yazıldıktan sonra araştırmacıdan farklı bir kişi tarafından deney ve kontrol grubu için yapılan kodlamalar açıklanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında veri toplama araçları olarak; Hasta Tanıtım Formu, Glaskow Koma Skalası, Hasta Mobilizasyonu İzlem Formu ile Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Sonrası Hasta İzlem Formları (çay grubu, kahve grubu, ılık su grubu, kontrol grubu) kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta tanıtım formu

Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan (Çalışkan ve diğerleri, 2016; Grande ve diğerleri, 2017; Karaman, 2019; Soylu ve Kartın, 2021; Tan ve diğerleri, 2016; Tra ve diğerleri, 2020) Hasta Tanıtım Formu üç bölümden oluşmaktadır (EK-3). İlk bölümde hastanın tanıtıcı bilgilerini içeren yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı, sıvı (kahve-çay-su) tüketim alışkanlığına ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci bölümde hastanın sistemik hastalıkları, sürekli ilaç kullanma durumu, bağırsak alışkanlığı, kafeinli içecek tüketme durumu ve sıklığına ilişkin sorular bulunmaktadır. Son bölümde ise hastaneye yatış tarihi, ameliyat öncesi en son sıvı tüketimi, ameliyatta verilen sıvı miktarı, ameliyat sonrası ilk 24 saat sıvı tüketimi, ameliyat tarihi, yapılan ameliyat, verilen anestezi ilaçları ve dozları, ameliyattan sonra kullandığı ilaçlar, ameliyatta kalma süresi, ayılma ünitesinde kalma süresi, ameliyat sırasında komplikasyon gelişme durumu, taburculuk tarihi, hastanede yatış süresi gibi ameliyata ilişkin bilgiler yer almaktadır. Formun ilk iki bölümü ameliyat öncesi dönemde hastalar tarafından ve son bölümü ise ameliyat sonrası dönemde araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.5.2. Glaskow koma skalası

İskoçya Glasgow Üniversitesi'nde 1974 yılında Profesör Graham Teasdale ve Profesör Bryan J. Jennett tarafından hastaların nörolojik değerlendirmesini yapmak amacıyla geliştirilmiştir (Teasdale ve Jennett, 1974). Skala; gözler (1-4 puan), sözel uyaranlara yanıt (1-5 puan) ve motor hareketler (1-6 puan) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır (EK-4). Skaladan alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan ise 15'tir. Skaladan alınan 3 puan "koma", 3-8 puan "perikoma" ve 8-13 puan "stupor", 15 puan ise "oryante" olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada ameliyat sonrası dönemde hastaların bilinç durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

3.5.3. Hasta mobilizasyonu izlem formu

Hasta Mobilizasyonu İzlem Formu'nda hastanın ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma zamanı, ilk 24 saatte mobilizasyon sıklığı ve süresi değerlendirilmiştir (EK-5).

3.5.4. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu çay grubu

Bu formda hastanın ameliyat sonrası bulantı ve kusma durumu, çayı tolere etme durumu, oral alımı tolere etme zamanı, bağırsak hareketi sayısı, ilk gaz çıkarma zamanı, ilk defekasyon (gaita) zamanı ve hastanede kalma süresi değerlendirilmiştir (EK-6).

3.5.5. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu kahve grubu

Bu formda hastanın ameliyat sonrası bulantı ve kusma durumu, kahveyi tolere etme durumu, oral alımı tolere etme zamanı, bağırsak hareketi sayısı, ilk gaz çıkarma zamanı, ilk defekasyon (gaita) zamanı ve hastanede kalma süresi değerlendirilmiştir (EK-7).

3.5.6. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu ılık su grubu

Bu formda hastanın ameliyat sonrası bulantı ve kusma durumu, ılık suyu tolere etme durumu, oral alımı tolere etme zamanı, bağırsak hareketi sayısı, ilk gaz çıkarma zamanı, ilk defekasyon (gaita) zamanı ve hastanede kalma süresi değerlendirilmiştir (EK-8).

3.5.7. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu kontrol grubu

Bu formda hastanın ameliyat sonrası bulantı ve kusma durumu, oral alımı tolere etme zamanı, bağırsak hareketi sayısı, ilk gaz çıkarma zamanı, ilk defekasyon (gaita) zamanı ve hastanede kalma süresi değerlendirilmiştir (EK-9).

3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırma izinleri alındıktan sonra veri toplama formlarının ve çalışmanın uygulama yönteminin işlerliğini belirlemek amacıyla GÜSAUM Genel Cerrahi Klinikleri'nde laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan, örnekleme dahil olma kriterlerini sağlayan örneklem büyüklüğünün %10'una (her gruptan iki hasta olmak üzere toplam sekiz hasta) ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formlarında ve çalışmanın uygulanmasıyla ilgili gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Veri toplama formunun ilk düzenlenen halinde yer alan bazı değişkenler (gelir-gider düzeyi, çocuk sayısı) bağırsak hareketleri üzerinde etkili olmayacağının düşünülmesi nedeniyle

formdan çıkarılmıştır. Hastaların mobilizasyon sürecine ilişkin verileri daha kolay takip edebilmek için Hasta Mobilizasyon İzlemi Formu oluşturulmuştur. İlk düzenlenen formda yer alan ilk mobilizasyon zamanı, ilk mobilizasyon süresi, toplam mobilizasyon süresi soruları bu form içine eklenmiştir. Hasta Mobilizasyon İzlemi Formu'na ilk mobilizasyon aşamaları bölümü de dahil edilerek veri toplama formunun son hali oluşturulmuştur. Araştırmada müdahalelere ilişkin herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar örneklem grubuna dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada üç müdahale (çay, kahve ve ılık su) ve bir kontrol olmak üzere dört hasta grubu bulunmaktadır. Araştırma ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve taburculuk dönemi olmak üzere üç aşamada yürütülmüştür.

3.7.1. Ameliyat öncesi dönem

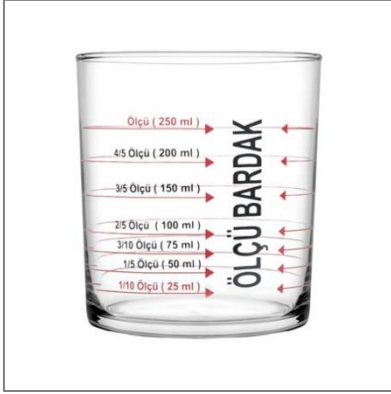
- Ameliyat öncesi dönemde tüm hastalar çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Araştırmacı tarafından çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar Hasta Tanıtım Formu'nun I. ve II. bölümü doldurmuştur.

3.7.2. Ameliyat sonrası dönem

- Hasta Tanıtım Formu'nun III. ve IV. bölümü araştırmacı tarafından doldurulmuştur.
- Ameliyat sonrası 4. saatte hastaların anestezinin etkisinden çıkıp çıkmadığı ve bilinç durumunu değerlendirmek için Glaskow Koma Skalası kullanılmıştır. Skala değerlendirmesine göre hasta oryante ise oral sıvı (çay/kahve/ılık su) içirilmiştir.

Oral sıvı tüketimi

- Araştırmacı tarafından ameliyat sonrası 4. saatte sıvı içebilir durumda ise çay, kahve ve ılık su gruplarındaki hastalara oral sıvı verilmiştir.



Resim 3.2. Ölçüm bardağı

- İlk gruptaki hastalar çay grubunu oluşturmuştur. Bir adet poşet çay cam ölçüm bardağına konulmuştur (siyah çay 2 gr, kafein miktarı: 45-55 mg/150 ml) (Resim 3.2). Bardağa 100°C taze kaynatmış 200 ml su eklenerek, poşet çay suya 10 kez daldırılıp çıkarılmış ve 3 dakika beklenmiştir Çaya şeker ilave edilmemiştir. Çayın içilmesi sırasında ısısını 50-60°C arasında tutmak için termos bardak kullanılmıştır (Resim 3.3). Çayın hazırlanması ve içilmesi sırasında ısısı dijital yiyecek termometresi ile değerlendirilmiştir (Resim 3.4). Hastaların çayı 15 dakika içerisinde araştırmacının gözetiminde yavaş yavaş içmeleri istenmiştir.



Resim 3.3. Termos bardak

- İkinci gruptaki hastalar kahve grubunu oluşturmuştur. Bir paket (2 gr) kahve üzerine kaynatılıp 1 dakika bekletilmiş 200 ml sıcak su eklenmiştir (Öğütülmüş Çözünebilir Kahve 2 g, kafein miktarı: 60-80 mg/150 ml). Hastaların 50-60°C sıcaklıkta ve 200 ml miktarında kahve içmesi sağlanmıştır. Kahvelere süt ve şeker ilave edilmemiştir. Kahvenin hazırlanması ve içilmesi sırasında suyun ısısı dijital yiyecek termometresi ile

değerlendirilmiştir. Hastalar kahveyi 15 dakika içerisinde araştırmacının gözetiminde yavaş yavaş içmiş ve kahvenin ısı kaybını önlemek için termos bardak kullanılmıştır.



Resim 3.4. Dijital gıda termometresi

- Üçüncü gruptaki hastalar ılık su grubunu oluşturmuştur. Hastaların 37°C ısıdaki 200 ml ılık suyu 15 dakika sürede içmesi sağlanmıştır. Vücut iç ısısının 37°C olması nedeniyle hastalara verilecek ılık suyun sıcaklığının da 37°C olması gerektiği literatürde yer almaktadır (Çalışkan ve diğerleri, 2016; Zuo ve diğerleri, 2006). Literatürde hastalara verilecek ılık su miktarının 200 ml olmasının bağırsak motilitesini etkilemede yeterli olacağı belirtilmektedir (Çalışkan ve diğerleri, 2016; Wu ve diğerleri, 2019; Zuo ve diğerleri, 2006). Ilık suyun hazırlanması ve içilmesi sırasında ısı dijital yiyecek termometresi ile değerlendirilmiştir. Hastaların ılık suyu 15 dakika içerisinde yavaş yavaş içmeleri sağlanmış ve suyun ısı kaybını önlemek için termos bardak kullanılmıştır.
- Son gruptaki hastalar ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Bu gruba ameliyat sonrası dönemde araştırmacı tarafından herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Hastalara klinikteki rutin bakım ve mobilizasyon prosedürü (8. saat) uygulanmıştır.
- Tüm hastalar ameliyat sonrası dönemde ilk 8 saatte ağızdan herhangi bir yiyecek/içecek almamıştır (çay, kahve ılık su grubundaki hastalar için 4. saatteki girişim dışında). Hastaların ameliyat sonrası 8. saatten sonra sıvı gıdaları (su, meyve suyu, çay gibi), daha sonra yumuşak gıdaları (muhallebi, yoğurt gibi) devamında da normal gıdaları alması sağlanmıştır.
- Tüm hastalara ameliyat sonrası 48 saat süresince müdahale girişimi dışında ilave çay, kahve ve ılık su tüketmemeleri gerektiği söylenmiştir.
- Araştırmacı tarafından ameliyat sonrası 4. saatte (çay, kahve ılık su grubundaki hastalar için girişim öncesinde) hastaların bağırsak hareketlerinin var olup olmadığı steteskop

ile dinlenmiş ve dakikadaki sayısı kaydedilmiştir. Bağırsak hareketlerinin sayısı 4. ve 8. saatler arasında her saat olmak üzere toplam 5 kez değerlendirilerek kaydedilmiştir.

- Araştırmacı tarafından 4. saatten itibaren her saat gaz çıkarma süresi, bulantı ve kusma durumu sözel olarak sorulmuş ve kaydedilmiştir.
- Hasta gaz çıkışını sözel olarak ifade ettikten sonra ise her 4 saatte bir araştırmacı tarafından bulantı ve kusma durumu, gaita çıkımı sorularak kaydedilmiştir.
- Araştırmacının hastanın yanında olmadığı bir anda bulantı-kusma, gaz çıkışı veya gaita çıkışı olma ihtimaline yönelik olarak araştırmacı tarafından verilen bir kağıda hangi durum görüldü ise adını ve saatini yazarak daha sonra araştırmacıya vermesi istenmiştir.

Erken mobilizasyon

- Araştırmacı tarafından çay, kahve ve ılık su grubunda yer alan hastalar ameliyat sonrası 4. saatten itibaren erken mobilizasyon için desteklenmiştir.
- Kontrol grubundaki hastalar ise klinik rutinlerine uygun olarak klinik hemşireleri tarafından ilk kez 8. saatte mobilize edilmiştir.
- Tüm hastaların ilk mobilizasyonu her biri üç dakika olmak üzere dört aşamalı (yatak içinde dik pozisyonda oturma, yatak kenarında desteksiz oturma, yatak kenarında ayakta dik durma ve oda içerisinde mobilize olma) olarak araştırmacı gözetiminde gerçekleştirilmiştir. Her bir aşama öncesinde hastanın sistolik ve diyastolik kan basıncı (mmHg), nabız (dk) ve oksijen saturasyonu (%) değerlendirilmiştir. Ortostatik hipotansiyon olmaması durumunda hasta mobilize edilmiştir.
- Ortostatik hipotansiyonun değerlendirilmesinde hastaların her bir aşamaya geçmeden önce üç dakikalık süre sonrasında kan basıncı ölçümleri yapılmıştır. Her iki pozisyonda ölçülen sistolik kan basıncında 20 mmHg ve diyastolik kan basıncındaki 10 mmHg azalma ortostatik hipotansiyon varlığı için alt sınır olarak kabul edilmiştir (Alagiakrishnan ve diğerleri, 2018). Ayrıca hastanın oksijen saturasyonu en az %95 ve nabız basıncı en fazla 30/mmHg ise hasta mobilize edilmiştir.
- Çay, kahve ve ılık su grubundaki hastaların ilk mobilizasyonu 5 metre gidiş ve 5 metre dönüş olmak üzere toplam 10 metre hasta odasında yürüme şeklinde olup, ameliyat sonrası ilk 24 saatte en az 2 saat yürümesi hedeflenmiştir. Araştırmacı ya da hastalar tarafından her 4 saatte bir mobilizasyon kaydı not edilmiştir. Araştırmada uygulanan mobilizasyon programı literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Aldemir ve Sayılan, 2020; Liebermann ve diğerleri, 2013).

- Tüm hastaların ameliyat sonrası ilk mobilizasyon zamanı, ameliyat sonrası ilk 24 saatteki mobilizasyon sıklığı ve süresi Hasta Mobilizasyonu İzlem Formu'na kaydedilmiştir.

3.7.3. Taburculuk sonrası dönem

- Hastaların hastanede bulunduğu süre içerisinde gaz çıkaramama, erken taburculuk nedeniyle hastanede defekasyona çıkamaması ve 24 saatten daha kısa sürede taburcu olması nedeniyle mobilizasyon çizelgesini tam dolduramaması durumlarında hasta araştırmacı tarafından telefon ile aranmıştır.
- Hastanın hastanede gaz çıkarmama durumunda; telefon izleminde ilk gaz çıkarma saati sorgulanarak forma kaydedilmiştir.
- Hastalar erken taburculuk nedeniyle hastanede defekasyona çıkamadığında, telefon izleminde ilk gaita çıkış zamanı sorgulanarak forma kaydedilmiştir. Tüm hastalar taburcu olduktan sonra defekasyona çıkana kadar her gün telefon ile aranmıştır.
- Hastanın hastanede 24 saatlik mobilizasyon çizelgesini tamamlayamaması durumunda; telefon izleminde mobilizasyon saatleri ve süresi sorgulanarak forma kaydedilmiştir.

Çalışmanın kayıt, girişimler ve değerlendirmeleri SPIRIT 2013 Bildirisi (Akın ve Tanyer, 2021; Chan ve diğerleri, 2013) doğrultusunda raporlanmış ve Çizelge 3.2'de yer almaktadır.

Çizelge 3.2. Kayıt, girişimler ve değerlendirmeler

Kayıt, Girişimler ve Değerlendirmeler	ÇALIŞMA EVRELERİ								
	Kayıt	Atama	Atama Sonrası						Bitiş
	Ameliyat öncesi dönem		Ameliyat sonrası dönem						Taburculuk sonrası telefon izlemi
ZAMAN NOKTASI	-Z1	0	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7
Kayıt:									
Uygunluk kriterlerinin gözden geçirilmesi	X								
Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu	X								
Hasta tanıtım formu I. ve II. bölümü	X								
Hasta tanıtım formu III. bölümü		X							
Glaskow koma skalası			X						
Girişimler:									
Çay/kahve/ılık su tüketimi			X						
Erken mobilizasyon			X						
Değerlendirmeler:									
Mobilizasyon süresi			X	X	X	X	X	X	X
Oral alımı tolere etme			X	X					
Bulantı durumu			X	X	X	X	X	X	
Kusma durumu			X	X	X	X	X	X	
Bağırsak hareketleri sayısı			X	X					
İlk gaz çıkarma zamanı			X	X	X	X	X	X	
İlk defekasyon zamanı			X	X	X	X	X	X	X
Hastanede kalma süresi									X

X: Uygulanma durumu, -Z1: Ameliyat öncesi dönem, Z1: Ameliyat sonrası 4. saat, Z2: Ameliyat sonrası 8. saat, Z3: Ameliyat sonrası 12. saat, Z4: Ameliyat sonrası 16. saat, Z5: Ameliyat sonrası 20. saat, Z6: Ameliyat sonrası 24. saat, Z7: Taburculuk sonrası telefonla izlem

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan etik onay (sayı: 24074710-604.01.01-13 tarih:11.11.2019) (EK-10), Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği'nden (evrak sayısı: E.154055 tarih: 05.12.2019) yazılı izinler alınmıştır (EK-11). Araştırmaya katılan tüm hastalara çalışmanın amacı, içeriği, süresi, elde edilecek verilerin nerede ve ne şekilde kullanılacağına yönelik açıklama yapılarak hastalardan sözel ve yazılı onam alınmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirmeleri SPSS 18.0 (Statistical Package for Social Science) paket programı ile bilgisayar ortamında yapılmıştır. Erken mobilizasyon ile çay, kahve, ılık su tüketimi bu çalışmanın bağımsız değişkenleridir. Ameliyat sonrası ilk bağırsak hareketlerinin başlama zamanı, ilk gaz çıkarma ve ilk defekasyon zamanı çalışmada bağımlı değişkenlerdir. Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi) çalışmanın kontrol değişkenleridir.

Araştırmanın tanımlayıcı verileri sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum-maksimum değer ile değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu “Shapiro-Wilk Testi” ile değerlendirildikten sonra parametrik ya da non-parametrik testler uygulanmıştır. Sonuçların değerlendirilmesinde $p < 0,05$ ve altındaki değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tanımlayıcı istatistiklerde, sayısal veriler için ortalama ve standart sapma değerleri; kategorik yapıdaki veriler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Kategorik yapıdaki değişkenler bakımından gruplar arası farklılıklar Ki-kare testi ile incelenmiştir. Sayısal değişkenler bakımından grupların karşılaştırılması, parametrik test varsayımları sağlanmadığında, Kruskal-Wallis testi ile; Kruskal-Wallis analizinde alt grupların ikişerli karşılaştırılması Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Üç ve üzeri grupların karşılaştırılmasında anlamlı sonuçlar çalışmada gösterilirken, en yüksek puana sahip gruba “a” harfinden başlanarak, her gruba farklı harfler (a,b,c) verilmiştir. Grupların aynı harfi taşıması (örneğin grup 1:a, grup 2:a) iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığını göstermektedir. Aynı grupta iki veya daha fazla harf olması (ab, bc), bu grubun geçiş grubu olduğunu göstermektedir.

Normal dağılım göstermeyen durumlarda grup içi tekrarlı ölçümler Friedman testi ile analiz edilmiştir. Friedman testinde alt grupların ikişerli karşılaştırılması Wilcoxon testi ile yapılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin yönünü ve derecesini tanımlamak amacıyla Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon hesaplamalarında r değer aralığı (0,00-0,25) “çok zayıf”, (0,26-0,49) “zayıf”, (0,50-0,69) “orta”, (0,70-0,89) “yüksek” ve (0,90-1.00) “çok yüksek” ilişki olarak değerlendirilmiştir (Coşansu, 2014).

3.10. Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırmanın planı ve takvimi Çizelge 3.2’de yer almaktadır.



Şekil 3.2. Araştırma planı ve takvimi şeması

4. BULGULAR

Bu bölümde laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine etkisinin değerlendirildiği randomize kontrollü klinik araştırmanın bulguları yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=76)

Sosyodemografik Özellikler	Müdahale			Kontrol (n=19) n(%)	İstatistiksel Analiz
	Çay (n=19) n(%)	Kahve (n=19) n(%)	Ilık Su (n=19) n(%)		
Yaş					
$\bar{X} \pm SS$	48,36 $\pm$ 9,38	45,52 $\pm$ 9,82	48,89 $\pm$ 11,81	50,94 $\pm$ 9,49	KW=3,356
(Min-Maks)	(23-61)	(26-64)	(29-64)	(28-62)	p=0,340
Cinsiyet					
Kadın	15(78,9)	14(73,7)	12(63,2)	14(73,7)	$^1\chi^2=1,250$
Erkek	4(21,1)	5(26,3)	7(36,8)	5(26,3)	p=0,972
Medeni durumu					
Evli	16(84,2)	15(78,9)	16(84,2)	17(89,5)	$^2\chi^2=,910$
Bekar	3(15,8)	4(21,1)	3(15,8)	2(10,5)	p=0,972
Beden kütle indeksi					
<25	6(31,6)	5(26,3)	5(26,3)	3(15,8)	$^2\chi^2=9,357$
25-29,9	8(42,1)	10(52,6)	3(15,8)	7(36,8)	p=0,151
≥ 30	5(26,3)	4(21,1)	11(57,9)	9(47,4)	
Eğitim durumu					
İlkokul ve altı	3(15,8)	0(0,0)	9(47,4)	6(31,6)	$^2\chi^2=17,061$ p=0,035
Ortaokul	4(21,1)	3(15,8)	1(5,3)	1(5,3)	
Lise	8(42,1)	8(42,1)	5(26,3)	5(26,3)	
Üniversite	4(21,1)	8(42,1)	4(21,1)	7(36,8)	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	5(26,3)	11(57,9)	5(26,3)	7(36,8)	$^1\chi^2=5,429$
Çalışmıyor	14(73,7)	8(42,1)	14(73,7)	12(63,2)	p=0,143
Meslek					
Ev Hanımı	11(57,9)	6(31,6)	9(47,4)	8(42,1)	$^2\chi^2=10,384$ p=0,308
Memur	5(26,3)	9(47,4)	2(10,5)	4(21,1)	
Emekli	1(5,3)	1(5,3)	4(21,1)	4(21,1)	
Diğer*	2(10,5)	3(15,8)	4(21,1)	3(15,8)	
Sigara kullanımı					
Var	1(5,3)	3(15,8)	5(26,3)	2(10,5)	$^2\chi^2=3,412$
Yok	18(94,7)	16(84,2)	14(73,7)	17(89,5)	p=0,373

$\bar{X}$: Aritmetik Ortalama, SS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer

KW= Kruskal Wallis testi, $^1\chi^2$ =Pearson Ki-kare testi, $^2\chi^2$ = Fisher's Exact Test

*Serbest Meslek, İşçi

Çizelge 4.1.'de araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımına yer verilmiştir. Çizelge incelendiğinde; her dört

grubun da yaş, cinsiyet, medeni durum, beden kütle indeksi, çalışma durumu, meslek, sigara kullanım özellikleri yönünden benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hastaların kahve grubunda olanların diğer gruplara göre en yüksek eğitim seviyesine sahip olduğu saptanmış ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,035$).

Çizelge’de yer almayan ancak araştırmada elde edilen bulgulara göre; araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunun alkol (%96,1) kullanmadığı, %26,3’ünün kronik hastalığı olduğu ve %25’inin sürekli kullandığı en az bir ilacı olduğu belirlenmiştir. Hastaların kronik hastalık durumu incelendiğinde; çay grubundaki hastaların hiçbirinde kronik hastalık bulunmadığı, kahve grubunda %5,3, ılık su grubunda %52,6 ve kontrol grubunda %47,4 olduğu bulunmuştur. Hastaların sürekli ilaç kullanımı incelendiğinde ise; çay grubundaki hastaların hiçbirinin ilaç kullanmadığı, kahve grubunun %5,3’ünün, ılık su grubunun %47,4’ünün ve kontrol grubunun ise %47,4’ünün ilaç kullandığı belirlenmiştir. Hastaların kronik hastalıklar ve sürekli ilaç kullanımı özellikleri yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Çizelge 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların bağırsak hareketliliğini etkileyen özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Müdahale			Kontrol (n=19) n(%)	İstatistiksel Analiz
	Çay (n=19) n(%)	Kahve (n=19) n(%)	Ilık Su (n=19) n(%)		
AMELİYAT ÖNCESİ					
Defekasyon sıklığı					
Her gün bir ve üzeri	16(84,2)	15(78,9)	14(73,7)	12(63,2)	$^2\chi^2=2,377$ $p=0,559$
İki/üç günde bir	3(15,8)	4(21,1)	5(26,4)	7(36,9)	
Gaz çıkarmada zorlanma					
Zorlanan	1(5,3)	0(0)	2(10,5)	2(10,5)	$^2\chi^2=2,416$ $p=0,746$
Zorlanmayan	18(94,7)	19(100)	17(89,5)	17(89,5)	
Karında şişlik/ rahatsızlık hissetme					
Sık sık	2(10,5)	1(5,3)	8(42,1)	8(42,1)	$^2\chi^2=19,168$ $p=0,003$
Ara sıra	5(26,3)	6(31,6)	8(42,1)	7(36,9)	
Nadiren	12(63,2)	12(63,2)	3(15,8)	4(21,1)	
Günlük su tüketim alışkanlığı					
$\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	1526,31 $\pm$ 362,23 (1000-2000)	1439,47 $\pm$ 376,59 (600-2000)	1415,78 $\pm$ 681,91 (200-3000)	1881,57 $\pm$ 817,04 (400-3500)	KW=5,997 $p=0,112$
Açlık süresi					
$\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	9,47 $\pm$ 2,06 (4,5-15)	10,05 $\pm$ 1,97 (7,5-15)	9,44 $\pm$ 2,80 (5,5-17)	11,36 $\pm$ 3,22 (6-18)	KW=5,300 $p=0,151$
AMELİYAT SIRASI					
Anestezi süresi (dk)					
$\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	60,78 $\pm$ 3,44b (60-75)	61,31 $\pm$ 4,02b (60-75)	70,26 $\pm$ 11,48a (50-90)	64,73 $\pm$ 19,32ab (30-120)	KW=11,851 $p=0,008$
Ayılma ünitesinde kalma süresi (dk)					
$\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	45,52 $\pm$ 13,52 (15-60)	49,21 $\pm$ 12,16 (20-70)	42,63 $\pm$ 13,67 (20-60)	36,57 $\pm$ 15,18 (20-60)	KW=7,130 $p=0,068$
Ameliyathanede toplam sıvı alımı (ml)					
$\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	1000,00 $\pm$ 00,00 (1000-1000)	1013,15 $\pm$ 57,35 (1000-1250)	994,73 $\pm$ 22,94 (900-1000)	992,10 $\pm$ 41,71 (900-1100)	KW=3,416 $p=0,332$
AMELİYAT SONRASI					
İlk 24 saat toplam sıvı alımı (ml)					
$\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	2042,10 $\pm$ 167,71 (1800-2400)	2115,78 $\pm$ 300,48 (1550-2750)	2134,21 $\pm$ 292,52 (1650-2600)	1968,42 $\pm$ 340,02 (1600-2700)	KW=4,904 $p=0,179$
Bulantı durumu					
Var	1(5,3)	2(10,5)	7(36,8)	15(78,9)	$^1\chi^2=29,267$ $p<0,001$
Yok	18(94,7)	17(89,5)	12(63,2)	4(21,1)	
Kusma durumu					
Var	0(0)	0(0)	1(5,3)	2(10,5)	$^2\chi^2=3,005$ $p=0,610$
Yok	19(100)	19(100)	18(94,7)	17(89,5)	
Antiemetik kullanımı					
2 doz	10(52,6)	8(42,1)	9(47,4)	7(36,8)	$^1\chi^2=1,064$ $p=0,786$
3 doz	9(47,4)	11(57,9)	10(52,6)	12(63,2)	
Opioid kullanımı					
2 doz	12(63,2)	14(73,7)	14(73,7)	12(63,2)	$^1\chi^2=,974$ $p=0,807$
3 doz	7(36,8)	5(26,3)	5(26,3)	7(36,8)	
NSAİİ kullanımı					
2 doz	16(84,2)	12(63,2)	15(78,9)	16(84,2)	$^2\chi^2=2,971$ $p=0,393$
3 doz	3(15,8)	7(36,8)	4(21,1)	3(15,8)	

$\bar{X}$: Aritmetik Ortalama, SS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer

NSAİİ: Nonsteroid anti-inflamatuvar ilaç, ml: mililitre, dk: dakika

KW= Kruskal Wallis testi, χ^2 =Pearson Ki-kare testi, χ^2 = Fisher's Exact Test

a, b: Grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları göstermektedir ($a>b$). Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Çizelge 4.2.'te müdahale ve kontrol grubundaki hastaların bağırsak hareketliliğini etkileyen özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların ameliyat öncesi dönemde bağırsak alışkanlıklarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; her dört grubun defekasyon sıklığı, gaz çıkarmada zorlanma durumu, günlük su tüketim alışkanlığı ve ameliyat öncesi açlık süresi özellikleri yönünden birbiriyle benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Hastaların karında şişlik ve rahatsızlık hissetme durumu özellikleri yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Ilık su grubundaki hastaların diğer gruptaki hastalara göre daha fazla karında şişlik ve rahatsızlık hissi deneyimledikleri belirlenmiştir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların ameliyat sırası döneme ilişkin bağırsak hareketliliğini etkileyen özellikleri incelendiğinde; araştırmada ılık su grubundaki hastaların diğer gruplara göre anestezi süresinin daha fazla olduğu ($70,26\pm 11,48$) ve dört grup arasında ameliyat süresi ortalaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,008$). Yapılan istatistiksel değerlendirmede; her dört grubun ayılma ünitesinde kalma süresinin ve ameliyathanede toplam sıvı alım miktarının birbiriyle benzerlik gösterdiği, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Hastaların ameliyat sonrası döneme ilişkin bağırsak hareketliliğini etkileyen özellikleri ile gruplar arası karşılaştırmaları incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte toplam sıvı alımı ortalamasının çay grubunda $2042,10\pm 167,71$ ml, kahve grubunda $2115,78\pm 300,48$ ml, ılık su grubunda $2134,21\pm 292,52$ ml ve kontrol grubunda $1968,42\pm 340,02$ olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; her dört grubun da ameliyat sonrası ilk 24 saatte toplam sıvı alım miktarı yönünden birbiriyle benzerlik gösterdiği, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Müdahale ve kontrol gruplarında yer alan hastaların çoğunda ameliyat sonrası dönemde bulantı ve kusma gelişmemiştir. Çalışmada, kontrol grubundaki hastalarda diğer hastalara göre daha fazla bulantı (%78,9) geliştiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yapılan istatistiksel analizler sonucunda; dört grubun ameliyat sonrası kusma durumu birbiriyle benzerlik gösterdiği, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Çizelgede yer almamakla birlikte; üç hastada gelişen kusma durumu ameliyat sonrası ilk dört saat içerisinde gelişmiştir.

Çizelge 4.2. incelendiğinde; dört grubun ameliyat sonrası antiemetik, opioid ve nonsteroid anti-inflamatuar ilaç kullanımı yönünden birbiriyle benzerlik gösterdiği, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Hastaların çoğunda ameliyat sonrası dönemde üç doz antiemetik, iki doz opioid ve üç doz nonsteroid anti-inflamatuar ilaç kullanıldığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte toplam mobilizasyon süresi ve sıklığının dağılımı (n=76)

İlk 24 saatte mobilizasyon süresi (dakika) ve sıklığı	Müdahale			Kontrol (n=19) n(%)	İstatistiksel Analiz
	Çay (n=19) n(%)	Kahve (n=19) n(%)	Ilık Su (n=19) n(%)		
Mobilizasyon süresi					
$\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	133,00±10,28a (123-145)	132,21±9,90a (120-150)	130,00±9,72a (120-150)	49,84±18,19b (24-85)	KW=43,814 p<0,001
Mobilizasyon sıklığı					
≤5 kez	0(0)	0(0)	0(0)	10(52,6)	²x²=39,150 p<0,001
6-9 kez	6(31,6)	9(47,4)	7(36,8)	9(47,4)	
≥10 kez	13(68,4)	10(52,6)	12(63,2)	0(0)	

$\bar{X}$: Aritmetik Ortalama, SS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer

KW= Kruskal Wallis testi, χ^2 = Fisher's Exact Test

a, b: Grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları göstermektedir ($a>b$). Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Çizelge 4.3'te müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte mobilizasyon süresi ve mobilizasyon sıklığının dağılımı yer almaktadır. Hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon süresi ortalaması çay grubunda 133,00 $\pm$ 10,28 dakika, kahve grubunda 132,21 $\pm$ 9,90 dakika, ılık su grubunda 130,00 $\pm$ 9,72 dakika ve kontrol grubunda 49,84 $\pm$ 18,19 dakikadır. Müdahale gruplarının kontrol grubuna göre daha fazla süre mobilize olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası dönemde mobilizasyon sıklığı incelendiğinde; hastaların çay grubunda %68,4'ünün, kahve grubunda %52,6'sının, ılık su grubunda %63,2'sinin 10 kez ve üzeri sıklıkta mobilize olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise %52,6'sının 5 kez ve altında sıklıkta mobilize olduğu saptanmıştır. Müdahale gruplarında yer alan hastaların kontrol grubuna göre mobilizasyon sıklığının daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ilk gaz çıkarma, ilk gaita çıkarma ve hastanede kalma sürelerinin dağılımı (n=76)

Süre (saat)	Müdahale			Kontrol (n=19) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	İstatistiksel Analiz
	Çay (n=19) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	Kahve (n=19) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	Ilık Su (n=19) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)		
İlk gaz çıkarma	11,34±1,43b (8-14)	9,47±1,18c (7-12)	10,26±1,60c (8-15)	17,65±6,53a (7-34)	KW=30,237 p<0,001
İlk gaita çıkarma	40,02±4,62 (32-51)	38,10±2,80 (32-42)	37,94±4,58 (24-48)	40,81±9,31 (22,5-58)	KW=2,678 p=0,444
Hastanede kalma	36,36±6,32 (20,5-46)	34,10±6,48 (23-42)	34,31±8,41 (20,5-47)	35,07±7,97 (24-48)	KW=,336 p=0,953

$\bar{X}$: Aritmetik Ortalama, SS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer

KW= Kruskal Wallis testi

a, b, c: Grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları göstermektedir (a>b>c). Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Çizelge 4.4'te müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası ilk gaz çıkarma, ilk gaita çıkarma ve hastanede kalma sürelerinin dağılımı yer almaktadır. Hastalar arasındaki ilk gaz çıkarma süresinin, kahve, ılık su, çay ve kontrol grubu olarak sıralandığı belirlenmiştir. Hastaların ilk gaz çıkarma süresi ortalaması kahve grubunda 9,47±1,18 saat, ılık su grubunda 10,26±1,60 saat, çay grubunda 11,34±1,43 saat ve kontrol grubunda 17,65±6,53 saat olarak belirlenmiştir. Çalışmada kahve ve ılık su grubundaki hastaların çay grubuna göre; çay grubundaki hastaların ise kontrol grubuna göre ameliyat sonrası dönemde ilk gaz çıkarma sürelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Hastaların ilk gaita çıkarma süresi ortalaması sıralandığında; ılık su grubunda 37,94±4,58 saat, kahve grubunda 38,10±2,80 saat, çay grubunda 40,02±4,62 saat ve kontrol grubunda 40,81±9,31 saat olarak belirlenmiştir. Hastaların hastanede kalma süresi ortalaması sıralandığında ise; kahve grubunda 34,10±6,48 saat, ılık su grubunda 34,31±8,41 saat, kontrol grubunda 35,07±7,97 saat ve çay grubunda 36,36±6,32 saat olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda; dört grubun ameliyat sonrası ilk gaita çıkarma ve hastanede kalma süreleri yönünden birbiriyle benzerlik gösterdiği, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Çizelge 4.5. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası bağırsak hareketi sayısı ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması (n=76)

İzlem zamanı	Bağırsak hareketi sayısı ortalamaları				İstatistiksel Analiz
	Müdahale			Kontrol (n=19)	
	Çay (n=19) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	Kahve (n=19) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	Ilık Su (n=19) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	$\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	
4. saat	0,10±0,45 (0-2)	0,15±0,37 (0-1)	0,15±0,50 (0-2)	0,00±0,00 (0-0)	KW=3,385 p=0,336
5. saat	0,84±1,01a (0-3)	1,05±0,52a (0-2)	1,63±1,11a (0-4)	0,00±0,00b (0-0)	KW=35,158 p<0,001
6. saat	1,78±0,85a (1-3)	2,00±0,47a (1-3)	2,57±0,96a (1-4)	0,15±0,37b (0-1)	KW=47,206 p<0,001
7. saat	2,52±0,77b (2-4)	2,68±0,82ab (1-4)	3,42±1,01a (2-6)	0,42±0,60c (0-2)	KW=47,167 p<0,001
8. saat	3,31±1,00b (2-5)	4,26±0,99a (2-5)	4,05±0,62ab (3-5)	0,63±0,68c (0-2)	KW=48,528 p<0,001

$\bar{X}$: Aritmetik Ortalama, SS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer

KW=Kruskal Wallis testi

a, b, c: Grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları göstermektedir (a>b>c). Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Çizelge 4.5'te müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası bağırsak hareketi sayısı ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların ameliyat sonrası bağırsak hareketi sayısı ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında, 4. saatte dört grubun ameliyat sonrası bağırsak hareketi ortalamaları yönünden birbiriyle benzerlik gösterdiği, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05). Ameliyat sonrası 5. ve 6. saatlerde müdahale gruplarının kontrol grubuna göre bağırsak hareketi sayısı ortalamasının daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,001). Hastaların ameliyat sonrası 7. saatte bağırsak hareketi sayısı ortalamasının ılık su grubunda kahve grubuna göre, kahve grubunda çay grubuna göre, çay grubunda kontrol grubuna göre arttığı ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,001). Ameliyat sonrası 8. saatte ise bağırsak hareketi sayısı ortalamasının kahve grubunda ılık su grubuna göre, ılık su grubunda çay grubuna göre, çay grubunda ise kontrol grubuna göre arttığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,001).

Çizelge 4.6. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası bağırsak hareketi sayısı ortalamalarının grup içi karşılaştırılması ve izlemler arası farkı (n=76)

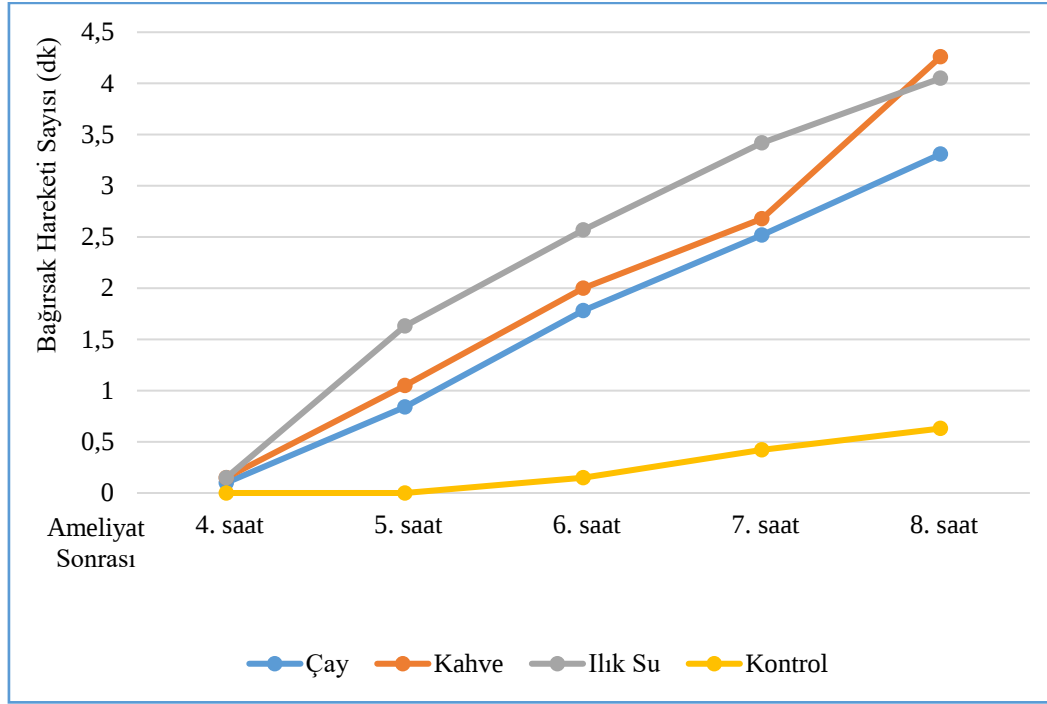
İzlem Zamanı	Bağırsak hareketi sayısı ortalaması			
	Müdahale			Kontrol (n=19) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)
	Çay (n=19) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	Kahve (n=19) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	Ilık Su (n=19) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Maks)	
4. saat	0,10±0,45 (0-2)	0,15±0,37 (0-1)	0,15±0,50 (0-2)	0,00±0,00 (0-0)
5. saat	0,84±1,01 (0-3)	1,05±0,52 (0-2)	1,63±1,11 (0-4)	0,00±0,00 (0-0)
6. saat	1,78±0,85 (1-3)	2,00±0,47 (1-3)	2,57±0,96 (1-4)	0,15±0,37 (0-1)
7. saat	2,52±0,77 (2-4)	2,68±0,82 (1-4)	3,42±1,01 (2-6)	0,42±0,60 (0-2)
8. saat	3,31±1,00 (2-5)	4,26±0,99 (2-5)	4,05±0,62 (3-5)	0,63±0,68 (0-2)
Grup içi karşılaştırma	$\chi^2 F=70,625$ p<0,001	$\chi^2 F=73,260$ p<0,001	$\chi^2 F=66,686$ p<0,001	$\chi^2 F=30,894$ p<0,001
İzlemler arası fark				
5. saat- 4. saat	Z=-2,913 p=0,004	Z=-4,123 p<0,001	Z=-3,703 p<0,001	Z=0000 p=1,000
6. saat- 5. saat	Z=-3,626 p<0,001	Z=-4,025 p=0,001	Z=-3,448 p=0,001	Z=-1,732 p=0,083
7. saat- 6. saat	Z=-3,742 p<0,001	Z=-3,357 p<0,001	Z=-2,863 p=0,004	Z=-2,236 p=0,025
8. saat- 7. saat	Z=-3,873 p<0,001	Z=-3,703 p<0,001	Z=-2,321 p=0,020	Z=-2,000 p=0,046

$\bar{X}$: Aritmetik Ortalama, SS: Standart sapma, Min: En küçük değer, Maks: En büyük değer
 $\chi^2 F$ = Friedman testi, Z= Wilcoxon testi

Çizelge 4.6’te müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası bağırsak hareketi değerlendirme zamanları arasındaki anlamlılığın hangi izlem zamanından kaynaklandığını belirlemek amacıyla grup içi karşılaştırma ve izlem saatleri arasındaki farkın karşılaştırılması yapılmıştır. Çay grubunda ameliyat sonrası bağırsak hareketi sayısı ortalamasının 4. saatte 0,10±0,45; 5. saatte 0,84±1,01; 6. saatte 1,78±0,85; 7. saatte 2,52±0,77 ve 8. saatte 3,31±1,00 olduğu belirlenmiştir. Ameliyat sonrası bağırsak hareketinin tekrarlayan izlemlerinde bağırsak hareketi sayı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($\chi^2 F=70,625$; $p<0,001$). Kahve grubunda ameliyat sonrası bağırsak hareketi ortalamasının 4. saatte 0,15±0,37; 5. saatte 1,05±0,52; 6. saatte 2,00±0,47; 7. saatte 2,68±0,82 ve 8. saatte 4,26±0,99 olduğu belirlenmiştir. Ameliyat sonrası bağırsak hareketinin tekrarlayan izlemlerinde bağırsak hareketi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($\chi^2 F=73,260$; $p<0,001$). Ilık su grubunda ameliyat sonrası bağırsak hareketi ortalamasının 4. saatte 0,15±0,50; 5. saatte 1,63±1,11; 6. saatte 2,57±0,96; 7. saatte 3,42±1,01 ve 8. saatte 4,05±0,62 olduğu

belirlenmiştir. Ameliyat sonrası bağırsak hareketinin tekrarlayan izlemlerinde bağırsak hareketi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($\chi^2F=66,686$; $p<0,001$). Kontrol grubunda ameliyat sonrası 4. ve 5. saatte bağırsak hareketi olmadığı belirlenmiştir. Hastaların bağırsak hareketi sayısının ortalaması 6. saatte $0,15\pm0,37$; 7. saatte $0,42\pm0,60$ ve 8. saatte $0,63\pm0,68$ olduğu belirlenmiştir. Ameliyat sonrası bağırsak hareketinin tekrarlayan izlemlerinde bağırsak hareketi sayısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($\chi^2F=30,894$; $p<0,001$).

Çay grubunda izlemler arasındaki anlamlılığın hangi zaman aralığından kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmada; ameliyat sonrası 5. saat 4. saate göre ($p=0,004$); 6. saat 5. saate göre ($p<0,001$); 7. saat 6. saate göre ($p<0,001$); 8. saat 7. saate göre bağırsak hareketi sayısı arasında oluşan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Kahve grubunda izlemler arasındaki anlamlılığın hangi zaman aralığından kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmada; ameliyat sonrası 5. saatte 4. saate göre ($p<0,001$); 6. saatte 5. saate göre ($p=0,001$); 7. saatte 6. saate göre ($p<0,001$); 8. saatte 7. saate göre bağırsak hareketi sayısı arasında oluşan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Ilık su grubunda izlemler arasındaki anlamlılığın hangi zaman aralığından kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmada; ameliyat sonrası 5. saatte 4. saate göre ($p<0,001$); 6. saatte 5. saate göre ($p=0,001$) bağırsak hareketi sayısı arasında oluşan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların 7. saatte 6. saate göre ($p=0,004$); 8. saatte 7. saate göre bağırsak hareketi sayısı arasında oluşan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,020$). Kontrol grubunda izlemler arasındaki anlamlılığın hangi zaman aralığından kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmada; ameliyat sonrası 5. saat 4. saate göre ($p=1,000$); 6. saatte 5. saate göre ($p=0,083$) bağırsak hareketi sayısı arasında istatistiksel olarak anlam fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların 7. saatte 6. saate göre ($p=0,025$) ve 8. saatte 7. saate göre bağırsak hareketi sayısı arasında oluşan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,046$).



Şekil 4.1. Ameliyat sonrası 4. ve 8. saatler arasındaki bağırsak hareketi sayısı

Şekil 4.1’de hastaların ameliyat sonrası 4. ve 8. saatler arasındaki bağırsak hareketi sayısı ortalaması yer almaktadır. Grafikte her dört grubun ameliyat sonrası 4. saatten 8. saate kadar bağırsak hareketi sayısının arttığı görülmektedir.

Çizelge 4.7. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon özellikleri ile bağırsak hareketi sayısı ortalamalarının karşılaştırılması (n=76)

Ameliyat sonrası mobilizasyon özellikleri	Bağırsak Hareketi Sayısı			Kontrol (n=19)
	Müdahale			
	Çay (n=19)	Kahve (n=19)	Ilık Su (n=19)	
Mobilizasyon süresi				
<i>İstatistiksel Analiz</i>	r:0,340 p:0,155	r:0,148 p:0,545	r:-0,347 p:0,146	r:0,016 p:0,947
Mobilizasyon sıklığı	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
≤5 kez	-	-	-	1,40±1,64
6-9 kez	6,66±3,14	9,11±2,75	12,85±3,48	1,00±1,41
≥10 kez	9,46±3,35	11,10±1,66	11,25±3,04	-
<i>İstatistiksel Analiz</i>	u:15,5 p:0,037	u:28,5 p:0,160	u:32,0 p:0,396	u:38,0 p:0,543

u: Mann-Whitney U testi, r: Spearman Korelasyon Katsayısı

Çizelge 4.7’de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon özellikleri ile bağırsak hareketi sayısı ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır. Hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon süresi ile bağırsak hareketi sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Çay grubundaki hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon sıklığı ile bağırsak hareketi sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,037$). Bu farklılık çay grubunda 10 kez ve üzeri mobilize olan hastaların bağırsak hareketi sayısının daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Kahve, ılık su ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon sıklığı ile bağırsak hareketi sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında sağlık ekibi içinde etkin rolü bulunmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatından sonra hastalarda pnömoperitonyumun olumsuz etkilerini azaltmak, gelişebilecek olası komplikasyonları önlemek ve erken dönemde iyileşmeyi sağlamak için “*erken mobilizasyon*” ve “*gastrointestinal motilitenin uyarılması*” hemşirelik bakımının öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır. Bu hedeflerden yola çıkarak araştırmada, farmakolojik olmayan yöntemlerden erken mobilizasyon ile erken dönemde çay, kahve ya da ılık su tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi planlanmıştır. Bu bölümde; laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrasında erken mobilizasyon ile çay, kahve ya da ılık su verilen müdahale grubundaki hastalar ile rutin klinik uygulaması dışında herhangi bir girişim yapılmayan kontrol grubundaki hastaların mobilizasyon durumu, ilk gaz çıkarma süresi, ilk gaita çıkarma, hastanede kalma süresi ve bağırsak hareketi sayısı ortalamaları özellikleri tartışılmıştır.

Literatürde laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların erken dönemde mobilizasyonu ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine etkisine ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma sonuçları, laparoskopik kolesistektomi ya da farklı abdominal cerrahi geçiren, erken mobilizasyon ya da erken oral alım girişimlerinin ayrı ayrı uygulandığı çalışmalar ile bağırsak hareketlerini artırmaya yönelik uygulanan farmakolojik olmayan yöntemlerin bağırsak fonksiyonları üzerine etkisini inceleyen çalışma bulgularıyla tartışılmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde; müdahale ve kontrol gruplarında yer alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde grupların yaş, cinsiyet, medeni durum, beden kütle indeksi, çalışma durumu, meslek, sigara kullanımı bakımından homojen dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.1). Çalışmada her dört grubun da ameliyat öncesi dönemde açlık süresi ortalaması, defekasyon sıklığı, gaz çıkarmada zorlanma durumu, ayılma ünitesinde kalma süresi, ameliyathanede ve ameliyat sonrası ilk 24 saatte toplam sıvı alım miktarı, kusma durumu, ilaç kullanımı özelliklerinin birbiriyle benzer olduğu saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.2). Grupların homojen dağılım göstermesinin, erken mobilizasyon ve erken sıvı tüketiminin (çay, kahve, ılık su) etkinliğinin belirlenmesinde önemli olduğu düşünülmektedir (Kavuncu, 2018).

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatlari sonrasında hastaların erken mobilizasyon için desteklenmesi, iyileşmeyi ve taburculuk süresini hızlandırmak için önemli olan girişimlerden biridir (Lassen ve diğerleri, 2009). Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre; müdahale grubundaki hastaların kontrol grubuna göre mobilizasyon süresinin ve sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.3). Araştırma sonucuna benzer olarak, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarla yapılan bir çalışmada, bağırsak motilitesini artırmak için yapılan girişimin hastaların mobilizasyon süre ve sıklığını artırdığı bildirilmiştir (Urcanoglu ve Yildiz, 2021). Bir başka çalışmada, kolesistektomi ameliyatı sonrasında hemşire liderliğinde yürütülen mobilizasyon programının hastaların ilk gaz ve ilk gaita çıkarma zamanını kısalttığı belirlenmiştir (Aldemir ve Sayılan, 2020). Bu araştırmadaki durumun müdahale grubundaki hastaların erken mobilizasyon için bir sağlık profesyoneli tarafından desteklenmesi, ameliyat sonrası ilk 24 saatte en az iki saat yürüme hedefi konulması ancak kontrol grubunun bu desteği almamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca klinik gözlemlerimize dayalı olarak, kontrol grubundaki hastaların ilk gaz ve ilk gaita çıkarma süresinin daha geç olması nedeniyle ağrı, şişkinlik hissi, yorgunluk hissi deneyimledikleri bu durumun ise mobilize olma isteklerini azaltması ve böylece mobilizasyon sıklığının daha az olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatlari sonrasında hastaların erken dönemde oral beslenmeye başlatılması önerilmektedir (Lassen ve diğerleri, 2009). Araştırmada kahve ve ılık su grubundaki hastaların çay ve kontrol grubuna göre, çay grubundaki hastaların ise kontrol grubuna göre ameliyat sonrası dönemde ilk gaz çıkarma sürelerinin anlamlı derecede daha kısa olduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.4). Abdominal cerrahi sonrasında hastaların ameliyattan iki saat sonra kahve tüketiminin güvenli olduğu bildirilmektedir (Kane, Tubog ve Schmidt, 2020). Bu araştırmada, kahve grubundaki hastaların ilk gaz çıkarma süresinin kontrol grubuna göre daha erken olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına benzer olarak, literatürde abdominal cerrahi sonrasında kahve tüketiminin hastaların ilk bağırsak hareketi (Gkegkes ve diğerleri, 2020; Yang ve diğerleri, 2022), ilk gaz çıkışı (Gkegkes ve diğerleri, 2020; Kane, Tubog ve Schmidt, 2020), ilk defekasyon (Cornwall, Edwards, Curran ve Boyce, 2020; Watanabe, Miki, Koizumi, Kotani ve Sata, 2021) ve hastanede kalma süresini (Watanabe ve diğerleri, 2021; Yang ve diğerleri, 2022) azalttığını bildirilen çalışmalar yer almaktadır. Elektif kolektomi ameliyatı yapılan hastalarla yürütülen bir araştırmada; ameliyat sonrası günde 3 kez 100 ml miktarda, sütsüz, şekerli kahve tüketen hastaların ilk

bağırsak hareketi süresi, katı diyetle tolerans ve ilk gaz çıkışı süresinin daha erken olduğu belirlenmiştir (Müller ve diğerleri, 2012). Jinekolojik cerrahi geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada; kafeinli kahve tüketen hastaların herhangi bir müdahale uygulanmayan kontrol grubuna göre ilk gaz çıkışı, ilk defekasyon ve ilk bağırsak hareketi süresinin kısaldığı bulunmuştur (Güngördük ve diğerleri, 2017). Spinal anestezi altında sezaryen doğum yapan kadınlarla yürütülen çalışmalarda, kahve tüketiminin bağırsak fonksiyonlarını hızlandırmada ve ilk gaz çıkarma süresini azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (Goymen ve diğerleri, 2017; Gül ve Kırcı, 2020; Koseoglu ve diğerleri, 2020; Rabiepoor ve diğerleri, 2018). Araştırma bulguları, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile kahve tüketiminin ilk gaz çıkarma süresi üzerinde etkili olduğunu göstermesi ile H_{0-b} (*Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile kahve tüketiminin ilk gaz çıkarma süresi üzerine etkisi yoktur*) hipotezini reddetmektedir.

Araştırmada ılık su grubundaki hastaların ilk gaz çıkarma süresinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha kısa olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası 4. saatte hastaların 200 ml ılık su tüketiminin ilk gaz çıkarma süresini kısalttığı saptanmıştır. Çalışmada, hastaların ortalama gaz çıkarma süresi deney grubunda 11 ± 4.2 saat ve kontrol grubunda 18.6 ± 6 saattir (Çalışkan ve diğerleri, 2016). Bu çalışmanın sonucu araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Literatürde laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası erken dönemde ılık su tüketiminin güvenli olduğu ve iyi tolere edildiği bildirilmektedir (Çalışkan ve diğerleri, 2016; Wu ve diğerleri, 2019). Araştırma bulguları, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile ılık su tüketiminin ilk gaz çıkarma süresi üzerinde etkili olduğunu göstermesi ile H_{0-c} (*Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile ılık su tüketiminin ilk gaz çıkarma süresi üzerine etkisi yoktur*) hipotezini reddetmektedir.

Araştırmada çay grubundaki hastaların ilk gaz çıkarma süresinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha kısa olduğu saptanmıştır. Literatürde tek başına çay tüketiminin bağırsak hareketlerine etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bulgunun çay grubundaki hastaların erken dönemde mobilize olması ve 4. saatte sıvı tüketerek bağırsak motilitesinin uyarılmasının bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Araştırma bulguları, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile çay

tüketiminin ilk gaz çıkarma süresini azaltmada etkili olduğunu göstermesi ile H_{0-a} (*Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile çay tüketiminin ilk gaz çıkarma süresi üzerine etkisi yoktur*) hipotezini reddetmektedir.

Araştırmada kahve ve ılık su grubundaki hastaların ilk gaz çıkarma süresinin kontrol grubuna göre daha kısa olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına benzer olarak, kolektomi cerrahi sonrasında hastaların bağırsak hareketlerinin başlama süresinde sırasıyla kafeinsiz kahve, kafeinli kahve ve su tüketimin etkili olduğu bulunmuştur (Dulkas ve diğerleri, 2015). Laparoskopik ventral rektopleksi ameliyatından sonra 5. saatten başlanarak ilk defekasyona kadar günde üç kez ve 100 ml miktarda kahve ya da ılık su içen hastalarda, kahve grubunda ilk gaz çıkışı ve ilk defekasyon süresinin daha erken sürede olduğu bildirilmiştir (Hayashi ve diğerleri, 2019). Jinekolojik cerrahi geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada, kafeinli kahve tüketen hastaların ılık su tüketen hastalara göre ilk gaz çıkışı, ilk defekasyon ve ilk bağırsak hareketi süresinin kısaltıldığı bulunmuştur (Güngördük ve diğerleri, 2020). Sezaryan sonrası Türk kahvesi ve ılık su tüketiminin bağırsak motilitesi üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, ameliyat sonrası 4. saatte ve 12. saatte 65 cc Türk kahvesi tüketimin ılık su tüketimine göre ilk gaz çıkarma süresini azalttığı saptanmıştır (Simsek ve diğerleri, 2022). Bu durumun ameliyat sonrası erken oral hidrasyonun bağırsak motilitesini artırdığı ve bu nedenle hastaların bağırsak hareketlerinin başlamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada kahve ve ılık su grubundaki hastaların ilk gaz çıkarma süresinin çay grubuna göre daha kısa olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına benzer olarak, kolorektal cerrahi geçiren hastalarla yürütülen çalışmalarda ameliyat sonrasında kahve grubunun çay grubuna göre ilk bağırsak hareketlerinin, ilk defekasyon süresinin daha erken başladığı ve hastanede kalma süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir (Gehrer ve diğerleri, 2019; Piric ve diğerleri, 2015). Bir başka çalışmada ise jinekolojik cerrahi sonrasında erken mobilizasyonu sağlanarak bir gruba 120 ml miktarında ılık su ve diğer gruba ise aynı miktarda çay içirilmiştir. Araştırmamızdan farklı olarak bu çalışmada, çayın ılık suya göre ilk bağırsak hareketi ve ilk defekasyon zamanını kısaltmada daha etkili olduğu belirlenmiştir (Phutsisen ve diğerleri, 2019).

Araştırmada hastaların bağırsak hareketi sayısının ameliyat sonrası 4. saatten 8. saate kadar arttığı ve müdahale gruplarında kontrol grubuna göre sayının daha fazla olduğu bulunmuştur

(Bkz. Çizelge 4.6). Araştırmamıza benzer olarak, yapılan bir çalışmada sezaryen sonrası ilk mobilizasyonu 4. saatte sağlanan kadınların mobilize olmayan kontrol grubuna göre bağırsak hareketleri sayısının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Herman, Santoso ve Yunitasari, 2019). Kolektomi ameliyatı sonrasında egzersizin bağırsak fonksiyonlarını hızlandırarak hastaların ilk gaz çıkarma ve hastanede yatma süresini kısalttığı bulunmuştur (Ahn ve diğerleri, 2013).

Sonuç olarak laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile erken oral sıvı tüketiminin etkisinin incelendiği bu çalışmada; kahve ve ılık su tüketiminin çay ve kontrol grubuna göre; çayın ise kontrol grubuna göre ameliyat sonrası ilk gaz çıkarma süresini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan aşağıda yer alan sonuçlar ve öneriler elde edilmiştir.

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmanın sonucunda;

- Araştırma çay (n=19), kahve (n=19), ılık su (n=19) ve kontrol (n=19) grubu olmak üzere 76 hasta ile tamamlanmıştır (Çizelge 4.1).
- Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $48,43 \pm 10,16$ olup, %72,4'ü kadın ve %84,2'si evlidir. Hastaların %38,2'si 30 ve üzeri beden kütle indeksindedir. Hastaların %34,2'si lise ve %30,3'ü üniversite mezunudur. Hastaların %63,2'si herhangi bir işte çalışmamakta, %44,7'si ev hanımı ve %85,5'i sigara içmemektedir. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, beden kütle indeksi, çalışma durumu, meslek, sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$) (Çizelge 4.1).
- Araştırmada çay, kahve ve ılık su grubundaki hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte en az 2 saat mobilize olduğu bulunmuştur. Hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon süresi ortalaması çay grubunda $133,00 \pm 10,28$ dakika, kahve grubunda $132,21 \pm 9,90$ dakika, ılık su grubunda $130,00 \pm 9,72$ dakika, kontrol grubunda $49,84 \pm 18,19$ dakikadır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Çizelge 4.3).
- Hastaların çay grubunda %68,4'ünün, ılık su grubunda %63,2'sinin, kahve grubunda %52,6'sının ameliyat sonrası ilk 24 saatte en az 10 kez mobilize olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun ise %52,6'sının beş kezden daha az mobilize olduğu saptanmıştır. Müdahale gruplarında yer alan hastaların kontrol grubuna göre mobilizasyon sıklığının arttığı ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Çizelge 4.3).
- Ameliyat sonrası erken mobilizasyon ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin hastaların ameliyat sonrası dönemde ilk gaz çıkarma süresini azalttığı bulunmuştur. Araştırmada hastaların ilk gaz çıkarma süresi kahve grubunda $9,47 \pm 1,18$ saat, ılık su grubunda $10,26 \pm 1,60$ saat, çay grubunda $11,34 \pm 1,43$ saat ve kontrol grubunda 17,65 saat olarak

belirlenmiştir. Çalışmada kahve ve ılık su grubundaki hastaların çay grubuna göre; çay grubundaki hastaların ise kontrol grubuna göre ameliyat sonrası dönemde ilk gaz çıkarma sürelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.4).

- Çalışmada ameliyat sonrası erken mobilizasyon ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin hastaların ilk gaita çıkarma süresi üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Hastaların ilk gaita çıkarma süreleri sıralandığında; ılık su grubunda $37,94\pm4,58$ saat, kahve grubunda $38,10\pm2,80$ saat, çay grubunda $40,02\pm4,62$ saat ve kontrol grubunda $40,81\pm9,31$ saattir. Çalışmada yer alan grupların hastanede kalma süreleri yönünden birbiriyle benzerlik gösterdiği, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 4.4).
- Ameliyat sonrası erken mobilizasyon ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin hastaların hastanede kalma süresi üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Hastaların hastanede kalma süresi; kahve grubunda $34,10\pm6,48$ saat, ılık su grubunda $34,31\pm8,41$ saat, kontrol grubunda $35,07\pm7,97$ saat ve çay grubunda $36,36\pm6,32$ saat olup gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.4).
- Araştırmada ameliyat sonrası erken mobilizasyon ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin hastaların bağırsak hareketleri sayısını artırmada etkili olduğu bulunmuştur. Dört grup arasında ameliyat sonrası 5., 6., 7. ve 8. saatte bağırsak hareketleri sayısı ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Çizelge 4.5).

Hipotezlerin Araştırma Sonuçları Doğrultusunda Sınanması;

- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile çay tüketiminin ilk gaz çıkarma süresi üzerine etkisi vardır. H_{0-a} hipotezi reddedildi.
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile kahve tüketiminin ilk gaz çıkarma süresi üzerine etkisi vardır. H_{0-b} hipotezi reddedildi.
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile ılık su tüketiminin ilk gaz çıkarma süresi üzerine etkisi vardır. H_{0-c} hipotezi reddedildi.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların erken mobilizasyon için desteklenmesi,
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların 4. saatten itibaren kahve, ılık su ve çay gibi sıvılarla erken oral alıma başlaması için desteklenmesi,
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların bağırsak fonksiyonlarını artırmak için uygulanan erken mobilizasyon ile erken oral sıvı alımının (çay, kahve ve ılık su) birlikte kullanılmasının faydalı ve güvenli olması nedeniyle hemşirelik bakımı uygulamalarında yer alması,
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların bağırsak fonksiyonlarını artırmak için uygulanan erken oral sıvı alımında (çay, kahve ve ılık su) hasta tercihlerinin dikkate alınması,
- Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrasında hastaların ilk defekasyon zamanını etkileyecek olan toplam sıvı alımı ve besin tüketimin standart hale getirilerek çok merkezli, izlemsel araştırmaların yapılması,
- Farklı cerrahi girişim geçiren hastalarda erken mobilizasyon ve erken oral sıvı alımının (çay, kahve ve ılık su) etkinliğini inceleyen randomize kontrollü klinik çalışmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdelhafiez, H. M., Hegazy, S. M., Nada, M. A., and Abdelatif, D. A. (2021). Developing nurses` performance guidelines for patients undergoing cholecystectomy based on needs assessment. *Egyptian Journal of Nursing and Health Sciences*, 2(1), 53-69.
- Abraham, S., Rivero, H. G., Erlikh, I. V., Griffith, L. F., and Kondamudi, V. K. (2014). Surgical and nonsurgical management of gallstones. *American Family Physician*, 89(10), 795-802.
- Acar, K., ve Aygin, D. (2016). Laparoskopik cerrahi sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 17-22.
- Agresta, F., Campanile, F. C., and Vettoreto, N. (eds.). (2014). *Laparoscopic cholecystectomy: An evidence-based guide*. Switzerland: Springer International Publishing, 1-185.
- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 347-354.
- Ahn, K. Y., Hur, H., Kim, D. H., Min, J., Jeong, D. H., Chu, S. H., Lee, J.W., Ligibel J. A., Meyerhardt, J.A., Jones, L.W., Jeon J.Y. and Kim, N. K. (2013). The effects of inpatient exercise therapy on the length of hospital stay in stages I–III colon cancer patients: randomized controlled trial. *International Journal of Colorectal Disease*, 28(5), 643-651.
- Akın, B., ve Tanyer, D. K. (2021). SPIRIT 2013 Bildirisi: Klinik deneyler için standart protokol maddelerinin tanımlanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1), 117-127.
- Akyurek, N., Salman, B., Irkorucu, O., Tascilar, O., Yuksel, O., Sare, M., and Tatlicioglu, E. (2005). Laparoscopic cholecystectomy in patients with previous abdominal surgery. *JSLs : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 9(2), 178-183.
- Akyüz, G., ve Leblebicier, M. (2012). Otonom sinir sistemi anatomisi ve değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 58(1), 1-5.
- Alagiakrishnan, K., Bu, R., Hamilton, P., Senthilselvan, A., and Padwal, R. (2018). Comparison of the assessment of orthostatic hypotension using peripheral and central blood pressure measurements. *Journal of Clinical Medicine Research*, 10(4), 309–313.
- Aldemir, K., and Sayılan, A. A. (2020). Effect of a mobilization program administered after open cholecystectomy on sleep duration and several other clinical variables. *Cukurova Medical Journal*, 45(2), 613-620.
- Amreek, F., Hussain, S. Z. M., Mnagi, M. H., and Rizwan, A. (2019). Retrospective analysis of complications associated with laparoscopic cholecystectomy for symptomatic gallstones. *Cureus*, 11(7), e5152.

- Arslantaş, R., Arslantaş, M. K., Altun, G. T., and Dinçer, P. C. (2019). Laparoskopik kolesistektomide hasta pozisyonu ve pnömoperitonyumun perfüzyon indeksi ve pleth değişkenlik indeksi üzerine etkileri. *Göğüs Kalp Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 25(3), 190-197.
- Augestad, K. M., and Delaney, C. P. (2010). Postoperative ileus: Impact of pharmacological treatment, laparoscopic surgery and enhanced recovery pathways. *World Journal of Gastroenterology*, 16(17), 2067-2074.
- Aydın, H. (2019). *Jinekolojik cerrahi sonrası sakız çiğneme ve sıcak uygulamanın hastaların bağırsak fonksiyonlarına etkisinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa, 44-56.
- Başar, S. N. (2019). *Laparoskopik kolesistektomide erken mobilizasyonun hastanın karın ağrısı ve konfor düzeyine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 31-40.
- Bhatti, S., Malik, Y. J., Changazi, S. H., Rahman, U. A., Malik, A. A., Butt, U. I., Umar, M., Farooka, M. W., and Ayyaz, M. (2021). Role of chewing gum in reducing postoperative ileus after reversal of ileostomy: A randomized controlled trial. *World Journal Surgery*, 45(4), 1066-1070.
- Bilecen, M. E., and Aksu, Ç. (2022). The effect of education on quality of life in accordance with the requirements of patients with laparoscopic cholecystectomy surgery. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 37-44.
- Bisgaard, T., and Kehlet, H. (2002). Early oral feeding after elective abdominal surgery-what are the issues? *Nutrition*, 18(11), 944-948.
- Bittner, R. (2004). The standard of laparoscopic cholecystectomy. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 389(3), 157-163.
- Bozkırlı, B. O., Gündoğdu, R. H., Ersoy, P. E., Akbaba, S., Temel, H., ve Sayın, T. (2012). ERAS protokolü kolorektal cerrahi sonuçlarımızı etkiledi mi? *Turkish Journal of Surgery/Ulusal Cerrahi Dergisi*, 28(3), 149-152.
- Brown, S., Cann, P., and Read, N. (1990). Effect of coffee on distal colon function. *Gut*, 31(4), 450-453.
- Cao, L. X., Chen, Z. Q., Jiang, Z., Chen, Q. C., Fan, X. H., Xia, S. J., Lin, J. X., Gan, H. C., Wang, T., and Huang, Y. X. (2020). Rapid rehabilitation technique with integrated traditional Chinese and Western medicine promotes postoperative gastrointestinal function recovery. *World Journal Gastroenterol*, 26(23), 3271-3282.
- Chan, A.-W., Tetzlaff, J. M., Gøtzsche, P. C., Altman, D. G., Mann, H., Berlin, J. A., Dickersin, K., Hróbjartsson, A., Schulz, K. F., and Parulekar, W. R. (2013). SPIRIT 2013 explanation and elaboration: guidance for protocols of clinical trials. *British Medical Journal*, 346.
- Chaudhuri, L., Basu, S., Seth, P., Chaudhuri, T., Besra, S., Vedasiromoni, J., and Ganguly, D. (2000). Prokinetic effect of black tea on gastrointestinal motility. *Life Sciences*, 66(9), 847-854.

- Cornwall, H. L., Edwards, B. A., Curran, J. F., and Boyce, S. (2020). Coffee to go? The effect of coffee on resolution of ileus following abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Nutrition*, 39(5), 1385-1394.
- Coşansu, G. (2014). Verilerin analizi ve yorumlanması. S. Erdoğan, N. Nahcivan ve M. N. Esin (Edt.). *Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve kritik*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 271.
- Çakır, H. K. Y., ve Yılmaz, Ü. D. (2018). Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 10(2), 115-121.
- Çalışkan, N., Bulut, H., and Konan, A. (2016). The effect of warm water intake on bowel movements in the early postoperative stage of patients having undergone laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial. *Gastroenterology Nursing*, 39(5), 340-347.
- Çavuş, B., ve Karaca, Ç. (2013). Safra taşı hastalığı. *Journal of Internal Medicine*, 20, 151-160.
- Çekmen, N., Akçabay, M., Mahli, A., ve Arslan, M. (2003). Postoperatif bulantı kusmada deksametazon ve metoklopramid'in etkilerinin karşılaştırılması. *Erciyes Tıp Dergisi*, 25(3), 137-143.
- Çiftçioglu, G., ve Kuzu, H. (2022). Güvenli cerrahi kontrol listesi TR: Klinikten ayrılmadan önceki evrenin uygulanma durumu. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 7(1), 36-46.
- Çınar, V. (2005). *Batın ameliyatı geçiren hastalarda erken ambulasyonun bağırsak fonksiyonlarına etkisinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 23-45.
- Darzi, A., and Purkayastha, S. (2013). Principles of laparoscopic and robotic surgery. In N. S. Williams, C. J. Bulstrode ve P. R. Connell (Eds.). *Bailey and Love's short practice of surgery*. Royal College of Surgeons, 93-104.
- Dehghan, M., Malakoutikhah, A., Heidari, F. G., and Zakeri, M. A. (2020). The effect of abdominal massage on gastrointestinal functions: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 54(2020), 1-9.
- Dulskas, A., Klimovskij, M., Vitkauskiene, M., and Samalavicius, N. E. (2015). Effect of coffee on the length of postoperative ileus after elective laparoscopic left-sided colectomy: a randomized, prospective single-center study. *Diseases of the Colon and Rectum*, 58(11), 1064-1069.
- Duluklu, B., and Celik, S. S. (2020). Effect of gum chewing on recovery after surgery for colorectal surgery patients: A randomized controlled trial. *Gastroenterol Nurs*, 43(6), 422-428.

- Eamudomkarn, N., Kietpeerakool, C., Kaewrudee, S., Jampathong, N., Ngamjarus, C., and Lumbiganon, P. (2018). Effect of postoperative coffee consumption on gastrointestinal function after abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Scientific Reports*, 8(1), 1-9.
- Enç, N., Can, G., Tülek, Z., Uysal, H., Demir, M., ve Alkan, H. Ö. (2017). *İç hastalıkları hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Fagiri, M. A., Başak, T. İ., and Nergiz, S. (2021). Assessment of risk factors and complications of laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Healthcare in Developing Countries*, 1(1), 8-10.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., and Lang, A. G. (2013). *G* Power Version 3.1*. 7 [computer software]. Universität Kiel, Germany.
- Frandsen, G., and Pennington, S. S. (2013). *Abrams' clinical drug therapy: Rationales for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Funes, D. F., Soto, Á. C., Franco, E. P., and Albasini, J. L. A. (2016). The use of coffee, chewing-gum and gastrograffin in the management of postoperative ileus: a review of current evidence. *Cirugía Española (English Edition)*, 94(9), 495-501.
- Gehrer, S. H., Linecker, M., Keerl, A., Sliker, J., Descloux, A., Rosenberg, R., Seifert, B., and Nocito, A. (2019). Does coffee intake reduce postoperative ileus after laparoscopic elective colorectal surgery? A prospective, randomized controlled study: The Coffee Study. *Diseases of the Colon and Rectum*, 62(8), 997-1004.
- Gerbershagen, H. J., Aduckathil, S., van Wijck, A. J. M., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., and Meissner, W. (2013). Pain intensity on the first day after surgery: A prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. *Anesthesiology*, 118(4), 934-944.
- Gkegkes, I. D., Minis, E. E., and Iavazzo, C. (2020). Effect of caffeine intake on postoperative ileus: A systematic review and meta-analysis. *Digestive Surgery*, 37(1), 22-31.
- Goktas, S., Tosun, Y., Gezgin, E., Onuk, E., and Keğın, M. (2021). Preoperative educational package in cholecystectomy patients on anxiety and return to normal activity-a randomized controlled clinical trial. *Indian Journal of Surgery*, 84(5), 139-146.
- Goymen, A., Simsek, Y., Ozkaplan, S. E., Ozdurak, H. I., Akpak, Y. K., Semiz, A., and Oral, S. (2017). Effect of gum chewing and coffee consumption on intestinal motility in caesarean sections. *Journal Of Clinical And Analytical Medicine*, 8(5), 411-415.
- Gökakın, A., Atabey, M., Karakuş, B., and Aydın, C. (2012). Conversion to open surgery in the era of laparoscopic cholecystectomy: Rates and reasons. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(3), 314-318.
- Graham, L. (2008). Care of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Nursing Standard*, 23(7), 41-48.

- Grande, L. d. M. d., Leme, L. F. P., Marques, F. P., Ramos, A. T., Ramos, P. T., and Souza, F. A. D. (2017). Prevalence and predictors of changes in bowel habits after laparoscopic cholecystectomy. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 30(1), 3-6.
- Gurusamy, K. S., Vaughan, J., and Davidson, B. R. (2014). Formal education of patients about to undergo laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(2), 1-36.
- Gurusamy, K. S., Vaughan, J., Ramamoorthy, R., Fusai, G., and Davidson, B. R. (2013). Miniports versus standard ports for laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(8), 1-4.
- Gustafsson, U., Scott, M., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., Rockall, T., Young-Fadok, T., Hill, A., and Soop, M. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*, 43(3), 659-695.
- Gül, D.K, and Kırca, A. Ş. (2021). Effects of acupressure, gum chewing and coffee consumption on the gastrointestinal system after caesarean section under spinal anaesthesia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 41(4), 573-580.
- Güngördük, K., and Özdemir, I. A. (2021). Non-pharmacological interventions for the prevention of postoperative ileus after gynecologic cancer surgery. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 60(1), 9-12.
- Güngördük, K., Özdemir, İ. A., Güngördük, Ö., Gülseren, V., Gokçü, M., and Sancı, M. (2017). Effects of coffee consumption on gut recovery after surgery of gynecological cancer patients: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(2), 141-147.
- Güngördük, K., Paskal, E. K., Demirayak, G., Köseoğlu, S. B., Akbaba, E., and Ozdemir, I. A. (2020). Coffee consumption for recovery of intestinal function after laparoscopic gynecological surgery: A randomized controlled trial. *International Journal of Surgery*, 82(2020), 130-135.
- Hayashi, K., Tsunoda, A., Shiraishi, A., and Kusanagi, H. (2019). Quantification of the effects of coffee on postoperative ileus after laparoscopic ventral rectopexy: A randomized controlled trial. *European Surgery*, 51(6), 325-332.
- Helander, E. M., Webb, M. P., Menard, B., Prabhakar, A., Helmstetter, J., Cornett, E. M., Urman, R. D., Nguyen, V. H., and Kaye, A. D. (2019). Metabolic and the surgical stress response considerations to improve postoperative recovery. *Current Pain and Headache Reports*, 23(5), 1-8.
- Herman, A., Santoso, B., and Yunitasari, E. (2019). The effect of early mobilization on intestinal peristaltics in patients after a cesarean section in Kendari City Hospital. *Jurnal Ners*, 14(3), 288-291.
- Hu, Y., McArthur, A., and Yu, Z. (2019). Early postoperative mobilization in patients undergoing abdominal surgery: a best practice implementation project. *JBI Evidence Synthesis*, 17(12), 2591-2611.

- Irmak, B., ve Bulut, H. (2021). Abdominal cerrahi sonrasında bağırsak fonksiyonlarını artırmada farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı: Kanıtlar ne diyor? *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (14), 336-350.
- İnternet: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. (2011). Güvenli cerrahi kontrol listesi uygulama rehberi. Web: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/4333/0/guvenlicerrahikontrollistesiuygulama rehberipdf.pdf> adresinden 5 Mayıs 2022’de alınmıştır.
- İnternet: Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). Web: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> adresinden 5 Mayıs 2022’de alınmıştır.
- İskender, M. D., and Çalışkan, N. (2021). Effect of acupressure and abdominal massage on constipation in patients with total knee arthroplasty: A randomized controlled study. *Clinical Nursing Research*, 31(3), 453-462.
- İzveren, A. Ö., ve Dal, Ü. (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 36-46.
- Kane, T. D., Tubog, T. D., and Schmidt, J. R. (2020). The use of coffee to decrease the incidence of postoperative ileus: A systematic review and meta-analysis. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(2), 171-177.
- Karaman, A. (2019). *Akupresürün laparoskopik kolesistektomi sonrası gastrointestinal fonksiyonlara etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 27-45.
- Kavuncu, O. İstatistik uygulamalarda dikkat edilmesi gereken hususlar. *Kastamonu University Journal of Engineering and Sciences*, 4(2), 22-26.
- Kaya, G., ve Toker, S. (2019). Kahve tüketim alışkanlıklarının incelenmesi: İstanbul örneği. *International Journal of Economics, Politics, Humanities and Social Sciences*, 2(3), 146-164.
- Kirton, C. A. (1997). Assessing bowel sounds. *Nursing*, 27(3), 64.
- Kobayashi, T., Masaki, T., Kogawa, K., Matsuoka, H., and Sugiyama, M. (2015). Efficacy of gum chewing on bowel movement after open colectomy for left-sided colorectal cancer: A randomized clinical trial. *Diseases of the Colon and Rectum*, 58(11), 1058-1063.
- Koseoglu, S. B., Toker, M. K., Gokbel, I., Celikkol, O., and Gungorduk, K. (2020). Can coffee consumption be used to accelerate the recovery of bowel function after cesarean section? Randomized prospective trial. *Ginekologia Polska*, 91(2), 85-90.
- Koyuncu, F. and Iyigun, E. (2022). The effect of mobilization protocol on mobilization start time and patient care outcomes in patients undergoing abdominal surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 31(9-10), 1298-1308.

- Kumar, A. S., Alaparthi, G. K., Augustine, A. J., Pazhyaottayil, Z. C., Ramakrishna, A., and Krishnakumar, S. K. (2016). Comparison of flow and volume incentive spirometry on pulmonary function and exercise tolerance in open abdominal surgery: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(1), 1-6.
- Lassen, K., Coolson, M. M., Slim, K., Carli, F., Nascimento, J. E. A., Schäfer, M., Parks, R. W., Fearon, K. C., Lobo, D. N., and Demartines, N. (2012). Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced recovery after surgery (ERAS®) Society recommendations. *Clinical Nutrition*, 31(6), 817-830.
- Lassen, K., Soop, M., Nygren, J., Cox, P. B. W., Hendry, P. O., Spies, C., Meyenfeldt, M. F., Fearon, K. C., Revhaug, A., and Norderval, S. (2009). Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group recommendations. *Archives of Surgery*, 144(10), 961-969.
- Leblebici, İ., Dincer, B., Savcı, C., Soyhan, F., and Alimoğlu, O. (2022). Assessment of postoperative pain intensity after laparoscopic cholecystectomy: Comparative analysis of three rating scales in terms of scores and patient preferences. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 7(16), 75-81.
- Leede, E. M., Leersum, N. J., Kroon, H. M., Weel, V., Sijp, J. R. M., and Bonsing, B. A. (2018). Multicentre randomized clinical trial of the effect of chewing gum after abdominal surgery. *British Journal of Surgery*, 105(7), 820-828.
- Li, S., Liu, Y., Peng, Q., Xie, L., Wang, J., and Qin, X. (2013). Chewing gum reduces postoperative ileus following abdominal surgery: A meta-analysis of 17 randomized controlled trials. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 28(7), 1122-1132.
- Liebermann, M., Awad, M., Dejong, M., Rivard, C., Sinacore, J., and Brubaker, L. (2013). Ambulation of hospitalized gynecologic surgical patients: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 121(3), 533-537.
- Liu, Q., Jiang, H., Xu, D., and Jin, J. (2017). Effect of gum chewing on ameliorating ileus following colorectal surgery: A meta-analysis of 18 randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*, 47, 107-115.
- Liu, Y. H., Dong, G. T., Ye, Y., Zheng, J. B., Zhang, Y., Lin, H. S., and Wang, X. Q. (2017). Effectiveness of acupuncture for early recovery of bowel function in cancer: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 13(12), 1-15.
- Mahmudova, R., ve Dönmez, Y. C. (2019). Ameliyat sonrası hastaların ayağa kalkma durumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri*, 11(1), 1-6.
- Majumder, A., Altieri, M. S., and Brunt, L. M. (2020). How do I do it: laparoscopic cholecystectomy. *Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery*, 5(15), 1-4.
- Makino, Y., and Choe, M. A. (2017). Effects of hot packs on small-intestinal motility measured by doppler ultrasound and subjective feelings in normal adults. *Gastroenterology Nursing*, 40(4), 279-286.

- Masood, A., Viqar, S., Zia, N., and Ghani, M. (2021). Early oral feeding compared with traditional postoperative care in patients undergoing emergency abdominal surgery for perforated duodenal ulcer. *Cureus*, 13(1), 1-11.
- Massey, R. L. (2012). Return of bowel sounds indicating an end of postoperative ileus: Is it time to cease this long-standing nursing tradition? *Medsurg Nursing*, 21(3), 146-150.
- Mathiasen, M. C., Andersen, R. M., Schmidt, D. S., Thomsen, T., Vinther, A., and Danielsen, A. K. (2021). Early mobilisation after colorectal surgery: A qualitative study. *Gastrointestinal Nursing*, 19(3), 30-36.
- Miller, T. E., and Myles, P. S. (2019). Perioperative fluid therapy for major surgery. *Anesthesiology*, 130(5), 825-832.
- Müller, S. A., Rahbari, N. N., Schneider, F., Warschkow, R., Simon, T., Frankenberg, M. V., Bork, U., Weitz, J., Schmied, B. M., and Büchler, M. W. (2012). Randomized clinical trial on the effect of coffee on postoperative ileus following elective colectomy. *British Journal of Surgery*, 99(11), 1530-1538.
- Nezakati, A., Valiee, S., Roshani, D., and Seidi, J. (2018). The comparison of effect of abdominal massage and chewing sugar-free gum on the incidence and severity of constipation in male patients undergoing skeletal traction of lower limbs: A single-blind clinical trial. *Acta Medica Mediterranea*, 34(6), 1787-1792.
- Ng, S. S. M., Leung, W. W., Mak, T. W. C., Hon, S. S. F., Li, J. C. M., Wong, C. Y. N., Tsoi, K. K. F., and Lee, J. F. Y. (2013). Electroacupuncture reduces duration of postoperative ileus after laparoscopic surgery for colorectal cancer. *Gastroenterology*, 144(2), 307-313.
- Nishijima, M., Baba, H., Murotani, K., Tokai, R., Watanabe, T., Hirano, K., Shibuya, K., Hojo, S., Matsui, K., Yoshioka, I., Okumura, T., and Fujii, T. (2020). Early ambulation after general and digestive surgery: a retrospective single-center study. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 405(5), 613-622.
- Olgun, N., Aslan, F. E., Yücel, N., Öntürk, Z. K., ve Laçın, Z. (2013). Yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*(2), 72-78.
- Özkan, M. (2019). Safra kesesinin cerrahi girişim gerektiren hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ü. Y. Fındık, S. Ünver ve S. Eyi (Edt.). *Gastrointestinal sistemin cerrahi hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 175-184.
- Pashikanti, L., and Ah, D. V. (2012). Impact of early mobilization protocol on the medical-surgical inpatient population: An integrated review of literature. *Clinical Nurse Specialist*, 26(2), 87-94.
- Perez, A., and Pappas, T. N. (2019). Operative management of cholecystitis and cholelithiasis. *Shackelford's surgery of the alimentary tract*. Philadelphia: Elsevier, 2, 1280-1285.

- Phutsisen, J., Kietpeerakool, C., Jampathong, N., Chumworathayi, B., Temtanakitpaisan, A., Aue-Aungkul, A., and Boontasaeng, P. (2019). Effects of *Cassia alata* Linn on bowel function recovery following surgery for gynecological cancer: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 47(2019), 1-5.
- Piric, M., Pasic, F., Rifatbegovic, Z., and Konjic, F. (2015). The effects of drinking coffee while recovering from colon and rectal resection surgery. *Medical Archives*, 69(6), 357-361.
- Pleticha, J., Niesen, A. D., Kopp, S. L., and Johnson, R. L. (2021). Caffeine supplementation as part of enhanced recovery after surgery pathways: a narrative review of the evidence and knowledge gaps. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien D'anesthésie*, 68(6), 876-879.
- Phutsisen, J., Kietpeerakool, C., Jampathong, N., Chumworathayi, B., Temtanakitpaisan, A., Aue-Aungkul, A., and Boontasaeng, P. (2019). Effects of *Cassia alata* Linn on bowel function recovery following surgery for gynecological cancer: a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 47(2019), 1-5.
- Rabiepoor, S., Yas, A., Navaei, J., and Khalkhali, H. R. (2018). Does coffee affect the bowel function after caesarean section?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 220 (2018), 96-99.
- Rafiq, M. S., and Khan, M. M. (2016). Scar pain, cosmesis and patient satisfaction in laparoscopic and open cholecystectomy. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 26(3), 216-219.
- Rao, S. S., Welcher, K., Zimmerman, B., and Stumbo, P. (1998). Is coffee a colonic stimulant? *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 10(2), 113-118.
- Raskh, A. S., Schandl, A., Holdar, U., Olsén, M. F., and Bonnier, M. N. (2021). Mobilization started within 2 hours after abdominal surgery improves peripheral and arterial oxygenation: a single-center randomized controlled trial. *Physical Therapy*, 101(5), 1-11.
- Roslan, F., Kushairi, A., Cappuyns, L., Daliya, P., and Adiamah, A. (2020). The impact of sham feeding with chewing gum on postoperative ileus following colorectal surgery: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 24(11), 2643-2653.
- Saçlı, A., Yıldırım, M., Yakan, S., Uçar, A. D., Subaşı, O., Tan, S., Kahramansoy, N., Oymacı, E., ve Yazıcı, H. (2017). Tokyo 2013 rehberine göre akut kolesistit olgularımızın değerlendirilmesi. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 21(2), 37-43.
- Sadati, L., Pazouki, A., Mehdizadeh, A., Shoar, S., Tamannaie, Z., and Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: A randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 994-998.

- Sagün, A., Azizoglu, M., and Birbiçer, H. (2021). Assessment of postoperative complications in a university hospital in Turkey: A retrospective cohort study. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 35(1), 99-107.
- Sayılan, A. A., and Topçu, S. Y. (2022). Do the fluids consumed by surgical patients in the postoperative period affect their gastrointestinal motility?: A correlational study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, (In press).
- Sarda, D. K., and Garg, P. K. (2018). Retrospective analysis of complications associated with laparoscopic cholecystectomy: A hospital based study. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*, 6(4), 40-42.
- Scharfenberg, M., Raue, W., Junghans, T., and Schwenk, W. (2007). "Fast-track" rehabilitation after colonic surgery in elderly patients-is it feasible? *International Journal of Colorectal Disease*, 22(12), 1469-1474.
- Sharma, M. K., and Badal, R. K. (2019). Assessment of complications of laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*, 7(8), 243-246.
- Short, V., Herbert, G., Perry, R., Atkinson, C., Ness, A. R., Penfold, C., Thomas, S., Andersen, H. K., and Lewis, S. J. (2015). Chewing gum for postoperative recovery of gastrointestinal function. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(1), 1-221.
- Simsek, S. Y., Serbetcioglu, G., Simsek, E., Alemdaroglu, S., Karaka, L. A., Durdag, G. D., Kalaycı H., Aydın S., and Celik, H. (2022). Turkish coffee effect on postcaesarean section bowel motility. *Medicine*, 11(2), 651-655.
- Sonkar, M., and Somvanshi, V. (2021). Assessment of complications of laparoscopic cholecystectomy. *International Journal of Health and Clinical Research*, 4(12), 113-115.
- Soper, N. J., Stockmann, P. T., Dunnegan, D. L., and Ashley, S. W. (1992). Laparoscopic cholecystectomy the new'gold standard'? *Archives of Surgery*, 127(8), 917-923.
- Soylu, D., and Kartın, P. T. (2021). The effect on gastrointestinal system functions, pain and anxiety of acupressure applied following laparoscopic cholecystectomy operation: A randomised, placebo-controlled study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43(2021), 1-8.
- Spaner, S. J., and Warnock, G. L. (1997). A brief history of endoscopy, laparoscopy, and laparoscopic surgery. *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques*, 7(6), 369-373.
- Story, S. K., and Chamberlain, R. S. (2009). A comprehensive review of evidence-based strategies to prevent and treat postoperative ileus. *Digestive Surgery*, 26(4), 265-275.
- Şahin, S. Y., Iyigun, E., and Can, M. F. (2018). Effect of acupressure application to the P6 acupoint before laparoscopic cholecystectomy on postoperative nausea-vomiting: A randomized controlled clinical study. *International Journal of Nursing Studies*, 87(2018), 40-48.

- Tan, Y., Zhao, Y., He, T., Ma, Y., Cai, W., and Wang, Y. (2016). Efficacy and safety of auricular point acupressure treatment for gastrointestinal dysfunction after laparoscopic cholecystectomy: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 280.
- Tanab, L., Huangb, G., Lib, X., Yina, X., Wanga, M., and Lia, J. (2020). Clinical application Of combined traditional chinese medicine (Tcm) for warm compression of umbilical region in promoting postoperative recovery of bowel function in patients with bile duct stones. *International Journal of Case Reports and Clinical Images*, 2(3), 137-141.
- Taşdemir, N., ve Çelik, S. Ş. (2011). Hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26(3), 23-32.
- Tazuma, S., Unno, M., Igarashi, Y., Inui, K., Uchiyama, K., Kai, M., Tsuyuguchi, T., Maguchi, H., Mori, T., Yamaguchi, K., Ryozaawa, S., Nimura, Y., Fujita, N., Kubota, K., Shoda, J., Tabata, M., Mine, T., Sugano, K., Watanabe, M., and Shimosegawa, T. (2017). Evidence-based clinical practice guidelines for cholelithiasis 2016. *Journal of Gastroenterology*, 52(3), 276-300.
- Teasdale, G., and Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, 2(7872), 81-84.
- Terzioğlu, F., Şimsek, S., Karaca, K., Sariince, N., Altunsoy, P., and Salman, M. C. (2013). Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynaecologic surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1917-1925.
- Thakur, V., Schlachta, C. M., and Jayaraman, S. (2011). Mini laparoscopic versus conventional laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Surgery*, 253(2), 244-258.
- Thorell, A., MacCormick, A., Awad, S., Reynolds, N., Roulin, D., Demartines, N., Vignaud, M., Alvarez, A., Singh, P., and Lobo, D. (2016). Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *World Journal of Surgery*, 40(9), 2065-2083.
- Toğaç, H. K., and Yılmaz, E. (2021). Effects of preoperative individualized audiovisual education on anxiety and comfort in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: randomised controlled study. *Patient Education and Counseling*, 104(3), 603-610.
- Tolksdorf, W., Strang, C., Schippers, E., Simon, H., and Truong, S. (1992). The effects of the carbon dioxide pneumoperitoneum in laparoscopic cholecystectomy on postoperative spontaneous respiration. *Der Anaesthetist*, 41(4), 199-203.
- Topcu, S. Y., and Oztekin, S. D. (2016). Effect of gum chewing on reducing postoperative ileus and recovery after colorectal surgery: A randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 23(2016), 21-25.

- Topdemir, E. A., and Saritas, S. (2021). The effect of Acupressure and Reiki application on Patient's pain and comfort level after laparoscopic cholecystectomy: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43(2021), 1-7.
- Tra, A., Tintin, S., and Ilya, K. (2020). A review on reducing the incidence of postoperative ileus by chewing gum, consuming coffee or warm water post abdominal surgery. *Jurnal Medisin/Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 18(1), 24-34.
- Tunay, D. L., ve Ilginel, M. T. (2018). Postoperatif bulantı ve kusma. *Çukurova Anestezi ve Cerrahi Bilimler Dergisi*, 1(1), 1-6.
- Turan, E. A., and Yağmur, Y. (2021). Effect of hot water foot bath on gas release and pain after cesarean. *Journal of Nursing Practice*, 4(2), 130-142.
- Turan, N., and Aştı, T. A. (2016). The effect of abdominal massage on constipation and quality of life. *Gastroenterology Nursing*, 39(1), 48-59.
- Turunen, E., Miettinen, M., Setälä, L., and Julkunen, K. V. (2017). An integrative review of a preoperative nursing care structure. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8), 915-930.
- Ucuzal, M., ve Aldanmaz, N. (2015). Genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riski. *Annals of Health Sciences Research*, 4(2), 17-22.
- Udayasankar, M., Udipi, S., and Shenoy, A. (2020). Comparison of perioperative patient comfort with 'enhanced recovery after surgery (ERAS) approach' versus 'traditional approach' for elective laparoscopic cholecystectomy. *Indian Journal of Anaesthesia*, 64(4), 316-321.
- Uğraş, G. A., Yüksel, S., Işık, M. T., Taşdelen, B., Doğan, H., and Mutluay, O. (2022). Effect of abdominal massage on bowel evacuation in neurosurgical intensive care patients. *Nursing in Critical Care*, 27(4), 558-566.
- Urcanoglu, O. B., and Yildiz, T. (2021). Effects of gum chewing on early postoperative recovery after laparoscopic cholecystectomy surgery: A randomized controlled trial. *Indian Journal of Surgery*, 83(5), 1203-1209.
- Uyanıklıoğlu, A., and Kesküş, İ. H. H. (2013). Kolesistolityazis, kolesistektomi ve kolesistektominin komplikasyonları. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 17(3), 252-255.
- Vather, R., and Bissett, I. (2013). Management of prolonged post-operative ileus: Evidence-based recommendations. *ANZ Journal of Surgery*, 83(5), 319-324.
- Veličković, J., Feng, C., Palibrk, I., Veličković, D., Jovanović, B., and Bumbaširević, V. (2020). The assessment of complications after major abdominal surgery: A comparison of two scales. *Journal of Surgical Research*, 247, 397-405.
- Villa, G., Lanini, I., Amass, T., Bocciero, V., Calabrisotto, C. S., Chelazzi, C., Romagnoli, S., Gaudio, A. R., and Grotto, R. L. (2020). Effects of psychological interventions on anxiety and pain in patients undergoing major elective abdominal surgery: A systematic review. *Perioperative Medicine*, 9(1), 1-8.

- Wallström, Å., and Frisman, G. H. (2014). Facilitating early recovery of bowel motility after colorectal surgery: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(1-2), 24-44.
- Wang, H. P., Huang, Y. Q., and Jin, C. D. (2019). Effects of abdominal massage on gastrointestinal function in ICU patients: a meta-analysis. *Frontiers of Nursing*, 6(4), 349-356.
- Watanabe, J., Miki, A., Koizumi, M., Kotani, K., and Sata, N. (2021). Effect of postoperative coffee consumption on postoperative ileus after abdominal surgery: An updated systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 13(12), 1-24.
- Weiser, T. G., Haynes, A. B., Molina, G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M., Leitz, T. U., Fu, R., Azad, T., Chao, T. E., and Berry, W. R. (2015). Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. *The Lancet*, 385, 11.
- Wu, M., Yang, L., Zeng, X., Wang, T., Jia, A., Zuo, Y., and Yin, X. (2019). Safety and feasibility of early oral hydration in the postanesthesia care unit after laparoscopic cholecystectomy: A prospective, randomized, and controlled study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(2), 425-430.
- Yang, T. W., Wang, C. C., Sung, W. W., Ting, W. C., Lin, C. C., and Tsai, M. C. (2022). The effect of coffee/caffeine on postoperative ileus following elective colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Colorectal Disease*, 37(3), 623-630.
- Yeh, C. C., Ko, S. C., Huh, B. K., Kuo, C. P., Wu, C. T., Cherng, C. H., and Wong, C. S. (2008). Shoulder tip pain after laparoscopic surgery analgesia by collateral meridian acupressure (shiatsu) therapy: A report of 2 cases. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 31(6), 484-488.
- Yeh, A., Butler, G., Strotmeyer, S., Austin, K., Visoiu, M., Cladis, F., and Malek, M. (2020). ERAS protocol for pediatric laparoscopic cholecystectomy promotes safe and early discharge. *Journal of Pediatric Surgery*, 55(1), 96-100.
- Yıldırım, B., Aktürk, Y., Firat, M. M., Öztürk, B., Özüğürlü, F., Şahin, İ., Çetin, İ., Etikan, İ., Akbaş, A., ve Ömer, A. (2008). Tokat ili erişkinlerinde kolelitiazis sıklığı ve olası risk faktörleri. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 7(2), 83-86.
- Yin, Z., Xiao, Q., Xu, G., Cheng, Y., Yang, H., Zhou, J., Fu, Y., Chen, J., Zhao, L., and Liang, F. (2020). Acupuncture for the postcholecystectomy syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 16(7), 1-19.
- Yu, S. C., Chen, S. C., Wang, S. M., and Wei, T. C. (1994). Is previous abdominal surgery a contraindication to laparoscopic cholecystectomy? *Journal of Laparoendoscopic Surgery*, 4(1), 31-35.
- Zuo, X. L., Li, Y. Q., Shi, L., Lv, G. P., Kuang, R. G., Lu, X. F., Li, J. M., and Desmond, P. V. (2006). Visceral hypersensitivity following cold water intake in subjects with irritable bowel syndrome. *Journal of Gastroenterology*, 41(4), 311-317.

EKLER

EK-1. Randomize çalışma rapor kontrol listesi (CONSORT-2010)

Bölüm/Başlık	Madde No	Kontrol Listesi Maddesi	Sayfa No
Başlık ve özet	1a	Başlıkta randomize bir çalışma olduğunu tanımlama	-
	1b	Çalışma dizaynı, yöntemler, bulgular ve sonuçlarının yapılandırılmış özeti (ölgül kılavuz için, bakınız özetler için CONSORT)	iv-v
Giriş			
Arka plan ve amaçlar	2a	Bilimsel arka plan ve gerekçenin açıklanması	1-8
	2b	Ölgül amaçlar veya hipotezler	7
Yöntemler			
Çalışma dizaynı	3a	Çalışma dizaynının tanımlaması (paralel, faktöriyel, gibi ayırma oranları dâhil)	31
	3b	Çalışma başladıktan sonra yöntemlerdeki önemli değişiklikler (uygunluk gibi), sebeplerle birlikte	-
Katılımcılar	4a	Katılımcılar için uygunluk kriterleri	33-34
	4b	Verilerin toplandığı ortamlar ve yerler	31
Girişimler	5	Kopyalamaya olanak sağlamak için, yeterli detaylarla her grup için girişimler, tam olarak nasıl ve ne zaman uygulandığı dâhil	39-44
Sonuçlar	6a	Eksiksiz bir şekilde tanımlanmış önceden belirlenmiş birincil ve ikincil sonuç ölçümleri, nasıl ve ne zaman değerlendirildiği dahil	39-44
	6b	Çalışma başladıktan sonra çalışma sonuçlarındaki herhangi bir değişiklik, nedenleriyle	-
Örneklem büyüklüğü	7a	Örneklem büyüklüğü nasıl belirlendi	32
	7b	Uygulandığında, ara analizlerin ve durdurma yönergelerinin açıklaması	32
Randomizasyon, Dizi oluşturma	8a	Rastgele ayırma dizisi oluşturmada kullanılan yöntem	35-36
	8b	Randomizasyon tipi; herhangi bir kısıtlamanın ayrıntıları (bloklama ve blok boyutu gibi)	35-36
Ayırmayı gizleme mekanizması	9	Girişimler ayrılana kadar diziyi gizlemek için yapılan adımları tanımlayan rastgele ayırma dizisi sağlamada kullanılan mekanizma (sıralı olarak numaralandırılmış kaplar gibi)	35-36
Uygulama	10	Rastgele ayırma dizisini kim oluşturdu, katılımcıları kim kaydetti ve girişimler için katılımcıları kim ayırdı	35-36
Körleme	11a	Eğer yapıldıysa, girişimler için ayrıldığında kim (örneğin, katılımcılar, bakım verenler, sonuçları değerlendirenler) ve nasıl körleştirildi	35-36
	11b	Eğer ilgili ise girişimlerin benzerliğinin açıklaması	

EK-1 (Devam). Randomize çalışma rapor kontrol listesi (CONSORT-2010)

Bölüm/Başlık	Madde No	Kontrol Listesi Maddesi	Sayfa No
İstatistiksel Yöntemler	12a	Birincil ve ikincil sonuçlar için grupların karşılaştırılmasında kullanılan istatistiksel yöntemler	45
	12b	Alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler gibi ek analizler için yöntemler	-
Bulgular			
Katılımcı akışı (bir diyagram şiddetle önerilir)	13a	Her grup için, rastgele ayrılan, planlanan tedaviyi alan ve birincil sonuçlar için analiz edilen katılımcı sayısı	35
	13b	Her grup için, randomizasyondan sonraki kayıplar ve hariç bırakmalar, nedenleriyle birlikte	35
Çalışmaya alım	14a	Çalışmaya alım ve izlem sürelerini tanımlayan tarihler	31
	14b	Çalışma neden sonlandırıldı veya durduruldu	32
Temel veriler	15	Her grubun temel demografik ve klinik özelliklerini gösteren bir tablo	47
Analiz edilen sayılar	16	Her grup için, her analize dahil edilen katılımcı sayısı (payda) ve analizin asıl olarak seçilen gruplara göre olup olmadığı	35
Sonuçlar ve tahmin	17a	Birincil ve ikincil her sonuç için, her grup için sonuçlar ve tahmini etki boyutu ve hassasiyeti (%95 güven aralığı gibi)	32
	17b	İkili sonuçlar için, hem kesin ve hem nispi etki boyutunun sunulması önerilir	-
Yan analizler	18	Yapılan herhangi diğer analiz sonuçları, alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler dâhil, önceden belirlenmiş olanları planlanmamış olanlardan ayırarak	-
Zararlar	19	Her grupta bütün önemli zararlar veya istenmeyen etkiler (özellik kılavuz için, zararlar için CONSORT'a bakınız)	-
Tartışma			
Kısıtlılıklar	20	Çalışma kısıtlılıkları; potansiyel önyargı kaynakları; beklenmeyen durum ve diğer bağlantılı ise analizlerin çeşitliliğini ele alan	7
Genelleştirilebilirlik	21	Çalışma bulgularının genelleştirilebilirliği (dış geçerlik, uygulanabilirlik)	7
Yorum	22	Sonuçlarla tutarlı yorum, yararları ve zararları dengeleme ve diğer ilgili kanıtları göz önünde	59-63
Diğer Bilgiler			
Kayıt	23	Çalışma kaydının ismi ve kayıt numarası	-
Protokol	24	Tam çalışma protokolüne nereden erişilebilir, eğer mevcutsa	-
Fon Bulma	25	Fon kaynakları ve diğer destekler (ilaçların sağlanması gibi), fon sağlayıcıların rolleri	-

EK-2. Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
“GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR”
İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Deney Grubu-I)**

Araştırma Projesinin Adı: Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Erken Mobilizasyon ile Çay, Kahve ve Ilık Su Tüketiminin Bağırsak Hareketleri Üzerine Etkisi
Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Hülya BULUT
Diğer Araştırmacıların Adı : Prof. Dr. Mustafa ŞARE, Arş. Gör. Burçin IRMAK
Destekleyici (varsa): -

“Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Erken Mobilizasyon ile Çay, Kahve ve Ilık Su Tüketiminin Bağırsak Hareketleri Üzerine Etkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizin laparoskopik kolesistektomi (kapalı yöntemle safra kesesinde taş çıkarılması) ameliyatı olacak olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılmı gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında, Dr. Hülya BULUT’un sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu araştırmanın amacı laparoskopik kolesistektomi (kapalı yöntemle safra kesesinde taş çıkarılması) ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon (hareket etme/yürüme) ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine etkisini belirlemektir. Bu çalışmada en az 76 hastaya ulaşılması hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmamı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

- Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size ve hastalığınıza ilişkin bazı soruların yer aldığı Hasta Tanıtım Formu araştırmacı tarafından dolduracaktır.
- Kolesistektomi (safra kesesinin çıkarılması) ameliyatı sonrası klinikte 4. saatte araştırmacı tarafından sizin anestezinin etkisinden çıkıp çıkmadığınız, bilinç durumunuz ve sıvı içebilecek duruma gelip gelmediğinizi değerlendirecektir.
- Sıvı içebilir durumda iseniz 100°C sıcaklığında kaynatılmış su eklenerek 3 dakika demlenen, 200 ml miktarındaki, şekersiz çayı 15 dakika içinde içmeniz sağlanacaktır.
- Çayınızı içtikten sonra ameliyat sonrası 8. saate kadar ağızdan herhangi bir yiyecek/içecek almayacaksınız. Ameliyat sonrası 8. saatte önce sıvı gıdalar (su, meyve suyu, çay gibi), daha sonra yumuşak gıdalar (muhallebi, yoğurt gibi) devamında da normal gıdalar almanız sağlanacaktır. Ayrıca araştırmacı tarafından size verilen çay dışında 24 saat süresince ek çay ya da kahve tüketmeyeceksiniz.
- Ameliyat sonrası 4. ve 8. saatler arasında bağırsak hareketleriniz değerlendirilecektir.
- Çayınızı içtikten sonra araştırmacı tarafından her saat gaz çıkıp çıkmadığınız, bulantı-kusma durumunuz sorgulanacak ve kaydedilecektir. Gaz çıkışınız olduktan sonra ise her 4 saatte bir araştırmacı tarafından büyük tualete çıkıp çıkmadığınız, bulantı-kusma durumunuz sorgulanacak ve kaydedilecektir.
- Eğer araştırmacının yanınızda olmadığı bir anda bulantı kusma, gaz çıkışı veya büyük tuvalet çıkışı olursa bunun tam saatini araştırmacı tarafından size verilen kağıda hangi durum görüldü ise karşısına yazmanız ve daha sonra araştırmacıya vermeniz istenecektir. Ayrıca hastanede bulunduğunuz sürede büyük tuvaletinizi yapamazsanız araştırmacı tarafından taburculuktan iki gün sonra telefonla aranacaksınız.

BGOF-Girişimsel olmayan-Erişkin

Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
29.05.2013/01	1/4

EK-2. (devam) Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları



T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

- Kolesistektomi (safra kesesinin çıkarılması) ameliyatı sonrası 4. saatten itibaren erken mobilizasyon (yürütme/hareket etme) için destekleneceksiniz.
- Ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma süreciniz dört aşamalı (yatak içinde dik pozisyonda oturma, yatak kenarında desteksiz oturma, yatak kenarında dik durma ve oda içerisinde mobilize olma) olarak gerçekleştirilecektir.
- Her bir aşama öncesinde tansiyon aleti ve nabız ölçer ile kan basıncınız, nabızınız ve oksijen saturasyonunuz (kanınızdaki oksijen miktarı) değerlendirilecektir.
- İlk yürütmeniz sırasında odanızın içerisinde yaklaşık 5-10 metre yürütmeniz sağlanacaktır. Daha sonra ise ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde yaklaşık 2 saat (ERAS protokollü) yürütmeniz hedeflenecektir.
- Yürütebilir durumda iseniz 24 saat süresince yürütme sıklığınız ve süreniz kaydedilecektir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Ameliyat sonrası erken dönemde sıvı alımı (çay tüketimi) yan etki olarak bulantı ve kusmaya neden olabilir. Belirtilenler çalışma sırasında yaşanabilecek olası risklerdir. Ancak bu durumu yaşamamanız için gerekli önlemler alınacaktır.

Ameliyat sonrası erken dönemde mobilizasyon (hareket etme/ayağa kalkma) yan etki olarak baş dönmesi ve tansiyonda azalmaya (hipotansiyon) neden olabilir. Belirtilenler çalışma sırasında yaşanabilecek olan olası risklerdir. Ancak bu durumu yaşamamanız için gerekli önlemler alınacaktır.

Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Araştırma, ameliyat sonrası erken dönemde hareket etmenizi, bağırsak hareketlerinin erken dönemde değerlendirilmesini ve hasta bakım kalitesinin artmasına olanak sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Burçin IRMAK
GÖREVİ : Araştırma Görevlisi
TELEFON : 0312 216 26 24

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında, Dr. Hülya BULUT tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımuma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim).

BGOF-Girişimsel olmayan-Erişkin

Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
29.05.2013/01	2/4

EK-2. (devam) Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Hülya Bulut'u, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden 0312 216 26 24 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Arş. Gör. Burçin IRMAK

Adres: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel: 0312 216 26 24

İmza:

Tarih:

AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER ALMAYACAKTIR.

BGOF-Girişimsel olmayan-Erişkin	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	29.05.2013/01	3/4

EK-2. (devam) Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
“GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR”
İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Deney Grubu-II)**

Araştırma Projesinin Adı: Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Erken Mobilizasyon ile Çay, Kahve ve Ilık Su Tüketiminin Bağırsak Hareketleri Üzerine Etkisi
Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Hülya BULUT
Diğer Araştırmacıların Adı : Prof. Dr. Mustafa ŞARE, Arş. Gör. Burçin IRMAK
Destekleyici (varsa): -

“Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Erken Mobilizasyon ile Çay, Kahve ve Ilık Su Tüketiminin Bağırsak Hareketleri Üzerine Etkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizin laparoskopik kolesistektomi (kapalı yöntemle safra kesesinde taş çıkarılması) ameliyatı olacak olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında, Dr. Hülya BULUT’un sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu araştırmanın amacı laparoskopik kolesistektomi (kapalı yöntemle safra kesesinde taş çıkarılması) ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon (hareket etme/yürüme) ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine etkisini belirlemektedir. Bu çalışmada en az 76 hastaya ulaşılması hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

- Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size ve hastalığınıza ilişkin bazı soruların yer aldığı Hasta Tanıtım Formu araştırmacı tarafından dolduracaktır.
- Kolesistektomi (safra kesesinin çıkarılması) ameliyatı sonrası klinikte 4. saatte araştırmacı tarafından sizin anestezinin etkisinden çıkıp çıkmadığınız, bilinç durumunuz ve sıvı içebilecek duruma gelip gelmediğinizi değerlendirilecektir.
- Sıvı içebilir durumda iseniz 100°C sıcaklığında kaynatılmış su eklenerek 1 dakika demlenen, 200 ml miktarındaki, 50-60°C sıcaklıktaki, şekersiz ve sütsüz kahveyi 15 dakika içinde içmeniz sağlanacaktır.
- Kahvenizi içtikten sonra ameliyat sonrası 8. saate kadar ağızdan herhangi bir yiyecek/içecek almayacaksınız. Ameliyat sonrası 8. saatte önce sıvı gıdalar (su, meyve suyu, çay gibi), daha sonra yumuşak gıdalar (muhallebi, yoğurt gibi) devamında da normal gıdalar almanız sağlanacaktır. Ayrıca araştırmacı tarafından size verilen kahve dışında 24 saat süresince ek çay ya da kahve tüketmeyeceksiniz.
- Ameliyat sonrası 4. ve 8. saatler arasında bağırsak hareketleriniz değerlendirilecektir.
- Kahvenizi içtikten sonra araştırmacı tarafından her saat gaz çıkarıp çıkarmadığınız, bulantı-kusma durumunuz sorgulanacak ve kaydedilecektir. Gaz çıkışınız olduktan sonra ise her 4 saatte bir araştırmacı tarafından büyük tualete çıkıp çıkmadığınız, bulantı-kusma durumunuz sorgulanacak ve kaydedilecektir.
- Eğer araştırmacının yanınızda olmadığı bir anda bulantı kusma, gaz çıkışı veya büyük tualete çıkışı olursa bunun tam saatini araştırmacı tarafından size verilen kağıda hangi durum görüldü ise karşısına yazmanız ve

EK-2. (devam) Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları



T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

- daha sonra araştırmacıya vermeniz istenecektir. Ayrıca hastanede bulunduğunuz sürede büyük tuvaletinizi yapamazsanız araştırmacı tarafından taburculuktan iki gün sonra telefonla aranacaksınız.
- Kolesistektomi (safra kesesinin çıkarılması) ameliyatı sonrası 4. saatten itibaren erken mobilizasyon (yürütme/hareket etme) için destekleneceksiniz.
 - Ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma süreciniz dört aşamalı (yatak içinde dik pozisyonda oturma, yatak kenarında desteksiz oturma, yatak kenarında dik durma ve oda içerisinde mobilize olma) olarak gerçekleştirilecektir.
 - Her bir aşama öncesinde tansiyon aleti ve nabız ölçer ile kan basıncınız, nabızınız ve oksijen saturasyonunuz (kanınızdaki oksijen miktarı) değerlendirilecektir.
 - İlk yürütmeniz sırasında odanızın içerisinde yaklaşık 5-10 metre yürütmeniz sağlanacaktır. Daha sonra ise ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde yaklaşık 2 saat (ERAS protokolü) yürütmeniz hedeflenecektir.
 - Yürüylebilir durumda iseniz 24 saat süresince yürütme sıklığınız ve süreniz kaydedilecektir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Ameliyat sonrası erken dönemde sıvı alımı (kahve tüketimi) yan etki olarak bulantı ve kusmaya neden olabilir. Belirtilenler çalışma sırasında yaşanabilecek olası risklerdir. Ancak bu durumu yaşamamanız için gerekli önlemler alınacaktır.

Ameliyat sonrası erken dönemde mobilizasyon (hareket etme/ayağa kalkma) yan etki olarak baş dönmesi ve tansiyonda azalmaya (hipotansiyon) neden olabilir. Belirtilenler çalışma sırasında yaşanabilecek olan olası risklerdir. Ancak bu durumu yaşamamanız için gerekli önlemler alınacaktır.

Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Araştırma, ameliyat sonrası erken dönemde hareket etmenizi, bağırsak hareketlerinin erken dönemde değerlendirilmesini ve hasta bakım kalitesinin artmasına olanak sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Burçin IRMAK
GÖREVİ : Araştırma Görevlisi
TELEFON : 0312 216 26 24

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında, Dr. Hülya BULUT tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımuma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin

BGOF-Girişimsel olmayan-Erişkin	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	29.05.2013/01	2/4

EK-2. (devam) Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Hülya Bulut'u, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden 0312 216 26 24 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Arş. Gör. Burçin IRMAK
Adres: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Tel: 0312 216 26 24
İmza:
Tarih:

BGOF-Girişimsel olmayan-Erişkin	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	29.05.2013/01	3/4

EK-2. (devam) Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
“GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR”
İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Deney Grubu-III)

Araştırma Projesinin Adı: Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Erken Mobilizasyon ile Çay, Kahve ve Ilık Su Tüketiminin Bağırsak Hareketleri Üzerine Etkisi
Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Hülya BULUT
Diğer Araştırmacıların Adı : Prof. Dr. Mustafa ŞARE, Arş. Gör. Burçin IRMAK
Destekleyici (varsa): -

“Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Erken Mobilizasyon ile Çay, Kahve ve Ilık Su Tüketiminin Bağırsak Hareketleri Üzerine Etkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmeniz nedeni sizin laparoskopik kolesistektomi (kapalı yöntemle safra kesesinde taş çıkarılması) ameliyatı olacak olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında, Dr. Hülya BULUT’un sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu araştırmanın amacı laparoskopik kolesistektomi (kapalı yöntemle safra kesesinde taş çıkarılması) ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon (hareket etme/yürüme) ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine etkisini belirlemektedir. Bu çalışmada en az 76 hastaya ulaşılması hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmamı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

- Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size ve hastalığınıza ilişkin bazı soruların yer aldığı Hasta Tanıtım Formu araştırmacı tarafından dolduracaktır.
- Kolesistektomi (safra kesesinin çıkarılması) ameliyatı sonrası klinikte 4. saatte araştırmacı tarafından sizin anestezinin etkisinden çıkıp çıkmadığınız, bilinç durumunuz ve sıvı içebilecek duruma gelip gelmediğinizi değerlendirecektir.
- Sıvı içebilir durumda iseniz 37°C sıcaklığında 200 ml ılık suyu 15 dakika içinde içmeniz sağlanacaktır.
- Ilık suyu içtikten sonra ameliyat sonrası 8. saate kadar ağızdan herhangi bir yiyecek/içecek almayacaksınız. Ameliyat sonrası 8. saatte önce sıvı gıdalar (su, meyve suyu, çay gibi), daha sonra yumuşak gıdalar (muhallebi, yoğurt gibi) devamında da normal gıdalar almanız sağlanacaktır.
- Ameliyat sonrası 4. ve 8. saatler arasında bağırsak hareketleriniz değerlendirilecektir.
- Ilık suyunuzu içtikten sonra araştırmacı tarafından her saat gaz çıkıp çıkmadığınız, bulantı-kusma durumunuz sorgulanacak ve kaydedilecektir. Gaz çıkışınız olduktan sonra ise her 4 saatte bir araştırmacı tarafından büyük tualete çıkıp çıkmadığınız, bulantı-kusma durumunuz sorgulanacak ve kaydedilecektir.
- Eğer araştırmacının yanınızda olmadığı bir anda bulantı kusma, gaz çıkışı veya büyük tualete çıkışı olursa bunun tam saatini araştırmacı tarafından size verilen kağıda hangi durum görüldü ise karşısına yazmanız ve daha sonra araştırmacıya vermeniz istenecektir. Ayrıca hastanede bulunduğunuz sürede büyük tualetinizi yapamazsanız araştırmacı tarafından taburculuktan iki gün sonra telefonla aranacaksınız.

EK-2. (devam) Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

- Kolesistektomi (safra kesesinin çıkarılması) ameliyatı sonrası 4. saatten itibaren erken mobilizasyon (yürütme/hareket etme) için destekleneceksiniz.
- Ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma süreciniz dört aşamalı (yatak içinde dik pozisyonda oturma, yatak kenarında desteksiz oturma, yatak kenarında dik durma ve oda içerisinde mobilize olma) olarak gerçekleştirilecektir.
- Her bir aşama öncesinde tansiyon aleti ve nabız ölçer ile kan basıncınız, nabızınız ve oksijen saturasyonunuz (kanınızdaki oksijen miktarı) değerlendirilecektir.
- İlk yürütmeniz sırasında odanızın içerisinde yaklaşık 5-10 metre yürütmeniz sağlanacaktır. Daha sonra ise ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde yaklaşık 2 saat (ERAS protokollü) yürütmeniz hedeflenecektir.
- Yürütebilir durumda iseniz 24 saat süresince yürütme sıklığınız ve süreniz kaydedilecektir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Ameliyat sonrası erken dönemde ılık su alımı yan etki olarak bulantı ve kusmaya neden olabilir. Belirtilenler çalışma sırasında yaşanabilecek olası risklerdir. Ancak bu durumu yaşamamanız için gerekli önlemler alınacaktır.

Ameliyat sonrası erken dönemde mobilizasyon (hareket etme/ayağa kalkma) yan etki olarak baş dönmesi ve tansiyonda azalmaya (hipotansiyon) neden olabilir. Belirtilenler çalışma sırasında yaşanabilecek olan olası risklerdir. Ancak bu durumu yaşamamanız için gerekli önlemler alınacaktır.

Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Araştırma, ameliyat sonrası erken dönemde hareket etmenizi, bağırsak hareketlerinin erken dönemde değerlendirilmesini ve hasta bakım kalitesinin artmasına olanak sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Burçin IRMAK
GÖREVİ : Araştırma Görevlisi
TELEFON : 0312 216 26 24

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında, Dr. Hülya BULUT tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımuma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim*).

BGOF-Girişimsel olmayan-Erişkin

Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
29.05.2013/01	2/4

EK-2. (devam) Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Hülya Bulut'u, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden 0312 216 26 24 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

Tarih:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

Tarih:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Arş. Gör. Burçin IRMAK

Adres: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel: 0312 216 26 24

İmza:

Tarih:

EK-2. (devam) Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
“GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR”
İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Kontrol Grubu)**

Araştırma Projesinin Adı: Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Erken Mobilizasyon ile Çay, Kahve ve Ilık Su Tüketiminin Bağırsak Hareketleri Üzerine Etkisi
Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Hülya BULUT
Diğer Araştırmacıların Adı : Prof. Dr. Mustafa ŞARE, Arş. Gör. Burçin IRMAK
Destekleyici (varsa): -

“Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Erken Mobilizasyon ile Çay, Kahve ve Ilık Su Tüketiminin Bağırsak Hareketleri Üzerine Etkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmeniz nedeni sizin laparoskopik kolesistektomi (kapalı yöntemle safra kesesinde taş çıkarılması) ameliyatı olacak olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında, Dr. Hülya BULUT’un sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu araştırmanın amacı laparoskopik kolesistektomi (kapalı yöntemle safra kesesinde taş çıkarılması) ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon (hareket etme/yürüme) ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine etkisini belirlemektir. Bu çalışmada 76 hastaya ulaşılması hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmamı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

- Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size ve hastalığınıza ilişkin bazı soruların yer aldığı Hasta Tanıtım Formu araştırmacı tarafından dolduracaktır.
- Ameliyat sonrası 8. saate kadar ağızdan herhangi bir yiyecek/içecek almayacaksınız. Ameliyat sonrası 8. saatte önce sıvı gıdalar (su, meyve suyu, çay gibi), daha sonra yumuşak gıdalar (muhallebi, yoğurt gibi) devamında da normal gıdalar almanız sağlanacaktır.
- Ameliyat sonrası 4. ve 8. saatler arasında bağırsak hareketleriniz değerlendirilecektir.
- Araştırmacı tarafından her saat gaz çıkıp çıkarmadığınız, bulantı-kusma durumunuz sorgulanacak ve kaydedilecektir. Gaz çıkışınız olduktan sonra ise her 4 saatte bir araştırmacı tarafından büyük tualete çıkıp çıkmadığınız, bulantı-kusma durumunuz sorgulanacak ve kaydedilecektir.
- Eğer araştırmacının yanınızda olmadığı bir anda bulantı kusma, gaz çıkışı veya büyük tuvalet çıkışı olursa bunun tam saatini araştırmacı tarafından size verilen kağıda hangi durum görüldü ise karşısına yazmanız ve daha sonra araştırmacıya vermeniz istenecektir. Ayrıca hastanede bulunduğunuz sürede büyük tuvaletinizi yapamazsanız araştırmacı tarafından taburculuktan iki gün sonra telefonla aranacaksınız.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Bu çalışmanın size herhangi bir yan etkisi olmayacaktır. Sadece araştırma formları doldurulacağı için çalışmanın herhangi bir riski bulunmamaktadır.

BGO- Girişimsel olmayan-Erişkin	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	29.05.2013/01	1/3

EK-2. (devam) Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Araştırma, ameliyat sonrası erken dönemde hareket etmenizi, bağırsak hareketlerinin erken dönemde değerlendirilmesini ve hasta bakım kalitesinin artmasına olanak sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Burçin IRMAK
GÖREVİ : Araştırma Görevlisi
TELEFON : 0312 216 26 24

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında, Dr. Hülya BULUT tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımuma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Hülya Bulut’u, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nden 0312 216 26 24 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

BGOF-Girişimsel olmayan-Erişkin	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	29.05.2013/01	2/3

EK-2. (devam) Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü onam formları



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

Tarih:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

Tarih:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Arş. Gör. Burçin IRMAK

Adres: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel: 0312 216 26 24

İmza:

Tarih:

AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER ALMAYACAKTIR.

EK-3. Hasta tanıtım formu

Görüşme Tarihi:
Denek No:
Hasta Protokol No:
Hastanın Adı Soyadı:
Adres:

Telefon Numarası:

I. SOSYODEMOGRAFİK VE TANITICI BİLGİLER

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Boyunuz:cm
4. Kilonuz:kg
5. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar
6. Eğitim Durumunuz:
() Okuryazar () İlkokul Mezunu () Ortaokul Mezunu () Lise Mezunu () Üniversite ve üzeri
7. Çalışma Durumunuz: () Çalışıyor () Çalışmıyor
8. Mesleğiniz:
9. Sigara içiyor musunuz?
() Evet; Süresi:.....Miktarı.....sayı/gün
() Hayır
() Sigarayı bırakmış iseniz ; İçilen süre ve miktar.....Ne kadar süre önce bıraktınız?.....
- 10.Alkol kullanıyor musunuz?
() Evet; Süresi:.....Miktarı.....sayı/gün
() Hayır
- 11.Çay tüketim alışkanlığınız:.....(gün)
- 12.Kahve tüketim alışkanlığınız:.....(gün)
- 13.Su tüketim alışkanlığınız:.....ml(gün)

EK-3. (devam) Hasta tanıtım formu

II. HASTALIĞA İLİŞKİN SORULAR

1. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise;

Hangi hastalık/hastalıklar olduğunu belirtiniz:.....

2. Sürekli kullandığınız ilaç/ ilaçlar var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise;

Hangi ilaçlar olduğunu belirtiniz:

Ne kadar süredir bu ilaçları kullanıyorsunuz?

İlaç Adı ve Dozu	Kullanım Süresi (Yıl)

3. Günlük yaşamınızda ne sıklıkla büyük tuvaletinizi yaparsınız?

☐ Günde bir kez ve üzeri

☐ İki/üç günde bir kez

4. Normalde gaz çıkarmakta zorlanır mısınız?

☐ Evet ☐ Hayır

5. Sıklıkla karmanızda şişkinlik ve rahatsızlık hissedersiniz?

☐ Sık sık ☐ Ara sıra ☐ Nadiren

EK-3. (devam) Hasta tanıtım formu

III. AMELİYATA İLİŞKİN BİLGİLER

1. Hastaneye yatış tarihi:
2. Ameliyat öncesi en son sıvı tüketimi :.....(saat önce)
3. Ameliyat öncesi dönemde hastaneye yatış süresi:.....(saat önce)
4. Ameliyat tarihi:
5. Yapılan ameliyat:
6. Verilen anestezi ilaçları ve dozları:

İlaç Adı	Dozu

7. Ameliyatta verilen sıvı miktarı (ml):
8. Ameliyatta kalma süresi (dk):
9. Ayılma ünitesinde kalma süresi (dk):
10. Ameliyat sırasında komplikasyon gelişme durumu:
() Evet.....(Belirtiniz) () Hayır
11. Ameliyattan sonra kullandığı ilaçlar:

İlaç Adı	Dozu

12. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte toplam sıvı tüketimi:
13. Taburculuk tarihi:
14. Toplam hastanede yatış süresi (saat):

EK-4. Glaskow koma skalası

Ameliyat sonrası 4. saatte-glaskow koma skalası toplam puanı:

Göz Yanıtı (E)		Motor Yanıt (M)		Verbal/Sözel Yanıt (V)	
Spontan	4	Komutlara Uyuyor	6	Oryante	5
Sözel Uyarılarla	3	Uyarıyı Lokalize Ediyor	5	Konfüzyonel	4
Ağrılı Uyarılarla	2	Uyarıya Kaçınma (Normal Fleksiyon)	4	Kelimeler	3
Yok	1	Global Fleksör Yanıt (Anormal Fleksiyon)	3	Sesler	2
		Global Ektensör Yanıt	2	Yok	1
		Yanıt Yok	1		

EK-5. Hasta mobilizasyonu izlem formu

İlk Mobilizasyon Aşamaları	Yaşamsal Bulgular		
	Nabız(dk)	Kan Basıncı (mm/Hg)	SpO ₂ (%)
Mobilizasyon Öncesi Yaşamsal Bulguların Alınması			
Hastaya aşamalı olarak pozisyon verilmesi			
1. Yatak içinde dik pozisyonda oturma (3dk) sonrası yaşamsal bulgular			
3 dakika sonra			
2. Yatak kenarında desteksiz oturma (3dk) sonrası yaşamsal bulgular			
3 dakika sonra			
3. Yatak kenarında dik pozisyonda durma (3dk) sonrası yaşamsal bulgular			
3 dakika sonra			
4. Oda içerisinde mobilize olma (3dk) sonrası yaşamsal bulgular			

Hasta Mobilizasyonu (Yürüme) İzlem Formu

SAAT	Ameliyat sonrası	Mobilize Olma (Yürüme) Durumu (X) işareti ile belirtiniz	Mobilize Olma (Yürüme) Süresi (dakika)
	1. saat		
	2. saat		
	3. saat		
	4. saat		
	5. saat		
	6. saat		
	7. saat		
	8. saat		
	9. saat		
	10. saat		
	11. saat		
	12. saat		
	13. saat		
	14. saat		
	15. saat		
	16. saat		
	17. saat		
	18. saat		
	19. saat		
	20. saat		
	21. saat		
	22. saat		
	23. saat		
	24. saat		
TOPLAM		kez	dakika

EK-6. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu çay grubu

	Çay içmeden öncesi	Çay verilmesi	ÇAY VERİLDİKTEN SONRA (SAAT)																			
	İlk 4 saat	15 dakika	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Bulantı durumu																						
Kusma durumu																						
Oral alımı tolere etme zamanı																						
Bağırsak hareketi sayısı																						
İlk gaz çıkarma zamanı																						
İlk defekasyon zamanı																						

EK-7. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu kahve grubu

	Kahve içmeden öncesi	Kahve verilmesi	KAHVE VERİLDİKTEN SONRA (SAAT)																			
	İlk 4 saat	15 dakika	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Bulantı durumu																						
Kusma durumu																						
Oral alımı tolere etme zamanı																						
Bağırsak hareketi sayısı																						
İlk gaz çıkarma zamanı																						
İlk defekasyon zamanı																						

EK-8. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu ılık su grubu

	Ilık su içmeden önce	Ilık su verilmesi	ILIK SU VERİLDİKTEN SONRA (SAAT)																					
	İlk 4 saat	15 dakika	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.		
Bulantı durumu																								
Kusma durumu																								
Oral alımı tolere etme zamanı																								
Bağırsak hareketi sayısı																								
İlk gaz çıkarma zamanı																								
İlk defekasyon zamanı																								

EK-9. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası hasta izlem formu kontrol grubu

	ORAL AÇILMADAN ÖNCE	ORAL AÇILDIKTAN SONRA (SAAT)																			
	İLK 8 SAAT	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Bulantı durumu																					
Kusma durumu																					
Oral alımı tolere etme zamanı	Oral almayacaktır																				
Bağırsak hareketi sayısı																					
İlk gaz çıkarma zamanı																					
İlk defekasyon zamanı																					

EK-10. Etik Kurul onayı

	T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi Dekanlığı	
Sayı : 24074710-604.01.01- 13 Konu : Toplantı Kararları	15.11.2019	
Sayın <i>Prof. Dr. Hülya Bulut</i> Proje Yürütücüsü		
Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11 Kasım 2019 tarihinde yapmış olduğu toplantı kararları ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi rica ederim.		
Prof. Dr. Taner AKAR Dekan a. Dekan Yardımcısı		
		
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Birimi 06500 Beşevler/ANKARA Tel:0 312 202 69 58 Faks:0 312 202 46 73 e-Posta :tip@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.med.gazi.edu.tr		Bilgi için :Şerife Çiçek Bilgisayar İşletmeni

EK-10. (devam) Etik Kurul onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU									
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu							
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara							
	TELEFON	0312 202 69 58							
	FAKS	0312 202 46 73							
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr							
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon ile çay, kahve ve ılık su tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine etkisi							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Hülya BULUT							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI /UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	G.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi							
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)								
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları- Doktora tezi							
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐				
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili				
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		21.10.2019	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐					
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU		21.10.2019	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐					
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒							
	BIYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐							
	DİĞER	☐							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 150	Toplantı tarihi: 11.11.2019							
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. D. Berrin GÜNAYDIN							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. D. Berrin GÜNAYDIN BAŞKAN	Anest. ve Rea. AD. Farmako. Bİ.Dr.	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Gülten TAÇOY BAŞKAN YARD.	Kardiyoloji AD.	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. İlyas OKUR BİLDİRİMDEN SORUMLU ÜYE	Çocuk Sağ. ve Hast AD Ç.Met. Bes BD	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Nevzat YÜKSEL ÜYE	Psikiyatri AD.	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

EK-10. (devam) Etik Kurul onayı

Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etik AD.	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Mehmet Ali ERGÜN ÜYE	Tıbbi Genetik AD.	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Nuriye ÖZDEMİR ÜYE	İç Hast. AD. Tıbbi Onkoloji BD.	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Aylin SEPİCİ DİNÇEL ÜYE	Tıbbi Biyokimya A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Hasan BOSTANCI ÜYE	Genel Cerrahi AD.	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Murat UÇAR ÜYE	Radyoloji AD.	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☒
Doç. Dr. Gökçe S. ÖZTÜRK FİNCAN ÜYE	Tıbbi Farmakoloji AD.	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi A.Meltem SEVGİLİ ÜYE	Tıbbi Fizyoloji AD.	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Uzm Dr. Emine AVCI ÜYE	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı Genel Müd.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Araş.Gör.Dr. Fahri Erdem KAŞAK ÜYE	Hukukçu	Hacı Bayram Veli Üniv.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
İ. Nükhet EKŞİ ÜYE	Sivil Temsilci	-	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

EK-11. GÜSAUM Başhekimliği tez uygulama izin yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.12.2019-E.154055



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 86062861-199-
 Konu : Burçin IRMAK-Tez Veri
 Çalışması İzin Yazısı

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 04.12.2019 tarihli ve 42000842-199- 153278 sayılı yazı.

İlgi yazıda, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı ,Doktora programı öğrencisi Burçin IRMAK'ın, Prof. Dr. Hülya BULUT danışmanlığında yürüteceği "Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Erken Mobilizasyon ile Çay, Kahve ve Ilık Su Tüketiminin Bağırsak Hareketleri Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasını bölümümüzde yapması uygun görülmüştür. Gereği bilgilerinize arz olunur.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Orhan BAYRAM
Anabilim Dalı Başkanı



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 06500 Beşevler/ANKARA
 Tel:0 (312) 212 68 40 Faks:0 (312) 221 32 02
 e-Posta :tip@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://med.gazi.edu.tr/

Bilgi için :NEVİN DİZDAR
 Bölüm Sekreteri
 Telefon No:03122025729

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-11. (devam) GÜSAUM Başhekimliği tez uygulama izin yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 09.12.2019-E.155373



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 42000842-199-
Konu : Burçin IRMAK-Tez Veri
Çalışması İzin Yazısı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 03.12.2019 tarihli ve 14574941-199- 152243 sayılı yazı.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı ,Doktora programı öğrencisi Burçin IRMAK'ın, Prof. Dr. Hülya BULUT danışmanlığında yürüteceği "*Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Erken Mobilizasyon ile Çay, Kahve ve Ilık Su Tüketiminin Bağırsak Hareketleri Üzerine Etkisi*" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüş olup, bölümden alınan cevabi yazı örneği ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN
Başhekim

Ek: 1 sayfa



EK-11. (devam) GÜSAUM Başhekimliği tez uygulama izin yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.12.2019-E.41311



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 14574941-199-
Konu : Burçin IRMAK-Tez Veri
Çalışması İzin Yazısı Gelen
Cevap Bildirimi

Sayın Burçin IRMAK

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Burçin IRMAK'ın, teziyle ilgili yapacağı uygulama çalışmasına ilişkin uygulama talebi yazımıza gönderilen cevabi yazı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Aysel BERKKAN
Enstitü Müdür Yardımcısı

DAĞITIM
Gereği:
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına

Bilgi:
Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT
Sayın Burçin IRMAK
Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı
Öğrencisi



Evrakı Doğrulamak İçin: <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr/BelgeDogrulama.aspx>
Emek Mah. Kırım Cad. No:45/A 06490 Çankaya/ANKARA
Tel:0 (312) 202 33 87 Faks:0 (312) 202 82 20

Pin: 54802
Bilgi için :Rabia Demirel
Memur
Telefon No:03122023254

Bu belge 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : IRMAK, Burçin
 Uyruğu :T.C.

Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Doktora	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Yüksek lisans	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Anabilim Dalı	2016
Lisans	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Bölümü	2013
Lise	Ünye Anadolu Lisesi	2009
İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2017-devam	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Araştırma Görevlisi
ediyor 2013-2017	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Araştırma Görevlisi

Yabancı Dili

İngilizce

Yayınlar

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler (SCI, SCI-expanded, SSCI):

1. Baykara, Z.G., Karadağ, A., Çelik, S.Ş., Güler, S., Ay, A., Gül, Ş., Öztürk, D., Bulut, H., Duluklu, B., Karabulut, H., Irmak, B., Aktaş, D., Aydoğan, S., Cebeci, F., Karakaya, D., and Avşar, P. (2021). Impact of tailored training about pressure injuries on nurses' knowledge levels and pressure injury point prevalence: The case of Turkey. *Journal of Tissue Viability*, 30(4), 552-558. DOI: 10.1016/j.jtv.2021.10.003

Uluslararası hakemli diğer dergilerde yayımlanan makaleler

1. Bölükbaş, N., Irmak, B., Bulut, G., Özdemir, D. A., ve Bayrak, H.Y. (2020). Öğrencilerin cerrahi hastalıkları hemşireliği yaz stajı dosyalarında belirledikleri hemşirelik tanıları ve girişimlerinin değerlendirilmesi. *Ordu University Journal of Nursing Studies*, 3(1), 1-9. DOI: 10.38108/ouhcd.715689
2. Irmak, B. ve Bulut, H. (2021). Abdominal cerrahi sonrasında bağırsak fonksiyonlarını artırmada farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı: kanıtlar ne diyor? *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (14), 336-350. DOI: 10.38079/igusabder.957817
3. Bulut, H., Güler, S., Kalkan, N., Yücel, B.O., Irmak, B., ve Emre N.Y. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulama öncesi yapılan interaktif vaka tartışmalarına ilişkin görüşleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(3), 382-392. DOI: 10.38108/ouhcd.930878
4. Irmak, B., Karadağ, M., and Emre N.Y. (2022). The risk factors for preoperative and postoperative deep vein thrombosis in surgical patients. *Clin Exp Health Sci*, 12(1), 120-127. DOI: 10.33808/clinexphealthsci.839430
5. Yücel, B.O., Irmak, B., Bayraktar, M., ve Karadağ, M. (2022). Cerrahi onkoloji kliniğinde yatan yetişkin hastaların ameliyat sonrası dönemde destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (16), 13-32. DOI: 10.38079/igusabder.983369
6. Irmak, B., ve Bulut, H. (2023). Hemşirelerin “hemşirelik bakımına duyarlı kalite göstergeleri” hakkındaki görüşleri. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 8(1), 1-14. DOI: 10.25279/sak.767033

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

1. Irmak, B., ve Karadağ, M. (2021). Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın yönetiminde aromaterapinin etkisini değerlendiren çalışmaların incelenmesi. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 1-20.

Ulusal/uluslararası kitaplar veya kitaplardaki bölümler

1. Baykara, Z.G., Karadağ, A., Bulut, H., Çelik, S.Ş., Demir, S.G., Gül, Ş., Ay, A., Karabulut, H., Öztürk, D., Duluklu, B., Karakaya, D., Irmak, B., Aktaş, D., Aydoğan, S., Cebeci, F., Avşar, P., ve Aydın, A.K. (2020). Basınç Yaralanmalarını Önleme ve İyileştirme. Yayın Yeri: Öztürk Ticaret, Basım sayısı:1, Sayfa sayısı:52, ISBN:978-605-69900-0-7
2. Bölükbaş, N., ve Irmak, B. (2020). Ameliyatım bitti şimdi başka sorunlarım var: Kanıta dayalı uygulamalar ile postoperatif semptom yönetimi. Gürsoy A, editör. Perioperatif Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar,1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. p.40-9, Online ISBN: 978-625-401-109-2

3. Karadağ, M., ve Irmak, B. (2019). Endokrin Sistem Cerrahisinde Bakım. Karadağ, M., ve Bulut, H. (Eds), Cerrahi Hemşireliği Kavram Haritası ve Akış Şemalı, 2. Cilt, Bölüm:32, Ankara: Vize Yayıncılık: 1037-1084, ISBN: 978-605-9278-66-9
4. Demir, S.G, ve Irmak, B. (2019). Bölüm Adı: Erişkin Sağlığı. Karahan, A., ve Kav, S. (Çeviri Eds). Sparks ve Taylor'ın Hemşirelik Tanı Referans El Kitabı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, Basım sayısı:10, Sayfa sayısı: 967, Bölüm Sayfaları:149-162, ISBN: 978-975-277-779-8.

Hobiler

Seyahat etmek, doğa yürüyüşü, ukulele, kitap okumak



GAZİ OLMAK AYRICALIKTIR...