



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ESASLARI VE YÖNETİM ANABİLİM DALI

**ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİM
UYGULANAN HASTALARDA
GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLARIN
BESLENME DURUMU VE HAREKETLİLİK
DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Muhammed Abdullah AZAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Aysel ÖZSABAN

TRABZON-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih
Muhammed Abdullah AZAK
(İmza)

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan sevgili aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimin her aşamasında sabır ve özveri ile bana yol gösteren, devamlı destekleyerek ilerlememi sağlayan, bilgi ve deneyimlerini açıkça paylaşarak eleştirel düşünmeme ve kendimi geliştirmeme yardımcı olan, akademik anlamda ufkumu açan, ne zaman vazgeçmeye çalışsam büyük bir sabırla beni vazgeçirmeyerek destek olan, öğrencisi olmaktan gurur ve onur duyduğum çok kıymetli saygı değer danışman hocam Doç. Dr. Aysel ÖZSABAN'a,

Lisansüstü eğitim sürecimin ders döneminde çalışkanlığı, bilgisi, deneyimi ve azmiyle her konuda örnek olarak hayranlık duymamı sağlayan; yalnızca eğitim için değil, hayatın içinden de yol göstererek tavsiyelerini esirgemeyen çok kıymetli saygı değer hocam Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK'e,

Lisansüstü eğitim sürecimin ders döneminde her konuda yardımcı olacağını bildiğim, desteğini ve bilgisini esirgemeyen çok kıymetli saygı değer hocam Doç. Dr. Şule BIYIK BAYRAM'a,

Tez savunma sınavımda değerli görüş ve önerilerini benimle paylaşan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Şengül ÜZEN CURA'ya

Tez sürecimde, yoğun çalışma saatlerine rağmen destek veren Hemşire Ummahan Miray KANBER, Hemşire Hakan AKINCI, Hemşire Halil İbrahim KOYUN, Hemşire Mustafa Melih PAKSOY, Hemşire İbrahim SARAÇ, Hemşire Dilara TIRAŞ'a,

Hayatım boyunca yanımda olup her anlamda destek olan, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, bugünlere gelmemi sağlayan, haklarını ödeyemeyeceğim canım aileme,

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Muhammed Abdullah AZAK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Gastrointestinal Sistem	5
2.2. Gastrointestinal Semptomlar	6
2.2.1. Karın Ağrısı	7
2.2.1.1. Visseral Ağrı	7
2.2.1.2. Parietal Ağrı	7
2.2.1.3. Yansıyan Ağrı	7
2.2.2. Gastroözofageal Reflü	7
2.2.3. Bulantı ve Kusma	8
2.2.4. Abdominal Şişkinlik ve Distansiyon	8
2.2.5. Konstipasyon	9
2.2.6. Diyare	9
2.3. Abdominal Cerrahi	10
2.4. Sık Yapılan Abdominal Cerrahi Girişimler	11
2.4.1. Kolesistektomi	11
2.4.2. Apandektomi	11
2.4.3. İnguinal Herni	11
2.4.4. Umblikal Herni	12

2.4.5. Epigastrik Herni	12
2.4.6. Bariatrik Cerrahi	12
2.5. Cerrahi Girişim Sonrası Komplikasyonlar	13
2.5.1. Pulmoner Sistem Komplikasyonları	13
2.5.2. Kardiyovasküler Sistem Komplikasyonları	13
2.5.3. Nörolojik Sistem Komplikasyonları	14
2.5.4. Sıvı-Elektrolit Dengesi Komplikasyonları	14
2.5.5. Kas-İskelet Sistemi Komplikasyonları	14
2.5.6. Üriner Sistem Komplikasyonları	14
2.5.7. Yara Yeri İyileşmesinde Görülen Komplikasyonlar	15
2.5.8. Vücut Sıcaklığı Komplikasyonları	15
2.5.9. Beslenme Komplikasyonları	15
2.6. Cerrahi Girişim Sonrası Mobilizasyon	16
2.6.1. Mobilizasyonun Tanımı	16
2.6.2. Kademeli Mobilizasyon Düzeyleri	16
2.6.2.1. Yatak İçerisinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme	16
2.6.2.2. Yatak Kenarında Oturma	16
2.6.2.3. Yatak Kenarında Ayağa Kalkma	17
2.6.2.4. Hasta Odasında Yürüme	17
2.6.3. Mobilizasyona Etki Eden Faktörler	17
2.6.4. Mobilizasyonun Sistemlere Etkisi	17
2.6.5. Gastrointestinal Sistem Semptomları ve Mobilizasyon	18
2.7. Abdominal Cerrahi Sonrası Hemşirelik Bakım Protokolleri	18
2.7.1. ERAS Protokolü	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri	22
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri	22
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.4.1. Hasta Bilgi Formu	22
3.4.2. Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği	22

3.4.3. Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeği	23
3.4.4. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği	24
3.5. Veri Toplama Süreci	24
3.6. Verilerin Analizi	24
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.8. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	41
7. KAYNAKLAR	43
EKLER	57
EK 1. Hasta Bilgi Formu	58
EK 2. Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği (GSDÖ)	59
EK 3. Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeği (NRS-2002)	61
EK 4. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (GHÖ)	62
EK 5. Kurum İzni	63
EK 6. Etik Kurul Onayı	66
EK 7. Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği (GSDÖ) Ölçek Kullanım İzni	69
EK 8. Nutrisyonel Risk Değerlendirme (NRS-2002) Ölçek Kullanım İzni	70
EK 9. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (GHÖ) Ölçek Kullanım İzni	71
ÖZGEÇMİŞ	72

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. ERAS protokolünün öğeleri	20
Tablo 2. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların sosyodemografik özellikleri	26
Tablo 3. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların klinik özellikleri	27
Tablo 4. Ölçek toplam ve alt boyutlara ait tanımlayıcı istatistikler	28
Tablo 5. Ölçek toplam ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi (p ve r değerleri)	30
Tablo 6. Abdominal cerrahi geçiren hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	32
Tablo 7. Nicel değişkenler ile Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi	33
Tablo 8. Yol analizi sonuçları	33

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No		Sayfa
Şekil 1.	Güç analizi grafiği	21
Şekil 2.	Standartlaştırılmamış yol kat sayıları	34
Şekil 3.	Standartlaştırılmış yol kat sayıları	34



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
GHÖ	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği
GİS	Gastrointestinal Sistem
GSDÖ	Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği
NRS	Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeği



ÖZET

Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Gastrointestinal Semptomların Beslenme Durumu ve Hareketlilik Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi

Bu araştırma, abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarda gastrointestinal semptomların beslenme durumu ve hareketlilik düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini genel cerrahi servisinde yatan ve abdominal cerrahi girişim geçiren 207 hasta oluşturmuştur. Veriler; Şubat 2024-Ekim 2024 tarihleri arasında, hastalarla yüz yüze görüşülerek, “Hasta Bilgi Formu”, “Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği (GSDÖ)”, “Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeği (NRS-2002)” ve “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (GHÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 46.86 ± 12.76 yıl, %50.2’si kadın, %75.4’ü ilköğretim mezunu idi. Hastaların hastanede yatış süresi ortalaması 4.72 ± 1.33 gün, ilk mobilizasyon zamanları 6.25 ± 0.96 saat, tamamı laparoskopik cerrahi girişim geçirmiş olup, %42’si hepatopankreatobiliyer, %41.6’sı herni onarımı ve %16.4’ü apendektomi ameliyatı geçirmiştir. Hastaların GSDÖ ortalama puanı 24.83 ± 5.68 , NRS-2002 ortalama puanı 0.28 ± 0.556 ve GHÖ ortalama puanı 8.2 ± 2.92 ’dir. Hastaların GSDÖ ile GHÖ, GSDÖ ile NRS-2002 ve GHÖ ile NRS-2002 ölçeklerinin toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur ($r=0.356$, $r=0.344$, $r=0.453$, $p<0.001$, sırasıyla). GSDÖ ile GHÖ arasında elde edilen yol katsayısı istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($\beta=0.236$; $p<0.001$). GSDÖ ile NRS-2002 arasında elde edilen yol katsayısı da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($\beta=0.043$; $p<0.001$). Hastaların yaş, cinsiyet, ameliyat tipi, operasyon öyküsü, kronik hastalık varlığı, genel yaşam tarzı, fiziksel gereksinimlerini karşılama durumu, gastrointestinal sisteme ilişkin sorun varlığı, ilk mobilizasyon, gaz çıkarma ve gaita zamanları ile GSDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sonuç olarak, abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların gastrointestinal semptomlarının şiddetinin, beslenme durumları ve hareket düzeyleri üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların postoperatif dönemde gastrointestinal semptomlarının izlenmesi, beslenme ve hareket ile ilişkisi dikkate alınarak, bütüncül bir yaklaşım ile bakım ve tedavi süreçlerinin planlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Abdominal cerrahi, Beslenme, Gastrointestinal semptom, Hareket, Hemşirelik

ABSTRACT

Investigation of the Relationship of Gastrointestinal Symptoms with Nutrition Status and Mobility Level in Patients Undergoing Abdominal Surgery

This descriptive and correlational study was conducted to investigate the relationship between gastrointestinal symptoms and nutritional status and mobility level in patients undergoing abdominal surgery. The sample of the study consisted of 207 patients hospitalized in the general surgery service who underwent abdominal surgery. Data were collected by face-to-face interviews between February 2024 and October 2024 using the “Patient Information Form”, “Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS)”, “Nutritional Risk Screening (NRS-2002)” and “Observer Mobility Scale (OMS)”. The mean age of the patients included in the study was 46.86 ± 12.76 years, 50.2% were female, and 75.4% were primary school graduates. The mean length of hospital stay was 4.72 ± 1.33 days, the mean time to first mobilization was 6.25 ± 0.96 hours, and all of the patients underwent laparoscopic surgical interventions; 42% underwent hepatopancreatobiliary surgery, 41.6% underwent hernia repair and 16.4% underwent appendectomy. The mean GSRS score was 24.83 ± 5.68 , the mean NRS-2002 score was 0.28 ± 0.556 and the mean OMS score was 8.2 ± 2.92 . Statistically significant correlations were found between the total scores of GSRS and OMS, GSRS and NRS-2002 and OMS and NRS-2002 scales ($r=0.356$, $r=0.344$, $r=0.453$, $p<0.001$, respectively). The path coefficient obtained between GSRS and OMS was statistically highly significant ($\beta=0.236$; $p<0.001$). The path coefficient between the GSRS and NRS-2002 was also statistically highly significant ($\beta=0.043$; $p<0.001$). There was a statistically significant difference between age, gender, type of operation, history of operation, presence of chronic disease, general lifestyle, ability to meet physical needs, presence of problems related to the gastrointestinal system, first mobilization, farting and defecation times, and GSRS scores ($p<0.05$). In conclusion, the severity of gastrointestinal symptoms of patients undergoing abdominal surgery was found to be effective on their nutritional status and mobility levels. Accordingly, it may be recommended to monitor the gastrointestinal symptoms of patients undergoing abdominal surgery in the postoperative period and to plan the care and treatment processes with a holistic approach, taking into account the relationship with nutrition and movement.

Keywords: Abdominal surgery, Gastrointestinal symptoms, Movement, Nursing, Nutrition

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi girişimler, sağlık problemleri nedeniyle hastaneye başvuran bireylere verilen sağlık hizmetlerinden biri olmakla birlikte bireyi hem psikolojik hem de fizyolojik yönden etkilemektedir (1). Gastrointestinal sistem (GİS) içerisinde bulunan mide, safra, dalak, karaciğer, pankreas, ince bağırsak ve kalın bağırsağa yönelik yapılan cerrahi girişimler abdominal cerrahi olarak adlandırılmaktadır (2). Cerrahi girişimler ve hastaların özelliklerine göre ameliyat sonrası süreçte hastaların yerine getirmesi gereken yaşam aktivitelerinde çeşitli düzeylerde bağımlılık ortaya çıkabilmektedir (3). Cerrahi işlem sırasında uygulanan anestezi ilaç, stres faktörü ve bireyin kişisel özelliklerinin yanı sıra, geçirilen cerrahi işlem sonrası hastalar GİS'lerinin normal işlevini yerine getirmede, beslenme ve hareket aktivitesinin bağımsızlığını sürdürebilmede zorluklar yaşayabilmektedirler (4). Cerrahi girişim sonrası bireylerin fonksiyonelliğinin korunması ve sürdürülmesinde temel olan bu yaşam aktivitelerinde yaşanan sorunlar ve olası risklerin tanınması ve gerekli hemşirelik bakımının verilmesi gerekmektedir.

GİS, yiyeceklerin sindirilmesi besinlerin emilimi gibi önemli fonksiyonları yerine getiren ve içerisinde birçok organı barındıran sistemlerden biridir (5). Semptom ise Türk Dil Kurumu'na göre Fransızcadan köken alan ve belirti anlamına gelen bir kavramdır. GİS semptomları; karın ağrısı, mide yanması, reflü, bulantı, guruldama, abdominal distansiyon, geğirme, gaz çıkarma, konstipasyon, diyare, dışkıyı tam boşaltamama, acil defekasyon ihtiyacı hissetme olmak üzere mide ve bağırsak sistemine ilişkin çok sayıda sorunu içeren bir kavramdır (6). GİS'e ait semptomlar, farklı nedenlerle ortaya çıkabilmekte ve bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (5). GİS semptomları dünya genelinde yaygın görülmektedir. 13 ülkenin dahil edildiği üst GİS semptomlarının sıklığı ve nedenlerinin incelendiği bir çalışmada ülkeler arasında GİS semptomlarının prevalansı %38 olarak belirtilmiştir; mide yanması ve reflünün en sık görülen semptomlar olduğu ifade edilmiştir (7). Türkiye'de 2797 bireyle yapılan kohort çalışmasında ise bireylerin %70.6'sında en az bir GİS semptomunun olduğu, en yaygın semptomların ise mide şişkinliği, mide ekşimesi ve anormal dışkılama olduğu belirtilmektedir (8).

GİS'e ait hastalıklar, cerrahi girişimler ve stres gibi pek çok faktör GİS semptomlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (9). Bu semptomların patofizyolojisine bakıldığında mide mukoz membranına zarar veren değişimle ve bağırsakların yetersiz çalışması ile ilişkilendirilmektedir. Bu mekanizmaların yanında son

dönemde ortaya atılan bağırsak ve beyin arasındaki ilişkinin zarara uğraması, barsak florasının ve geçirgenliğinin bozulması, genetik, beslenme, hareketsizlik, inflamasyon, immün sistem, safranin düzensiz çalışması ve 5-hidroksitriptamin (serotonin) bozukluklarıdır. Dış etkenlerin de GİS semptomlarına yol açtığı bilinmektedir. Bu dış etkenlerin sigara kullanımı, stres, ruhsal sağlık sorunları, beslenmenin düzensiz ve dengesiz olması, iştahsızlık, alkol ve bazı ilaçların olduğu ifade edilmektedir (10).

Sağlıklı beslenme, GİS'te dengeyi korumak için oldukça önemlidir (11). Hastalık halinde birey, beslenme yetersizliğine daha duyarlı hale gelir ve bu durum farklı hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir (2). Beslenme ve boşaltımda yaşanan sorunlar ile komplikasyonların arttığı buna bağlı olarak da iyileşme süresinde uzama ve maliyette artış meydana geldiği belirtilmektedir (12). Yatan hastalarda iştahsızlık ve sindirim sorunları gibi hastalığa bağlı faktörlerin yanı sıra hastanede yeterli beslenme desteği verilmemesi gibi hastalık dışı faktörler de beslenme durumunda bozulmaya yol açmaktadır (13). Evcil'in yaptığı bir araştırmada beslenme durumunun GİS semptomları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (10). Yapılan bir diğer çalışmada da benzer bir sonuca ulaşılmış, beslenme durumu kötü olan hastalarda GİS semptomlarının daha ileri ve şiddetli düzeyde görüldüğü ifade edilmiştir (14). Beslenme durumunun yanı sıra beslenmede enerji alımının da semptomlarla ilişkili olduğu bilinmektedir (15). Diyabetli bireylerde karbonhidrat ve posadan zengin beslenmenin aynı zamanda sıvı alımının artmasının GİS semptomlarının azalmasına katkı sağladığı belirtilmiştir (16). Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada GİS semptomlarının beslenme durumu ve biyokimyasal parametreler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (17). Altınok'un çalışmasında ise irritable barsak sendromu olan bireylerde düşük kalorili diyetin şişkinlik, ishal, kabızlık, kusma ve iştahsızlık gibi bulgularda azalma sağladığı ifade edilmiştir (18). Aynı zamanda glutensiz ve kazeinden fakir beslenmenin de konstipasyon, karın ağrısı ve gaz semptomlarının önlenmesinde olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (19). Bir meta-analiz çalışmasında da lif tüketiminin artmasıyla birlikte konstipasyon semptomlarının azaldığı ve dışkılama alışkanlıklarının düzene girdiği saptanmıştır (20).

Gastrointestinal semptomlar hareket düzeyiyle de yakından ilişkilidir (21). Tıbbi tedaviye ek olarak hareketin, GİS semptomları yaşayan bireylerde olumlu etkisi olduğu ifade edilmektedir (22). Yapılan çalışmalarda bireylerde fiziksel aktivite düzeyi arttıkça GİS semptomlarının görülme riskinin azaldığı saptanmıştır (23). Bir diğer araştırmada da

egzersizin hazımsızlık ve konstipasyon semptomlarını azaltmada olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (24).

Literatürde belirtildiği üzere cerrahi girişimler de GİS semptomlarının ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (25, 26, 27). Bununla birlikte, cerrahi girişimlere bağlı yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması ve hareketlilik düzeyinde de değişiklikler ortaya çıkma riski artmaktadır. Bu doğrultuda, yaşam aktivitesi olarak beslenme, boşaltım ve hareket aktivitesinin tanınması hemşirelik bakımının planlamasında temel veriler sağlayacaktır. Bu veriler hastaların bağımsızlığının desteklenmesi/ artırılmasında hemşirelik bakım eylemlerini yönlendirecektir (28). Cerrahi girişim sonrası anestezi kaynaklı bağırsak hareketlerindeki yavaşlama, gastrik boşalmadaki azalma, sıvı-elektrolit dengesinde bozulma, hareket sınırlılığı, beslenme alışkanlıklarında değişime sebebiyet verebilmektedir (27). Nitekim kalp cerrahisi hastalarında taburcu olduktan sonraki altı hafta boyunca GİS semptomlarının insidansı incelenmiş, hastaların %57'si hastaneye yatışları sırasında iştahsızlık, %37'si tat almada bozulma ve %34'ü mide bulantısı olduğunu bildirmiştir (29). Bariatrik cerrahi hastalarında yapılan diğer bir çalışmada hastaların %89'unda GİS semptomlarının ortaya çıktığı, %28.6'sında kabızlık, %18'inde irritable barsak sendromu, %18'inde ishal ve %1'inde şişkinlik olduğu belirtilmiştir (30).

Farklı hasta grupları ile yapılan çalışmaların dışında literatürde abdominal cerrahi girişim uygulanan hastaların hareket düzeyleri, GİS semptomları ve ağrı düzeyini inceleyen yalnızca bir çalışmaya rastlanmıştır (2). Ancak abdominal cerrahi uygulanan hastaların GİS semptomlarının beslenme ve hareket düzeyi ile ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ameliyat sonrası bu hasta grubunun hareket sınırlaması, besin alımında zorlanma ve anestezinin de etkisiyle GİS semptomları yaşama risklerinin yüksek olduğu ve konuya ilişkin literatürde boşluk olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, abdominal cerrahi girişim sonrasında hastaların GİS semptomları, beslenme durumu ve hareket düzeylerini değerlendirmede objektif verilere gereksinim duyulmaktadır. Ameliyat sonrası hastaların iyileşme sürecinde sağlık ekibi içerisinde önemli bir pozisyonda olan hemşirelerin bireyselleştirilmiş ve bütüncül bakımı planlaması ve sürdürmesinde geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarını kullanması objektif veriler elde etme imkânı sunacaktır.

Bu çalışmada, abdominal cerrahi uygulanan hastaların GİS semptomlarının beslenme durumu ve hareket düzeyi ile ilişkisinin geçerli ve güvenilir ölçüm araçları ile incelenmesi planlanmıştır. Bu doğrultuda, bu çalışmanın amacı, abdominal cerrahi girişim

uygulanan hastaların GİS semptomlarının beslenme durumu ve hareketlilik düzeyi ile ilişkisini incelemektir. Bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastaların gastrointestinal semptomlarının şiddeti ne düzeydedir?
2. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastaların beslenme durumları nasıldır?
3. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastaların hareketlilik düzeyleri nedir?
4. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastaların gastrointestinal semptomlarının beslenme durumu ve hareketlilik düzeyi arasında ilişki var mıdır?
5. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine göre gastrointestinal semptomları farklılık göstermekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gastrointestinal Sistem

Gastrointestinal sistem, ağızdan başlayarak anüse uzanan, ana görevi vücuda alınan besinlerin sindirim ve emilimi ile organizmaya gerekli olan besin ve suyun teminini sağlayarak ardından atık maddeleri vücuttan uzaklaştıran insan vücudundaki en uzun sistemdir (31). Üç bölümden oluşan GİS'in üst bölümünde ağız, farenks, larenks ve özofagus; orta bölümde mide ve ince bağırsak; alt bölümde ise kalın bağırsak, rektum ve anal kanal bulunmaktadır (32). Üst bölüm vücuda alınan besinlerin ağız yoluyla mideye taşınmasını sağlarken, orta bölüm besinlerin mekanik ve kimyasal sindirimini ve emilimini gerçekleştirir; alt bölümde ise sindirim sonrası atık maddeler depolanır ve vücuttan uzaklaştırılması sağlanır (33). Aynı zamanda sindirim sisteminin dışında yer alan ve sindirime yardımcı organlar arasında dişler, dil, tükürük bezleri, karaciğer, safra kesesi ve pankreas gibi organlar bulunmaktadır (34). Dört katmanı bulunan gastrointestinal kanal, lümenden dışa doğru sırasıyla mukoza, submukoza, kas tabaka ve seroza tabakalarından oluşmaktadır (35). Mukoza, GİS'te besinlerin emilimi için yüzey alanını artıracak şekilde yoğun biçimde katlanmış tek katlı epitel hücrelerden oluşur. Altında bulunan submukoza, bağ dokusu tabakası olarak işlev görür ve bu yapı içerisinde kan ve lenf damarlarını bulundurur (36). Sindirim kanalının hareketlerini sağlayan muskularis eksterna, içte dairesel, dışta uzunlamasına olmak üzere iki düz kas tabakasından meydana gelir. Bu kaslar, miyenterik plexus aracılığıyla koordineli şekilde kasılarak peristaltik hareketleri kontrol eder. En dış katman olan seroza ise bağ dokusundan ve ince bir hücre tabakasından oluşur. Seröz sıvı salgılayarak iç yapıları kayganlaştırır ve besinlerin hareketi sırasında sürtünmeyi azaltır (34).

Sindirim ilk durağı olan ağız boşluğu, yutma işlemi öncesi alınan besinlerin dişler yardımı ile mekanik; mukus ve tükürük bezi salgılarıyla ise kimyasal sindirimini başlatır (37). Ağız boşluğu içerisinde bulunan 3 adet tükürük bezi günlük 1 ila 1.5 litre arası tükürük üreterek ağız mukozası ile besin arasındaki sürtünmeyi azaltarak yutmanın kolaylaşmasını sağlamak ve içerisinde bulundurduğu elektrolit, enzim ve tamponlar ile besin maddesinin kısmi kimyasal sindirimini başlatmaktadır (38). Ağız boşluğundan geçen besin maddesinin sonraki durağı olan farenks, özofagusa geçiş yolu olarak hizmet etmektedir. Yutma esnasında nazofarenks ve larenks kapanarak besinin doğru yönde ilerlemesi sağlanmaktadır (39). Farenksten geçerek özofagusa ulaşan besin, özofagusun peristaltik hareket olarak bilinen

dairesel ve uzunlamasına kasılma dalgalarıyla mideye ulaşmaktadır. Özofagusun üst üçte biri çoğunlukla iskelet kasından oluşurken, orta üçte birlik kısım iskelet ve düz kas karışımından, alt üçte birlik kısım ise öncelikli olarak düz kastan oluşmaktadır (40).

Besin; içi boş, kaslı bir kese olan mideye ulaştığında burada geçici olarak depolanmakta, mide asitleri ve enzimler aracılığıyla kimyasal sindirimi gerçekleşmektedir (41). İçten dışa doğru iç eğik tabaka (oblik), orta dairesel tabaka (sirküler) ve dış uzunlamasına tabaka (logitudinal) olmak üzere 3 kas tabakasından oluşan mide, bu üç kas tabakasının kasılma ve gevşemesi ile besinlerin mekanik olarak parçalamakta ve kimüs oluşumunu gerçekleştirmektedir (42). Midede oluşan kimüs, buradan mideye göre daha çok emilim görevini gerçekleştiren ince bağırsağa geçmektedir. Besinlerin emiliminin %90'ı burada gerçekleşmektedir (43). Duodenum, jejunum ve ileum olmak üzere 3 ana bölümden oluşan ince bağırsağın duodenum bölümü mideden gelen kısmen sindirilmiş besini (kimüs) almakta, pankreas ve karaciğerden gelen sindirim salgılarıyla sindirim işlemini desteklemektedir (44). Emilim ve kimyasal sindirimin büyük kısmının gerçekleştiği temel bölge olan jejunumda ise sindirimi sağlayan enzimler salgılanarak besinlerin yapıtaşlarına ayrıştırılması sağlanmaktadır (34). İnce bağırsağın son kısmı yani ileum, emilimi ve sindirimi sağlayan materyallerin kalın bağırsağın çekum bölümüne akışını sağlayan ve kontrol eden sfinkter olan ileoçekal valfi bulundurmaktadır (45). Artık emilimi ve sindirimi ince bağırsakta sağlanamayan besin maddeleri, kalın bağırsağa ilerlemekte ve bu noktada dışkı olarak adlandırılmaktadır. Çekum, çıkan kolon, yatay kolon, inen kolon ve sigmoid kolon olmak üzere beş ana bölümden oluşan kalın bağırsakta su ve elektrolitlerin emilimi sağlanmakta ve peristaltik hareketlerle dışkı rektuma taşınmaktadır (46). Rektuma ulaşan dışkı gerilme reseptörlerini uyarmakta ve anal sfinkter gevşeyerek dışkının insan vücudundan atılımı sağlanmaktadır (34).

2.2. Gastrointestinal Semptomlar

Gastrointestinal sistemin işleyişini postoperatif döneme yönelik birçok faktör etkileyebilmektedir. Cerrahi işlem sırasında uygulanan sedasyon, sıvı elektrolit dengesinde bozulma, laparoskopik işlemlerde karın içi basınçta oluşan artış, cerrahi işlemin tipi, süresi gibi faktörler GİS'in işleyişinde değişikliklere neden olabilmektedir (47). Bu değişiklikler sonucunda GİS semptomları ortaya çıkmaktadır. Üst gastrointestinal sistemde dispepsi, bulantı, kusma, hıçkırık, geğirme, disfaji, gastroparezi gibi semptomlar görülürken; alt

gastrointestinal sistemde ise diyare, konstipasyon, paralitik ileus, divertiküloz gibi semptomlar görülmektedir (48, 49).

2.2.1. Karın Ağrısı

Subjektif bir his olan karın ağrısı; uyarının şiddeti, iletimi, hastaların kişisel özellikleri, psikososyal özellikler gibi pek çok faktörden etkilenmekte, her hasta ağrısı farklı düzeylerde hissetmekte ve hastaların yaşam kaliteleri olumsuz düzeyde etkilenmektedir (50). Tek başına bir hastalık olmayan karın ağrısı, tarif edilen bölgede bir organ hasarını ifade edebildiği gibi, psikolojik veya fizyolojik herhangi bir nedenden de kaynaklanabilmektedir (51). Karın ağrısı; visseral, parietal ve yansıyan ağrı olmak üzere üç kategoride ele alınmaktadır (52).

2.2.1.1 Visseral Ağrı

Batın orta hattında ya da epigastriumda tarif edilen visseral reseptörlerin uyarılması ile oluşan ve tam olarak lokalize edilemeyen künt ağrı tipi, visseral ağrı olarak tanımlanmaktadır (53). Bu ağrıyla birlikte huzursuzluk, terleme, bulantı ve kusma şikayetleri de görülebilmektedir. Hastalar bu ağrısı hafifletebilmek amacıyla uygun pozisyon bulmaya çalışmaktadır (54).

2.2.1.2 Parietal Ağrı

Visseral ağrıya benzer olarak derinden başlayan, karın zarının gerilerek uyarılması ile oluşan bu ağrı tipinde hastalar ağrısı, çok iyi şekilde lokalize ve daha yoğun bir şekilde hissetmektedirler (54). Ağrının yeri sorulduğunda hastalar parmak ucuyla yeri tam olarak gösterebilmekte, ağrının artacağı endişesiyle hareket etmekten çekinmektedirler. Kolesistitte bulunan Murphy noktası ve apendisitin McBurney noktası parietal ağrıya örnektir (52).

2.2.1.3 Yansıyan Ağrı

Etkilenen doku ve organların uzağında tarif edilen ağrı türü olan yansıyan ağrı, daha derinde hissedilmesine rağmen daha kolay lokalize edilmekte ve artan visseral ağrının sonrasında ortaya çıkmaktadır (49).

2.2.2 Gastroözofageal Reflü

Montreal tarafından mide içeriğinin (kimüs) özofagusa geri kaçmasıyla çeşitli semptomlar ve komplikasyonlara sebebiyet veren rahatsız edici bir durum olarak tanımlanan gastroözofageal reflü hastalığının en sık ve yaygın semptomu regürjitasyon ve mide

ekşimesidir (55, 56). Kuzey Amerika’da tahmini yaygınlığı %18 ila %27.8 arasında olan yaygın bir sindirim bozukluğudur (57). Batı dünyasında prevalansı %10 ila %20 arasında olduğu ve Asya’da daha düşük bir prevalansa sahip olduğu bulunmuştur (58). Uyumadan 2-3 saat öncesinde yemek yememek; asitli, baharatlı, alkollü ve yüksek yağ oranına sahip yiyecek içeceklerden kaçınmak, yüksek asit oranına sahip meyvelerin tüketimini sınırlamak; kafein, çikolata ve kahve gibi reflüyü tetikleyecek besinler, diyetten çıkarmak gastroözofageal reflüye yönelik önerilerdir (59, 60).

2.2.3. Bulantı ve Kusma

Gastrointestinal hastalıklarda ve cerrahi hastalarında en sık görülen bulantı ve kusma semptomları, dünya çapındaki postoperatif hastaların %30’unda görüldüğü tahmin edilmektedir (61). GİS’in işlevinde bir bozukluğun veya hastalığın sonucu ile ilişkilendirilen bulantı ve kusma semptomları kronik veya tekrarlayan bir durum olarak ortaya çıkmaktadır (62). Genellikle postoperatif dönemde veya kemoterapi ajanlarının kullanımıyla ortaya çıkmakta, bulantı ve kusma şikayetleri olan hastaların bazılarında belirli bir sebep bulunamamaktadır (63).

Kusma isteğinin yarattığı hoş olmayan bir his olan bulantı, çoğunlukla kusma öncesi ortaya çıkmakta, hastalarda ani iştahsızlık ve besinlere karşı bir isteksizlik geliştirmektedir. Kusma ise diyafram ve abdominal kasların kasılmasıyla birlikte mide içeriğinin ağız yoluyla dışarı çıkarılmasıdır (64).

İnsanlarda potansiyel açıdan toksik maddeleri yutmak ve sindirmekten kaçınma amacı taşıyan temel savunma mekanizması olarak kabul edilen bulantı ve kusma birbirinden bağımsız olarak da görülebilmekte buna rağmen tek bir problem gibi değerlendirilmektedir (65). Klinisyenler kişisel deneyim, yan etki profilleri, maliyet ve formül gibi çeşitli faktörleri değerlendirerek bulantı ve kusmayı önlemek ve tedavi etmek amacıyla çeşitli antiemetikler arasından seçim yapmakta ve hastalarda kullanmaktadır (66).

2.2.4. Abdominal Şişkinlik ve Distansiyon

Abdominal şişkinlik, karında gözle görülür bir şişkinlik olmaksızın sıkışmış gaz, basınç veya gerginlik hissini ifade etmektedir. Hastalar abdomenin herhangi bir yerinde basınç hissi veya dolgunluk tarif etmektedir (67). Etiyolojisinde çölyak hastalığı, pankreas yetersizliği, gastroparezi, laktoz intoleransı, obezite, hipotroidizm ince bağırsak divertikülozu, gastrointestinal veya jinekolojik malignite, ince bağırsakta bakteriyel artış,

huzursuz bağırsak sendromu, pelvik taban disfonksiyonu, fonksiyonel şişkinlik, fonksiyonel dispepsi gibi durumlar bulunmaktadır (68).

2.2.5. Konstipasyon

Günümüzde batı toplumlarında daha sık rastlanılan ve çeşitli semptomlarla seyrederek sindirim sistemini etkileyen, dışkının seyrek geçişi veya dışkı boşaltımında zorluk olarak tanımlanan GİS sorunudur (69). Normal geçişli konstipasyon, yavaş geçişli konstipasyon ve defekasyon bozukluğu olmak üzere üç farklı tipi bulunmakla birlikte, aynı hastada birden fazla tip görülebilmektedir (70). Konstipasyon yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz sıvı alımı, lif eksikliği, dışkılamayı erteleme ve ilaçlar gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır (71). Konstipasyonun önüne geçebilmek için lifli diyet, fiziksel aktivite, karın masajı ve ısı uygulaması gibi yöntemlerin uygulanması fayda sağlayabilmektedir (6).

2006 yılında oluşturulan ve kronik fonksiyonel konstipasyonun teşhisinde kullanılan Roma IV kriterlerine göre hastalar hastaneye başvurmalarından önceki 6 ay süresince konstipasyon semptomları yaşamış olmalı, son 3 ay içerisinde en az 3 gün süresince aşağıdaki semptomlardan en az ikisini yaşamış olmalıdırlar (72).

- Dışkılamaların %25'ten fazlasında ıkınma
- Dışkılamaların %25'ten fazlasında topaklı veya sert dışkılama
- Dışkılamaların %25'ten fazlasında tam boşaltamama hissi
- Dışkılamaların %25'ten fazlasında tıkanıklık hissi
- Dışkılamaların %25'ten fazlasında dışkılamayı kolaylaştırmak için manuel manevra kullanma
- Haftada üçten az kendiliğinden bağırsak hareketi

Yapılan çalışmalarda yaş artışının beraberinde getirdiği karın ve pelvik kasların zayıflığı, ilaç kullanımında artış, kronik hastalıklar, besin alımında azalma gibi faktörler yaşlılarda konstipasyon görülme sıklığını artırmaktadır (73,74).

2.2.6. Diyare

Dışkının viskozitesinde azalma ve akışkanlığında artış olarak tanımlanan diyare, günde üçten fazla, 200 gram üzerinde ve içerisinde %80 üzeri sıvı miktarı bulundurması ile seyretmektedir (75). Üç haftaya kadar seyreden diyare akut, üç haftadan uzun süren diyare ise kronik diyare olarak adlandırılmaktadır (76). Bağırsak hareketlerinin artmasıyla ortaya çıkan diyare, crohn hastalığı, irritabl bağırsak sendromu, laksatifler, enfeksiyonlar, bazı

antidiyabetik ilaçlar gibi çeşitli faktörlerin etkisi olarak da ortaya çıkabilmektedir (50). Diyare yaşayan hastalara öncelik olarak rehidratasyon ve destekleyici tedavi önerilmektedir. Su, elektrolitler ve besinleri yerine koymakla başlayan destekleyici tedavi için en sık tercih edilen yöntem oral rehidratasyondur (77).

2.3. Abdominal Cerrahi

Abdominal cerrahi, abdominal bölgede bulunan organlara yönelik yapılan cerrahi girişimleri ifade etmektedir (27). Küresel ölçekte her yıl 313 milyon cerrahi girişim gerçekleştirilmekte ve yapılan abdominal cerrahi girişimlerin sayısı her yıl %2-5 oranında arttığı bildirilmektedir (78, 79). Abdominal cerrahi girişim türleri açık veya kapalı (laparoskopik) olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilmektedir (80). Cerrahi işlemin yapıldığı bölgenin doğrudan ve rahatça görülebilmesi amacıyla büyük kesiler ile gerçekleştirilen açık ameliyatlara, etkili bir yöntem olmasına karşın hastanede kalış süresinin ve iyileşme sürecinin uzamasına, maliyetin artmasına ve kozmetik yönünden kusurlara sebebiyet verebilmektedir (81). Küçük kesiler yoluyla gerçekleştirilen kapalı (laparoskopik) cerrahi girişimler ise minimal invaziv cerrahi ya da laparoskopik cerrahi olarak adlandırılmaktadır (82). Laparoskopik cerrahi girişimler ile hastaların yatış sürelerinde azalma, ağrı düzeyi ve analjezik kullanımında azalma, maliyette düşüş, yara yeri enfeksiyonu sıklığında azalma gibi faydalar sağlanmaktadır (83). Açık invaziv girişimlere hepatektomi, pankreatikduodonektomi, gastrektomi, gastroduodonostomi, distal/total pankreatektomi; kapalı (laparoskopik) invaziv girişimlere ise kolesistektomi, apendektomi, herni onarımı, laparoskopik bariatrik cerrahi örnek olarak verilebilir (84). Günümüzde teknolojik gelişmeler, bilimsel kanıtlar ve önerilerin artmasına rağmen yapılan cerrahi işlemin türü ne olursa olsun cerrahi işlem sonrası bireyin vücudundaki tüm sistemler etkilenmekte ve postoperatif dönemde minör ya da majör komplikasyon gelişme riski bulunmaktadır (85). Her ne kadar bireylerin iyileşmesi hedeflenerek gerçekleştirilen cerrahi girişimlerin sonrasında bireylerde ağrı, bulantı, kusma, abdominal distansiyon, konstipasyon, diyare, kanama, hareketsizlik, sıvı elektrolit düzeyinde dengesizlik, yara yeri enfeksiyonu, beden imajında bozulma, düşük benlik algısı, sosyal çevreden uzaklaşma gibi hem fiziksel hem ruhsal hem de sosyal sorunlar görülebilmektedir (86, 87, 88).

2.4. Sık Yapılan Abdominal Cerrahi Girişimler

2.4.1. Kolesistektomi

Safra kesesinde kolelitiazis, kolesistit, koledokolitiazis ve kanser gibi durumların görülmesi sonrasında safra kesesinin cerrahi yöntemlerle çıkartılması işlemi kolesistektomi olarak tanımlanmakta ve safra kesesi hastalıklarında en sık yapılan cerrahi tedavi yöntemidir (89). Kolesistektomi işleminin transvers sağ subkostal insizyon ile yapılması açık kolesistektomi, minimal invazif yöntemle yapılması laparoskopik kolesistektomi, henüz Türkiye’de yaygın olmasa da robot yardımlı minimal invaziv yöntemle yapılması ise robotik kolesistektomi olarak sınıflandırılmaktadır (90, 91). Ek olarak günümüzde kolesistektomi işlemlerinin çoğu laparoskopik olarak gerçekleştirilmektedir (92).

2.4.2. Apendektomi

İnce bağırsağın ileum ve çekum bölümünün birleştiği bölgede çekal kapağın altında bulunan 10 santimetrelilik bir çıkıntı olan apandiks düzenli olarak besinlerle dolarak çekuma boşalır. Apandiksin içinde bulunan bu besinlerin çekuma geçişi gerçekleşemediğinde bir tıkanma ve enfeksiyon (apandisit) gelişmektedir (93). Gelişmiş ülkelerde cerrahi girişim gerektiren ve akut karın ağrısının en yaygın nedenlerinden biri olan apandisit için açık apendektomi ve laparoskopik apendektomi olmak üzere iki farklı cerrahi girişim yöntemi uygulanmaktadır (94). Açık apendektomi McBurney tarafından 1894 yılında, Laparoskopik apendektomi ise 1983 yılında Semm tarafından tanımlanmıştır (95, 96). Laparoskopik apendektominin açık apendektomiye göre ameliyat süresi daha uzun olsa da laparoskopik apendektomi yöntemi sonrası hasta yatış süresi azalmakta, normal aktivitelere dönüş hızı düşmekte, cerrahi işlem sonrası ağrı oranı azalmakta ve cerrahi girişim sonrası komplikasyonlar daha az görülmektedir (97).

2.4.3. İnguinal Herni

İnguinal bölgede karın duvarındaki defektten kaynaklanan inguinal herni erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmekte ve erkeklerde kadınlara göre teşhisi daha kolay yapılmaktadır (98). İkinma, ağır kaldırma, öksürme, ayakta durma gibi karın içi basıncı artıracak hareketler ile semptomlar daha da kötüleşebilmektedir. Küresel ölçekte her yıl 20 milyondan fazla hastaya uygulanan inguinal herni onarımı en yaygın ameliyatlardan birisi olmakla birlikte hastaların %10-15’inde inguinal herni tekrarlamakta ve yeniden cerrahi işlem gerekmektedir (99). Açık ve laparoskopik olarak farklı şekillerde gerçekleştirilen

inguinal herni onarımı, günümüzde minimal invaziv tekniklerdeki gelişmelere rağmen cerrahlar arasında en yaygın olan cerrahi yöntem açık inguinal herni onarımıdır (100).

2.4.4. Umblikal Herni

Umblikal herni konjenital veya karın içi basıncını artıran obezite, siroz, gebelik gibi durumlar sonucu umblikal bölgede ortaya çıkan çoğunlukla omentum ya da ince bağırsak benzeri bir organın oluşturduğu bir olgudur. Umblikal hernide inkarserasyon (boğulma) riski bulunduğundan semptomatik özellik gösteren bütün umblikal herni vakalarında tedavi yöntemi cerrahidir. Umblikal herni onarımı inguinal herninin onarımında olduğu gibi açık ya da laparoskopik olarak gerçekleştirilmektedir (101).

2.4.5. Epigastrik Herni

Ventral herninin bir çeşidi olan epigastrik herni, omentum ve preperitoneal yağ içeren fitıklardır. Epigastrik herniler toplam herni vakalarının yalnızca %4'ünü oluşturmaktadır (102). Epigastrik hernilerin risk faktörleri arasında kronik konstipasyon, öksürük ve yapısal deformiteler bulunmakta obez ve orta yaşlı erkeklerde daha sık görülmektedir (103).

2.4.6. Bariatrik Cerrahi

Günümüzde dünya çapında gittikçe yaygınlaşan bir hastalık olan obezitenin önüne geçebilmek için hastalara uygulanan bariatrik cerrahi girişimler obez hastaların kilo kaybı sağlaması amacıyla geliştirilen genellikle laparoskopik yöntemle yapılan bir tedavi yöntemidir (104). Bariatrik cerrahi girişimler kısıtlayıcı (restriktif), emilimi bozucu (malabsorptif) ve hem kısıtlayıcı hem emilimi bozucu kombine girişimler olmak üzere üç farklı şekilde gerçekleştirilmektedir (105). Sleeve gastrektomi, ayarlanabilir mide bandı gibi kısıtlayıcı yöntemlerle birlikte gastrik volüm azaltılarak doyumluk hissinin erken gerçekleşmesi ve bu sayede alınan besin miktarının ve kalorinin azaltılması hedeflenmektedir. Biliopankreatik diversiyon, duodenal switch gibi emilimi bozucu yöntemlerde ise ince bağırsağın uzunluğu kısaltılarak besinlerin emilimi azaltılmaktadır. Hem kısıtlayıcı hem emilimi bozucu yöntem olan Roux-en-Y gastrik bypass yöntemiyle ise hem gastrik hacim düşürülmekte hem de emilim bozularak daha az kalori alınması sağlanmakta bu sayede kilo kaybı gerçekleştirilmektedir (106).

Bariatrik cerrahi girişimler obezitenin tedavisinde etki düzeyi yüksek bir yöntem olmasının yanı sıra kilo kaybını gerçekleştirmekte basit bir yol değildir. Bariatrik cerrahi

girişim sonrası erken dönemde olumsuz sonuçlar ve perioperatif komplikasyonlar gerçekleşmektedir (107).

2.5. Cerrahi Girişim Sonrası Komplikasyonlar

Cerrahi girişim sonrası komplikasyonlar ameliyat sonrası 30 gün içerisinde kendini gösteren ve istenmeyen bir durum olarak tanımlanmaktadır (108). Cerrahi girişim sonrası ameliyat tipi ne olursa olsun, standartlar en uygun şekilde uygulansa dahi komplikasyon gelişme riski her zaman bulunmaktadır (83). Operasyon tipi, süresi, endikasyonu ve komorbidite varlığı gibi faktörler komplikasyonların görülme sıklığını değiştirmektedir (109).

2.5.1. Pulmoner Sistem Komplikasyonları

Majör cerrahi girişimler sonrası en sık görülen komplikasyon olan pulmoner sistem komplikasyonları, hasta refahı ve sonuçları üzerinde büyük etkilere sahip olmasının yanı sıra, abdominal ve vasküler cerrahi girişimler sonrası oluşan komplikasyonların %10-40'ını oluşturan önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir (110). Atelektazi, plevral efüzyon, hipoksemi, pulmoner ödem, pnömotoraks, pnömoni, pulmoner emboli ve mekanik ventilatöre bağlı akciğer hasarı gibi sıklıkla görülen komplikasyonlar, cerrahi girişim sonrası 48-72 saat içerisinde ortaya çıkarak hastayı olumsuz etkileyen komplikasyonlardır (83). Cerrahi girişim sonrası pulmoner sistem komplikasyonlarını en aza indirebilmek adına değiştirilebilir risk faktörleri gözden geçirilmeli, pulmoner sistem komplikasyonu gelişmesi açısından riskli vakalar önceden belirlenerek gerekli tedbirler alınmalı ve bu sayede morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması hedeflenmektedir (111).

2.5.2. Kardiyovasküler Sistem Komplikasyonları

Kardiyak olmayan cerrahi girişim sonrası 30 gün içerisinde ortaya çıkan kardiyovasküler sistem komplikasyonları, küresel ölçekte 10 milyondan fazla bireyde görülmekte ve cerrahi girişim sonrası mortalite oranı %1.5 olarak belirtilmektedir (112). Cerrahi girişim sonrası en yaygın görülen kardiyovasküler sistem komplikasyonları; kanama, hipovolemi, emboli ve derin ven trombozudur. Yaygın olmayan ve nadir görülen komplikasyonlara ise iskemi, aritmi, akut miyokard infarktüsü, kardiyak arrest örnek verilebilir (113). Genel cerrahi servisinde yatan hastalar ile yapılan retrospektif gözlemsel bir kohort çalışmasında cerrahi işlem sonrası kardiyak arrest geçiren 1352 hastanın 746'sında en az bir kardiyovasküler sistem komplikasyonu geliştiği belirlenmiştir (114). Yapılan

cerrahi girişimler sonrası sıkı hasta takibi, natriüretik hormon ve troponin düzeylerinin ölçümleri ile mortalite oranları iyileştirilebilmektedir (115).

2.5.3. Nörolojik Sistem Komplikasyonları

Cerrahi girişim sebebiyle hastaların merkezi sinir sisteminin işleyişindeki denge bozulmakta ve hastalarda çeşitli nörolojik sistem komplikasyonları ortaya çıkmaktadır (116). Nörolojik sisteme yönelik bu komplikasyonlar, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, yatış süresini uzatmakta ve hasta bakım maliyetini artırmaktadır. Deliryum, bilişsel fonksiyonda bozulma, travma sonrası stres bozukluğu gibi komplikasyonlar nörolojik sistem komplikasyonlarının çoğunluğunu oluşturmaktadır (117).

2.5.4. Sıvı-Elektrolit Dengesi Komplikasyonları

Cerrahi girişimler vücudun her sistemini etkilediği gibi vücudun sıvı-elektrolit dengesinde de büyük etkilere sahip olabilmektedir. Cerrahi girişim sırasında kan ve vücut sıvılarının kaybı, vücudun cerrahi stres cevabı, intravenöz sıvı takviyeleri, kan transfüzyonu ve mevcut hastalık gibi faktörler cerrahi girişim sonrası hipovolemi, hipervolemi, hiponatremi, hipernatremi, hipokalsemi, hiperkalsemi, gibi sıvı-elektrolit dengesi komplikasyonlara yol açabilmektedir (118).

2.5.5. Kas-İskelet Sistemi Komplikasyonları

Cerrahi girişimler sonrası cerrahi işlemin yapıldığı bölge, immobilizasyon, yaşlılık, açlık ve uzun süreli yatak istirahati gibi faktörlerle ilişkili olarak hastaların kas-iskelet sistemlerinde çeşitli komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonlar atrofi, kas zayıflığı, eklem deformiteleri, donuk omuz, eklem katılığı ve kompartman sendromu olarak ortaya çıkmaktadır (119).

2.5.6. Üriner Sistem Komplikasyonları

Cerrahi girişim sonrasında hastalarda üriner retansiyon, üriner sistem enfeksiyonu ve akut böbrek yetmezliği gibi üriner sisteme yönelik komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bu komplikasyonlar arasında bulunan üriner sistem enfeksiyonları cerrahi girişim sonrası önemli bir morbidite nedeni olup hastane enfeksiyonlarının %40'ını oluşturmakta ve yatış süresi ve maliyeti artırarak bakım gereksiniminde artışa neden olmaktadır (120).

2.5.7. Yara Yeri İyileşmesinde Görülen Komplikasyonlar

Cerrahi girişim sırasında gerçekleştirilen insizyon bölgesinde kanama, hematoma, cerrahi alan enfeksiyonu, seroma, yara ayrılması, adhezyon (yapışıklık), hipertrofik skar ve keloid oluşumu gibi morbidite ve mortalite oranlarında artışa sebebiyet veren, yatış süresi ve maliyeti artıran başlıca komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (121).

2.5.8. Vücut Sıcaklığı Komplikasyonları

İnsan vücudunda gerçekleşen metabolik olaylar için optimum sıcaklık 36°C-38°C'dir. Vücut sıcaklığının bu aralık üzerinde olması hipertermi, altında olması ise hipotermi olarak adlandırılmaktadır. Cerrahi hastalarında cerrahi sürecin üç aşamasında da genellikle hipertermiden ziyade hipotermi görülmekte, hastalarda nadir de olsa malign hipertermi gelişebilmektedir. Bu nedenle cerrahi hastalarının vücut sıcaklığının takibi komplikasyon gelişme riski açısından önem taşımaktadır (122).

2.5.9. Beslenme Komplikasyonları

Cerrahi girişim geçiren hastaların girişim sonrası ağırlık kaybı, bitkinlik, halsizlik ve fiziksel aktivite düzeyi gibi genel profilini etkileyen faktörlerden biri olan beslenme durumu, hastalarda yaşam kalitesinin korunmasını ve işlevselliğin sürdürülmesini sağlayan önemli bir unsurdur (123). Cerrahi girişim hastaların metabolik ve endokrin fonksiyonlarını etkilemekte, bu etki inguinal herni, laparoskopik kolesistektomi gibi minimal invaziv girişimlerde bile gözlemlenebilmektedir (124). Cerrahi girişim sonrası beslenmenin sağlanması hasta profiline göre enteral ve parenteral yöntem olmak üzere iki farklı şekilde sağlanabilmektedir. Enteral beslenme yöntemi parenteral beslenmeye göre daha az komplikasyon riskine sahip olmakla birlikte enteral beslenme yöntemi daha dengeli ve fizyolojik bir beslenme sağlamaktadır (125). Enteral beslenmede gastrik rezidüel volüm yüksekliği, diyare, bulantı ve kusma, abdominal distansiyon, konstipasyon, diyare, hiper-hipoglisemi, dehidratasyon gibi komplikasyonlar; parenteral beslenmede ise bu komplikasyonlara ek olarak vasküler kateter, tromboembolik, hepatobilier, biliyer ve renal komplikasyonlar görülebilmektedir (124).

2.6. Cerrahi Girişim Sonrası Mobilizasyon

2.6.1. Mobilizasyonun Tanımı

Hareket yeteneğini kaybetmiş bir organ veya yapıya eski becerinin kazandırılması anlamına gelen mobilizasyon kavramı, pasif ve aktif hareketleri, yatak içi hareketliliği, yatak kenarı, yatak başı aktiviteleri ve yürüme gibi aktiviteler yelpazesinden oluşmakta ve cerrahi girişim sonrası mobilizasyon ameliyat sonrası morbiditeyi, komplikasyonları ve hastanede kalış süresini azaltmayı hedeflemektedir (126). Erken mobilizasyon, hareketsizliğe bağlı oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve hastaların klinik seyrinin iyileştirilmesinde etkili bir hemşirelik müdahalesi olarak önerilmekte ve hastalar bakım ortamında alındıktan sonraki 24 saat içerisinde mobilizasyon başlatılmaktadır (127).

2.6.2. Kademeli Mobilizasyon Düzeyleri

Hasta bakımı ve tedavisinin önemli parçalarından biri olan mobilizasyon birçok farklı aktiviteyi barındırmaktadır (128). Bu aktiviteler hastaların önce yatak içi hareketlilikle başlayarak daha sonrasında yatak içerisinde oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme şeklinde kolaydan zora olacak biçimde aşamalı şekilde yapılmalıdır (93). Bu çalışmada hastaların gerçekleştirdiği yatak kenarında bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme olmak üzere dört farklı mobilizasyon şekli incelenmiştir.

2.6.2.1. Yatak İçerisinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme

Yatak içerisinde bir taraftan diğer tarafa dönme hareketi, hastanın yatak içerisinde pasif olarak kendi sağ ya da soluna dönerek lateral pozisyona geçme hareketidir. Bu hareket öncesinde hemşire, hastanın başının altındaki yastığı alır ve hastanın döneceği tarafın karşısına geçer. Hasta eğer sağ tarafına dönecekse hastanın sol tarafında, sol tarafına dönecekse hastanın sağ tarafında durularak hastanın destek alarak dönmesi sağlanır (129).

2.6.2.2. Yatak Kenarında Oturma

Yatak kenarında oturma hareketi, hastanın yatak içerisinden çıkmadan yatağın kenarında oturması hareketidir. Hasta yatak kenarında oturmadan önce hastanın baş seviyesi yükseltilir ve hastaya supine pozisyonu verilir. Hemşire bir eliyle yatak yüzeyinden destek alırken diğer eliyle ise hastanın yakın olan kolunu omuz altından tutar, hastanın başı ve sırtı desteklenirken hasta oturma pozisyonuna getirilir (129).

2.6.2.3. Yatak Kenarında Ayağa Kalkma

Yatak kenarında ayağa kalkma hareketi, yatak kenarında oturma hareketini yapabilen hastaların yatağın kenarında ayağa kalkması hareketidir. Yatak kenarında ayağa kalkacak olan hastanın öncelikle terlikleri giydirilir ve hemşire hasta ile yüz yüze olacak şekilde karşısında durur. Hastanın yere bastığından emin olunduktan sonra hemşire bir ayağını hastanın ayaklarının arasına yerleştirir bu sırada hasta da destek almak için ellerini hemşirenin omzuna koyar. Hemşire eğilerek hastanın belinden destekledikten sonra hemşire ve hasta aynı anda doğrularak ayağa kalkar (129).

2.6.2.4. Hasta Odasında Yürüme

Hasta odasında yürüme hareketi ise diğer tüm hareketleri tolere edebilen hastaların oda içerisinde yürüme hareketidir. Hasta yatak kenarında ayağa kaldırıldıktan sonra bir süre durumu gözlemlenir ve ayakta durmayı sürdürebilecek durumda ise hasta yürütülmeye başlanır. Hemşire, hastanın yürüyeceği ve baktığı yöne doğru bakarak hastanın sağ ya da sol tarafına geçer, bir eli ile hastanın kolunu alt kısımdan destekler, diğer eliyle de hastanın bileğini tutar ve yavaşça yürüme hareketi gerçekleştirilir. Yürüme esnasında hemşire hastaya karşıya bakmasını ve yürürken derin nefes alıp vermesini söyler (129).

2.6.3. Mobilizasyona Etki Eden Faktörler

Cerrahi girişim sonrası mobilizasyona etki eden faktörler, hemşire-hasta oranının dengesizliği gibi kurumla ilgili; erken mobilizasyonun önemi konusunda bilgi eksikliği gibi hemşireyle ilgili; hastalığın şiddeti ve mevcut komplikasyonlar gibi hastayla ilgili ve idrar sondaları, nazogastrik tüpler ve abdominal drenaj gibi tedaviyle ilgili olmak üzere dört farklı başlık altında incelenmektedir (130).

2.6.4. Mobilizasyonun Sistemlere Etkisi

Kas sistemi, iskelet sistemi ve nörolojik sistemin ortak çalışmasıyla gerçekleşen mobilizasyon, vücuttaki tüm sistemler üzerinde olumlu etkileri olan bir eylemdir. Mobilizasyonun sistemler üzerinde; kardiyak outputu artırmak, venöz dolaşımı hızlandırmak, alveolar solunumu artırarak oksijenasyonu sağlamak, solunum fonksiyonlarında iyileşme sağlamak, metabolizma hızını artırarak glikoz ve yağ asidi tüketimini hızlandırmak, yorgunluğu azaltmak, hareket etme toleransını artırmak ve stresle baş etmeyi sağlamak gibi etkileri bulunmaktadır (129).

2.6.5. Gastrointestinal Sistem Semptomları ve Mobilizasyon

Cerrahi girişim sonrasında sıklıkla karşılaşılan GİS semptomları bulantı, konstipasyon, parolitik ileus, abdominal distansiyon ve gastrik dilatasyondur (26). Cerrahi girişim sonrasında mobilize olmayan hastalarda hareketsizlikten kaynaklı metabolizma hızı yavaşlamakta, mide ve bağırsaklarda gaz birikiminde artış meydana gelmekte ve buna bağlı olarak abdominal distansiyon, konstipasyon ve parolitik ileus görülmektedir. Mobilizasyonu gerçekleştirilen hastalarda ise GİS fonksiyonları ve metabolizma hızı artarak konstipasyon, abdominal distansiyon ve parolitik ileus gibi komplikasyonların görülmesi engellenmektedir (47).

2.7. Abdominal Cerrahi Sonrası Hemşirelik Bakım Protokolleri

Cerrahi girişim sonrasında hastalarda çeşitli fizyolojik tepkiler meydana gelebilir. Cerrahi girişim sebebiyle enfeksiyonlara karşı dirençte azalma, organ fonksiyonlarında bozulma, dolaşım sisteminde aksaklıklar, beden imgesinde değişim, yaşam tarzında meydana gelen değişiklikler ve ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (133). Bu etkilerin önüne geçebilmek ya da etkileri en aza indirebilmek adına cerrahi önesi, sırası ve sonrasında hemşirelik bakımı büyük önem arz etmektedir (134). Hastaların preoperatif dönemde cerrahi süreç için tüm hazırlığının sağlanmasından, cerrahi işlem sırasında hastanın ameliyathaneden mümkün olan en iyi sağlık durumuyla çıkmasına, postoperatif süreçte ise bozulan homeostasisin tekrardan düzenlenmesi, vücut sistemlerinin normal fonksiyonlarına devam etmesi, cerrahi sonrası ağrının yönetilmesi, erken mobilizasyonun sağlanması, beslenme takibinin yapılması ve postoperatif komplikasyonların önlenmesi veya erken fark edilmesi gibi cerrahi sürecin tamamında hasta odaklı bakım, hemşirelik bakımlarının amaçları arasındadır (135). Bu noktada hemşirenin fizik muayene becerisini kapsamlı şekilde uygulaması, hasta bakımını doğru şekilde yönlendirmesi ve hastanın mevcut sağlık durumuna yönelik etkili kararlar alması gerekmektedir (24). Cerrahi girişim sırasında uygulanan anestezi, cerrahi girişime karşı stres yanıtı, ameliyat edilen organların ellenmesi, hareketsizlik, girişim sonrası mevcut ağrı gibi faktörler sebebiyle hastalarda postoperatif bulantı-kusma, konstipasyon, parolitik ileus, diyare, abdominal distansiyon gibi komplikasyonlar görülebilmekte ve hastaların konforunu, taburculuk süresini ve bakım maliyetini etkilemektedir. Bu tarz komplikasyonların önüne geçebilmek adına hemşire, hastanın normal beslenmesini sağlamalı, günlük alınması gereken sıvı miktarını düzenlemeli, diyetle alınan lif miktarını

artırmalı, eğer hasta oral yolla beslenemiyor ise parenteral beslenmesini sağlamalı, aktivite ve hareket düzeyini artırarak pulmoner ve kardiyovasküler sistem fonksiyonlarını geliştirmeli, psikolojik destek sağlamalı, yara yeri iyileşmesini sağlamalı, bütüncül ve hasta odaklı bir bakım vermelidir (26, 64, 69, 136, 137).

Cerrahi alandaki geleneksel yaklaşımlardan farklı olarak hastaların hastanede kalış süresini azaltmak ve uzun yatış sürelerine bağlı komplikasyonları azaltmak, iyileşme sürecini olumlu etkileyebilmek adına çeşitli kanıta dayalı uygulama protokolleri bir araya getirilerek bir bakım paketi oluşturulmuştur (138). Avrupa’da Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), Amerika’da Fast-Track Surgery, ülkemizde ise Hızlandırılmış Bakım Protokolleri olarak adlandırılan bu bakım protokolleri, cerrahi girişim sonrası hemşirelik bakımının en iyi şekilde verilmesinde kanıta dayalı olarak oluşturularak nitelikli hemşirelik bakımının sunumunda önerilmektedir (139).

2.7.1. ERAS Protokolü

Cerrahi Sonrası İyileştirmeyi Hızlandırma Protokolü ya da Hızlandırılmış Bakım Protokolleri olarak bilinen Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protokolü, ameliyat sonrası hasta sonuçlarının mümkün olan en iyi düzeye getirilmesi amacıyla literatür ve kanıta dayalı uygulamalar ile birlikte kullanılan, cerrahi öncesi, sırası ve sonrası girişimleri içeren bir uygulamadır (Tablo 1) (139). Ameliyata bağlı stres tepkisinin azaltılması, cerrahi girişim sonrasında fizyolojik işlevlerin korunması ve erken mobilizasyon ERAS protokolünün temelini oluşturmaktadır (140). Multimodal bir rehber olmasının yanı sıra ERAS protokolü aynı zamanda multidisipliner bir rehber olup hemşire, hekim, anesteziist ve diğer sağlık profesyonellerinin de katılımını içermektedir (138, 139, 140). Hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrası tüm dönemlerinde aktif rol alan hemşirelerin; kanıta dayalı ve güncel bir yaklaşım olan ERAS protokolünü iyi bilmesi gerekmekte, hastanede kalış sürelerinin kısalması sebebiyle özellikle taburculuk eğitimine odaklanması gerektiği vurgulanmaktadır (138).

Tablo 1. ERAS protokolünün ögeleri (Birlikbaş ve Bölükbaş'tan, 138).

Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sırası	Ameliyat Sonrası
• Hastanın bilgilendirilmesi • Ameliyat öncesi mekanik bağırsak temizliği • Ameliyat öncesi aç bırakmama • Ameliyat öncesi oral karbonhidrat yüklemesi • Beslenme durumunun değerlendirilmesi • Ameliyat öncesi optimizasyon • Prehabilitasyon • Premedikasyon yapılmaması • Tromboemboli profilaksisi • Antimikrobial profilaksi	• Ameliyat sırası hipotermi önlenmesi • Midtorakal epidural analjezi • Kısa etkili anestezi protokolü • Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın multimodal yönetimi • Perioperatif sıvı yönetimi • Drenaj cerrahi • Laparoskopik ve robotik cerrahi • Nazogastrik sondanın kullanımı	• Üriner kateter • Ameliyat sonrası narkotik olmayan analjezik kullanımı • Kan şekeri yönetimi • Gastrointestinal motilitenin uyarılması • Erken beslenme, gerekirse enteral nütrisyon • Erken mobilizasyon • Erken taburculuk kriterleri • Takip ve sonuçların denetimi

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

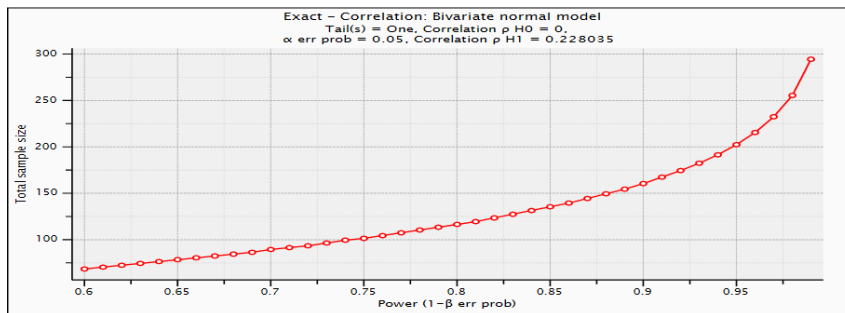
Bu araştırma abdominal cerrahi girişim uygulanan hastaların gastrointestinal semptomlarının beslenme durumu ve hareketlilik düzeyi ile ilişkisini incelemek amacıyla yürütülen tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı

Araştırma Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi bünyesinde bulunan Yörük Selim Ek Hizmet Binası'nda yer alan, 45 yataklı genel cerrahi yataklı servisinde yürütülmüştür. Araştırmanın gerçekleştirildiği bu serviste her vardiyada dokuz hemşire hasta bakımından sorumlu olarak görev yapmakta ve her hemşire ortalama beş hastanın bakımını sürdürmektedir. Araştırma verileri, kurum izni ve etik kurul izinleri alındıktan sonra Şubat 2024-Ekim 2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini veri toplama tarihleri arasında araştırmanın yürütüldüğü genel cerrahi servisinde yatan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil edilmesi gereken hasta sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Kasalar (2022) tarafından yapılan araştırmada semptom ile hareketlilik arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon $r=0.228$ olarak hesaplanmıştır (83). Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 güç için; %5 anlamlılık düzeyinde en az 203 kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir (Alt $r=0.116$, Üst $r=0.116$) Bu doğrultuda araştırmanın örneklemi araştırma evreninde yer alan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan en az 203 hastanın oluşturması planlanmış ve araştırmanın örneklemi toplam 207 hasta oluşturmuştur (Şekil 1).



Şekil 1. Güç analizi grafiği

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

Araştırmaya katılmaya gönüllü, 18-65 yaş aralığında, okur-yazar, abdominal cerrahi girişim geçirmiş olan (açık veya laparoskopik), oral yolla beslenen, ameliyattan önceki bir hafta içerisinde mide kanaması geçirmeyen, kemoterapi ve radyoterapi almayan, katı beslenme düzenine (Rejim III) geçmiş hastalar dahil edilmiştir.

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan, 18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olan, sözel iletişim kurma ve soruları yanıtlamakta zorluk yaşayabilecek, daha önce gastrointestinal kanama öyküsü olan, GİS kanseri öyküsü olan, mobilizasyonu engelleyecek fiziksel bir engeli bulunan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu (Ek 1), Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği (Ek 2), Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeği (Ek 3) ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği kullanılmıştır (Ek 4).

3.4.1. Hasta Bilgi Formu

Bu form literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup 27 sorudan oluşmaktadır (10, 17, 49, 83, 140). Formun birinci bölümünde hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu olmak üzere sosyodemografik özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır. Formun ikinci bölümü ise hastanın tıbbi tanısı, yatış tarihi, operasyon tarihi ve saati, ameliyat tipi, kronik hastalık durumu, geçmiş ameliyat öyküsü, ameliyat öncesi yatış süresi, servise kabul saati, ilk mobilizasyon saati, ilk gaz çıkarma ve ilk gaita zamanı olmak üzere hastalık özelliklerine ilişkin soruları içermektedir.

3.4.2. Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği

Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği (GSDÖ) bireylerde gastrointestinal semptomları ölçmek için kullanılan bir ölçüm aracıdır. İlk kez 1998 yılında Revicki ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Turan ve Aştı tarafından 2017 yılında gerçekleştirilmiş ve ölçüm aracının geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. GSDÖ 7'li likert puanlamaya (hiç rahatsızlık yok, çok az rahatsızlık, hafif rahatsızlık, orta derecede rahatsızlık, biraz şiddetli rahatsızlık, şiddetli rahatsızlık ve çok şiddetli rahatsızlık), 15 maddeye ve 5 alt boyuta (reflü,

hazımsızlık, diyare, konstipasyon, karın ağrısı) sahiptir. Her bir alt boyutta en az 2 en fazla 4 madde bulunmaktadır. Reflü alt boyutunda 2 ve 3. maddeler, karın ağrısı alt boyutunda 1, 4 ve 5. maddeler, hazımsızlık alt boyutunda 6, 7, 8 ve 9. maddeler ve Diyare alt boyutunda 11,12 ve 14. maddeler ve son olarak Konstipasyon alt boyutunda 10, 13 ve 15. maddeler yer almaktadır. Her bir madde bireyin son bir haftada GİS semptomlarına yönelik hastanın kendini nasıl hissettiğine göre puanlanmaktadır. Ölçüm aracından alınan en düşük puan 0 en yüksek puan ise 105'tir. Ölçekten alınan puan arttıkça bireyde GİS semptomlarının şiddetli olduğu, alınan puan düştükçe semptomların daha az şiddetli olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin uyarlama çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0.82 olarak hesaplanmıştır (6).

3.4.3. Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeği

Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeği (Nutritional Risk Screening Scale) (NRS-2002) bireylerin beslenme ve malnütrisyonlarını değerlendirmek amacıyla Kondrup ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır. NRS-2002'nin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Bolayır (2014) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte öncelikle ölçüm yapılacak olan gruba ön tarama yapılmaktadır. Ön tarama testinde bireye 4 soru yöneltilmektedir. Bu sorular şunlardır:

1. BKİ'niz 20.5 kg/metrekaare'den az mı?
2. Son 3 ay içerisinde kilo kaybı yaşadınız mı?
3. Son bir haftada içerisinde besin alımınızda herhangi bir azalma oldu mu?
4. Durumunuz ağır mı?

Yukarıda belirtilen sorulardan birey en az bir soruya evet cevabını vermiş ise ikinci kısım olan tarama kısmına geçilmektedir. Eğer birey yöneltilen soruların hepsine hayır cevabını vermiş ise ön taramanın tekrar yapılması gerekmektedir. Ön tarama bölümü tamamlandıktan sonra gerçekleştirilen tarama kısmı beslenmedeki düzensizlik ve malnütrisyon derecesini değerlendiren bölümdür. Bireyin kilo kaybının yüzdesine göre (yok=0 puan, hafif=1 puan, orta=2 puan, ağır=3 puan) ve hastalık şiddetine göre (yok=0 puan, hafif=1 puan, orta=2 puan, ağır=3 puan) puanlamalar yapılmaktadır ve toplam puan ortaya çıkmaktadır. Ölçeğin uygulandığı birey 70 yaşın üzerinde ise yapılan puanlamaya 1 puan daha eklenerek toplam puan elde edilir. Elde edilen toplam puan 3 ve altında ise tarama testi tekrar yapılmalıdır. Toplam puan 3 ve üzerinde ise bireyin beslenme riski olduğu belirtilir ve beslenmeye yönelik plan uygulanır. Ölçeğin uyarlama çalışmasında sensitivite

ve spesivite değerleri cerrahi hastaları için %80'in üzerinde saptanmıştır. Ölçeğin geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olduğu gösterilmiştir (131).

3.4.4. Gözlemci Hareketlilik leği

Gözlemci Hareketlilik leği (Observer Mobility Scale) postoperatif dönemde hastaların hareket etmeye yönelik algıları ve gözlemlerini değerlendirmek amacıyla Heye ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilmiş bir lme aracıdır. Ölçeğin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliği ise Ayoğlu ve Akyolcu (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek hemşire tarafından hastanın postoperatif dönemde gerçekleştirdiği dört aktivite (dönme, oturma, ayakta durma ve yürüme) sırasındaki bağımlılık veya bağımsızlık derecesinin belirlenmesini sağlamaktadır. Hemşire ölçekte her bir aktivite sırasındaki bağımlılık/bağımsızlık durumunu 1,2,3,4 ve 5 ile puanlamaktadır. Ölçek puanlamasında en düşük puan olan "1" bireyin tamamen bağımsız olarak belirtilen aktiviteyi gerçekleştirebildiğini ifade ederken, en yüksek puan olan "5" bireyin yardımlı ve bağımsız olarak ilgili aktiviteyi yerine getiremediğini ifade etmektedir. Ölçekten alınacak toplam puan 4 ile 20 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması bireyin aktivite sırasında bağımlı olduğunu; ölçekten alınan puanın azalması ise bireyin aktivite sırasında bağımsız olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin yüksek seviyede güvenilir ve geçerli olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin uyarılama çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0.73 olarak hesaplanmıştır (132).

3.5. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra, araştırmaya dahil edilmesi planlanan hastalarla araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yapılarak araştırma süreci hakkında bilgi verildi ve onam alındıktan sonra ve verilerin toplanmasına başlandı. Veriler leklerin yönergeleri doğrultusunda hastalara, ameliyattan sonra ilk mobilizasyon zamanında Hasta Bilgi Formu ve NRS-2002, ikinci mobilizasyon gününde GH ve taburculuk gününde GSD uygulanmış olup, hastalarla toplamda üç kez görüşme sağlanarak veriler toplanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS v23 ve IBM AMOS v24 ile analiz edildi. Nicel değişkenlerin gösteriminde ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum), kategorik değişkenlerin gösteriminde ise frekans ve yüzde kullanıldı. Normal dağılım Kolmogorov-

Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile incelendi. İki kategorili bağımsız değişkenlerde normal dağılım göstermeyen nicel verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri bağımsız değişkenlerde normal dağılım göstermeyen nicel verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalar Dunn Testi ile incelendi. Nicel değişkenler arasındaki ilişki, veriler normal dağılmadığı için Spearman's rho korelasyon testi ile incelendi. Yapısal modellerin test edilmesinde yol analizi kullanıldı. Çoklu normallik varsayımı sağlandığından hesaplama yöntemi olarak Maximum Likelihood kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alındı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar Kahramanmaraş ilindeki bir hastanenin genel cerrahi servisinde yatan hastalar ile sınırlıdır. İkinci olarak hastaların gastrointestinal sistem semptomlarının taburculuk süresince değerlendirilip daha uzun süre değerlendirilememesi bir diğer sınırlılıktır. Üçüncü olarak çalışmadan elde edilen verilerin büyük bir bölümünün bireylerin öz bildirimine dayanmasıdır. Son olarak bireylerin tamamına uygulanan cerrahi girişim türünün laparoskopik olması da bir diğer sınırlılıktır.

3.8. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü'nden 12.02.2024 tarihinde araştırma için E-72307149-604.01-236591740 sayılı yazılı izin alınmıştır (Ek 5). Bununla birlikte etik kurul için Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul'undan 26.10.2023 tarihinde araştırma için E-13562490-050.01.04-436975 sayılı yazı ve onay alınmıştır (Ek 6). Gastrointestinal Semptom Derelendirme Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Nuray Turan'dan 17.03.2023 tarihinde (Ek 7), Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Başak Bolayır'dan 07.04.2023 tarihinde (Ek 8) ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Tuluha Ayoğlu'ndan 13.03.2023 tarihinde e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 9).

4. BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen 207 hastanın sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 2’de verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 46.86 ± 12.76 yıl, boy ortalaması 167.36 ± 7.35 cm, kilo ortalaması 74.67 ± 11.28 kg ve beden kitle indeksi ortalaması 26.59 ± 3.3 m²/kg olarak bulunmuştur. Bu hastaların %50.2’si kadın, %75.4’ü ilköğretim mezunu ve %54.6’sı herhangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (min-mak)
Yaş	46.86 ± 12.76	47 (18 - 65)
Boy (cm)	167.36 ± 7.35	169 (154 - 182)
Kilo (kg)	74.67 ± 11.28	75 (40 - 105)
Beden Kitle İndeksi	26.59 ± 3.3	26.67 (16.44 – 36.33)
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	103	49.8
Kadın	104	50.2
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	156	75.4
Ortaöğretim	35	16.9
Yükseköğretim	16	7.7
Çalışma Durumu		
Evet	94	45.4
Hayır	113	54.6

Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların klinik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 3’te verilmiştir. Örnekleme dahil edilen hastalara uygulanan cerrahi girişim türleri açısından ele alındığında; hastaların %42’si (n= 87) hepatopankreatobiliyer, %41.6’sı (n= 86) herni onarımı, %16.4’ü (n= 34) apandektomi ameliyatı geçirmiş ve bu ameliyatların tamamı laparoskopik yöntemle gerçekleştirilmiştir. Ayrıca hastaların %67.2’sinin daha önce herhangi bir operasyon geçirmediği, %60.4’ünün kronik hastalığının olmadığı, %59.4’ünün sürekli kullandığı bir ilacının olmaadığı, %61.8’inin sigara kullanmadığı belirlenmiştir.

Düzenli fiziksel aktivite yapmayan hastaların oranı %87.9 olup genel yaşam tarzı açısından hastaların %75.9’u aktif, %89.4’ü bağımsız olarak bulunmuştur. Beslenme alışkanlıkları açısından değerlendirildiğinde, hastaların hiçbirinin öğün atlamadığı, %96.6’sının besin takviyesi kullanmadığı saptanmıştır. GİS sorunlarına ilişkin verilere göre, GİS sorunu bulunmayan hastaların oranı %79 olup, GİS sorunu bulunanların %55.8’inin herhangi bir diyet sınırlaması yapmadığı belirlenmiştir.

Örnekleme dahil edilen hastaların hastanede yatış süresi ortalaması 4.72 ± 1.33 gün, ameliyat öncesi serviste yatış süresi 9.79 ± 14.2 saat olarak bulunmuştur. Hastaların günlük tükettiği ana öğün sayısı ortalaması 2.9 ± 0.42 , ara öğün sayısı ortalaması 0.25 ± 0.5 , günlük tükettiği sıvı miktarı ortalaması 1841.55 ± 342.06 ml olarak bulunmuştur. Ayrıca hastaların ameliyat sonrası ilk mobilizasyon zamanı ortalaması 6.25 ± 0.96 saat, ilk gaz çıkarma zamanı ortalaması 5.3 ± 1.78 saat, ilk gaita zamanı ortalaması 21.97 ± 5.85 saat olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların klinik özellikleri (n=207)

Özellikler	n	%
Operasyon Tipi		
Hepatopankreatobiliyer	87	42
Herni Onarımı	86	41.6
Apendektomi	34	16.4
Operasyon Yöntemi		
Açık	-	-
Laparoskopik	207	100
Geçirilen Operasyon Öyküsü		
Evet	68	32.9
Hayır	139	67.2
Mevcut Kronik Hastalık		
Evet	82	39.6
Hayır	125	60.4
Sürekli Kullanılan İlaç		
Evet	84	40.6
Hayır	123	59.4
Sigara Kullanım Durumu		
Evet	79	38.2
Hayır	128	61.8
Fiziksel Aktivite		
Evet	25	12.1
Hayır	181	87.9
Genel Yaşam Tarzı		
Aktif	157	75.9
Yarı Aktif	46	22.2
Pasif	4	1.9
Fiziksel Gereksinimlerini Karşılama Durumu		
Bağımlı	5	2.4
Yarı Bağımlı	17	8.2
Bağımsız	185	89.4
Öğün Atlama		
Hayır	207	100
Besin Takviyesi Kullanma Durumu		
Evet	7	3.4
Hayır	200	96.6
Mevcut Gis Sorunu		
Evet	42	20.3
Hayır	165	79.7

Tablo 3. (Devam)

GİS Sorunu Sebebiyle Tüketilmeyen Besin Varlığı		
Evet	19	44.2
Hayır	24	55.8
	Ortalama ± SS	Ortanca (min-mak)
Yatış Süresi (gün)	4.72 ± 1.33	5 (3 - 10)
Günlük Tüketilen Ana Öğün Sayısı	2.9 ± 0.42	3 (2 - 4)
Günlük Tüketilen Ara Öğün Sayısı	0.25 ± 0.5	0 (0 - 2)
Günlük Tüketilen Sıvı Miktarı (ml)	1841.55 ± 342.06	2000 (1000 - 2500)
İlk Mobilizasyon Zamanı (Saat)	6.25 ± 0.96	6 (5 - 14)
Ameliyat Öncesi Serviste Yatış Süresi (saat)	9.79 ± 14.2	5 (1 - 96)
İlk Gaz Çıkarma Zamanı (Saat)	5.3 ± 1.78	5 (2 - 11)
İlk Gaita Zamanı (Saat)	21.97 ± 5.85	22 (10 - 37)

Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların GSDÖ, GHÖ ve NRS-2002 ölçek toplam puanları ve alt boyutlara ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4'te verilmiştir. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların; GSDÖ ortalama puanı 24.83 ± 5.68 , reflü alt boyutu ortalama puanı 2.64 ± 1.26 , karın ağrısı alt boyutu ortalama puanı 7.75 ± 2.58 , hazımsızlık alt boyutu ortalama puanı 6.75 ± 1.94 , diyare alt boyutu ortalama puanı 3.37 ± 1.54 , konstipasyon alt boyutu ortalama puanı 4.31 ± 3.05 olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte, GHÖ ortalama puanı 8.2 ± 2.92 , NRS-2002 ortalama puanı ise 0.28 ± 0.556 olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. GSDÖ, GHÖ, NRS-2002 toplam ve GSDÖ alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler

	Ortalama ± SS	Ortanca (min-mak)
Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği	24.83 ± 5.68	23 (16 - 49)
Reflü	2.64 ± 1.26	2 (2 - 7)
Karın ağrısı	7.75 ± 2.58	8 (3 - 15)
Hazımsızlık	6.75 ± 1.94	7 (4 - 13)
Diyare	3.37 ± 1.54	3 (3 - 15)
Konstipasyon	4.31 ± 3.05	3 (3 - 21)
Gözlemci Hareketlilik Ölçeği	8.2 ± 2.92	8 (4 - 19)
Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeği	0.28 ± 0.556	0 (0-3)

Bu çalışmada GSDÖ, GHÖ, NRS-2002 ölçek toplam ve alt boyutları arasındaki ilişkinin istatistiksel verileri Tablo 5'te verilmiştir. Hastaların GHÖ toplam puanı ile GSDÖ toplam puanı arasındaki ilişki, pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0.356$; $p<0.001$). GHÖ toplam puanı ile reflü, hazımsızlık, konstipasyon alt boyutu puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0.204$; $p=0.003$, $r=0.224$; $p=0.001$, $r=0.371$; $p<0.001$, sırasıyla). GHÖ

toplam puanı ile karın ağrısı ve diyare alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=0.056$; $p=0.422$, $r=-0.008$; $p=0.906$, sırasıyla). GHÖ puanları ile NRS-2002 puanları arasında ise orta düzeyde, pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.453$; $p<0.001$).

Yapılan analizlerde GSDÖ toplam puanı ile reflü, karın ağrısı, hazımsızlık, konstipasyon alt boyut puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0.401$; $p<0.001$, $r=0.653$; $p<0.001$, $r=0.567$; $p<0.001$, $r=0.508$; $p<0.001$, sırasıyla). Bununla birlikte, GSDÖ toplam puanı ile diyare alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, zayıf bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.245$; $p<0.001$). Ayrıca, GSDÖ toplam puanı ile NRS-2002 toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.344$; $p<0.001$).

Çalışmada GSDÖ'nün reflü, karın ağrısı, hazımsızlık, konstipasyon alt boyutu puanları ile NRS-2002 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.223$; $p=0.001$, $r=0.180$; $p=0.010$, $r=0.168$; $p=0.016$, $r=0.292$; $p<0.001$, sırasıyla). Diyare alt boyutu puanı ile NRS-2002 toplam puanı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=0.025$; $p=0.722$) (Tablo 5).

Tablo 5. GSDÖ, GHÖ, NRS-2002 toplam ve GSDÖ alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=207)

		Gözlemci Hareketlilik Ölçeği	Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği					
			Toplam	Reflü	Karın ağrısı	Hazımsızlık	Diyare	Konstipasyon
Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği	r	0.356 ^x						
	p	<0.001 ^x						
Reflü	r	0.204 ^x	0.401 ^x					
	p	0.003 ^x	<0.001 ^x					
Karın ağrısı	r	0.056 ^x	0.653 ^x	0.139 ^x				
	p	0.422 ^x	<0.001 ^x	0.045 ^x				
Hazımsızlık	r	0.224 ^x	0.567 ^x	0.207 ^x	0.023 ^x			
	p	0.001 ^x	<0.001 ^x	0.003 ^x	0.739 ^x			
Diyare	r	-0.008 ^x	0.245 ^x	-0.089 ^x	0.136 ^x	-0.037 ^x		
	p	0.906 ^x	<0.001 ^x	0.204 ^x	0.051 ^x	0.599 ^x		
Konstipasyon	r	0.371 ^x	0.508 ^x	0.152 ^x	0.034 ^x	0.341 ^x	-0.088 ^x	
	p	<0.001 ^x	<0.001 ^x	0.029 ^x	0.630 ^x	<0.001 ^x	0.206 ^x	
Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeği	r	0.453 ^x	0.344 ^x	0.223 ^x	0.180 ^x	0.168 ^x	0.025 ^x	0.292 ^x
	p	<0.001 ^x	<0.001 ^x	0.001 ^x	0.010 ^x	0.016 ^x	0.722 ^x	<0.001 ^x

^xSpearman's rho korelasyon

Örnekleme dahil edilen hastaların bireysel özelliklerine göre GSDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 6’da verilmiştir. Cinsiyete göre GSDÖ ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Eğitim düzeyine göre GSDÖ ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0.141$). Ameliyat tipine göre GSDÖ ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). GSDÖ ortanca puanlarına göre hepatopankreatobiliyer ameliyatlar ile apendektomi ameliyatları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0.05$), hepatopankreatobiliyer ameliyatları ile herni onarımı ameliyatları arasında, herni onarımı ameliyatları ile apendektomi ameliyatları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Operasyon öyküsü olan ve olmayan hastaların GSDÖ ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kronik hastalık tanısı olan ve olmayan hastaların GSDÖ ortanca puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Sürekli ilaç kullanma durumuna göre gruplar arasında GSDÖ ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu değerlendirilmiştir ($p=0.002$). Sigara kullanım durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p=0.078$). Genel yaşam tarzı açısından aktif ve pasif yaşam tarzına sahip hastalarda GSDÖ ortanca puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu göstermiştir ($p<0.001$). Fiziksel gereksinimleri karşılama durumuna göre; GSDÖ ortanca puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Besin takviyesi kullanma durumuna göre GSDÖ ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p=0.053$). GİS problemi açısından yapılan karşılaştırmada ise GSDÖ ortanca puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 6).

Tablo 6. Abdominal cerrahi geçiren hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre GSDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (min-mak)	Test İstatistiği	p
Cinsiyet			3835.500	< 0.001 ^y
Erkek	23.63 $\pm$ 5.23	22 (16 - 44)		
Kadın	26.01 $\pm$ 5.89	24.5 (17 - 49)		
Eğitim Düzeyi			3.924	0.141 ^x
İlköğretim	25.35 $\pm$ 6.15	24 (16 - 49)		
Ortaöğretim	23.4 $\pm$ 3.76	23 (18 - 33)		
Yükseköğretim	22.88 $\pm$ 3.01	22.5 (19 - 30)		
Ameliyat Tipi			40.111	< 0.001 ^x
Hepatopankreatobiliyer	27.36 $\pm$ 6.37	25 (18 - 49) ^a		
Herni Onarımı	22.34 $\pm$ 4.36	21 (16 - 36) ^b		
Apandektomi	24.65 $\pm$ 3.7	24 (18 - 36) ^a		
Geçirilen Operasyon			6102.000	< 0.001 ^y
Evet	26.97 $\pm$ 6.85	26 (17 - 49)		
Hayır	23.78 $\pm$ 4.7	23 (16 - 48)		
Mevcut Kronik Hastalık			6651.000	< 0.001 ^y
Evet	26.52 $\pm$ 6.13	25 (17 - 49)		
Hayır	23.71 $\pm$ 5.09	23 (16 - 48)		
Sürekli Kullanılan İlaç			6466.500	0.002 ^y
Evet	26.29 $\pm$ 6.19	25 (17 - 49)		
Hayır	23.83 $\pm$ 5.1	23 (16 - 48)		
Sigara Kullanım Durumu			4320.500	0.078 ^y
Evet	23.96 $\pm$ 5.21	23 (16 - 44)		
Hayır	25.36 $\pm$ 5.92	24 (17 - 49)		
Genel Yaşam Tarzı			26.515	< 0.001 ^x
Aktif	23.63 $\pm$ 4.52	23 (16 - 44) ^a		
Yarı Aktif	27.65 $\pm$ 6.49	26 (17 - 48) ^b		
Pasif	39.25 $\pm$ 6.95	37.5 (33 - 49) ^b		
Fiziksel Gereksinimleri Karşılama Durumu			15.937	< 0.001 ^x
Bağımlı	35.2 $\pm$ 10.87	36 (19 - 49) ^a		
Yarı Bağımlı	28.53 $\pm$ 4.96	30 (20 - 36) ^a		
Bağımsız	24.21 $\pm$ 5.18	23 (16 - 48) ^b		
Besin Takviyesi Kullanma Durumu			1001.000	0.053 ^y
Evet	32.29 $\pm$ 10.58	33 (19 - 49)		
Hayır	24.57 $\pm$ 5.29	23 (16 - 48)		
Mevcut Gis Sorunu			5256.500	< 0.001 ^y
Evet	29.1 $\pm$ 6.6	29 (17 - 49)		
Hayır	23.74 $\pm$ 4.88	23 (16 - 48)		

Nicel değişkenler ile GSDÖ arasındaki ilişkinin istatistiksel verileri Tablo 7’de verilmiştir. Yatış süresi (gün), beden kitle indeksi, günlük tüketilen ana öğün sayısı, ameliyat öncesi serviste yatış süresi ile GSDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r=0.057$; $p=0.414$, $r=0.050$; $p=0.478$, $r=-0.097$; $p=0.166$, $r=-0.059$; $p=0.401$, sırasıyla). Yaş, günlük tüketilen ara öğün sayısı, ilk mobilizasyon zamanı (saat), ilk gaz çıkarma zamanı, ilk gaita zamanı (saat) ile GSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak

anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r=0.152$; $p=0.029$, $r=0.178$; $p=0.010$, $r=0.25$; $p<0.001$, $r=0.299$; $p<0.001$, $r=0.28$; $p<0.001$, sırasıyla). Günlük tüketilen sıvı miktarı (ml) ile GSDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, zayıf bir ilişki vardır ($r=-0.312$; $p<0.001$) (Tablo 7).

Tablo 7. Nicel değişkenler ile GSDÖ arasındaki ilişkinin incelenmesi

Nicel Değişkenler	Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği	
	r	p*
Yatış Süresi (gün)	0.057	0.414
Yaş	0.152	0.029
Beden Kitle İndeksi	0.050	0.478
Günlük Tüketilen Ana Öğün Sayısı	-0.097	0.166
Günlük Tüketilen Ara Öğün Sayısı	0.178	0.010
Günlük Tüketilen Sıvı Miktarı (ml)	-0.312	<0.001
İlk Mobilizasyon Zamanı (saat)	0.250	<0.001
Ameliyat Öncesi Serviste Yatış Süresi (saat)	-0.059	0.401
İlk Gaz Çıkarma Zamanı (Saat)	0.299	<0.001
İlk Gaita Zamanı (Saat)	0.280	<0.001

*Spearman's rho korelasyon

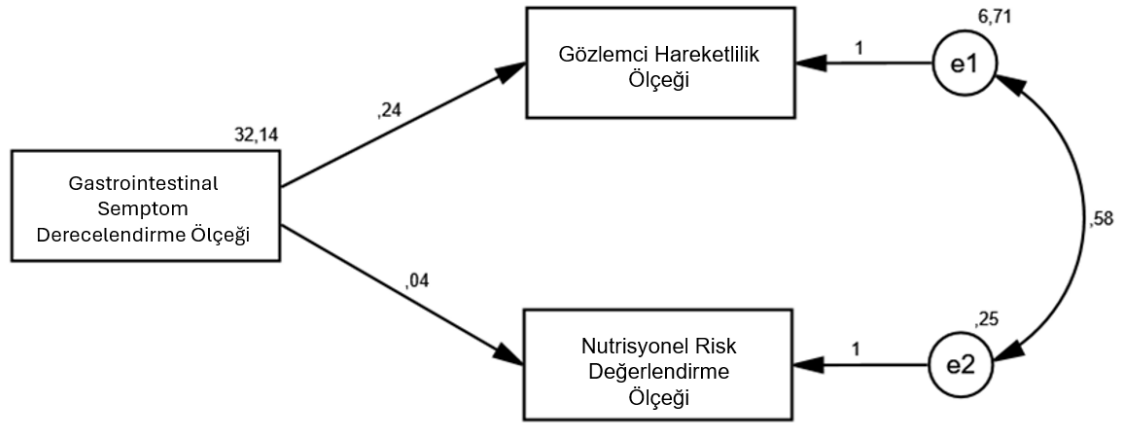
GSDÖ ile GHÖ ve NRS-2002 arasındaki yol analizi sonuçları Tablo 8'de verilmiştir. GSDÖ ile GHÖ arasında elde edilen yol katsayısı istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($\beta=0.236$; $p<0.001$). GSDÖ puanı bir birim arttığında GHÖ puanı 0.236 puan artmaktadır. Determinasyon katsayısı %21.1 olarak elde edilmiştir. GSDÖ ile NRS-2002 arasında elde edilen yol katsayısı da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($\beta=0.043$; $p<0.001$). GSDÖ puanı bir birim arttığında NRS-2002 puanı 0.043 puan artmaktadır. Determinasyon katsayısı %18.9 olarak saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. GSDÖ'nün GHÖ ve NRS-2002 üzerine etkisinin yol analizi ile incelenmesi

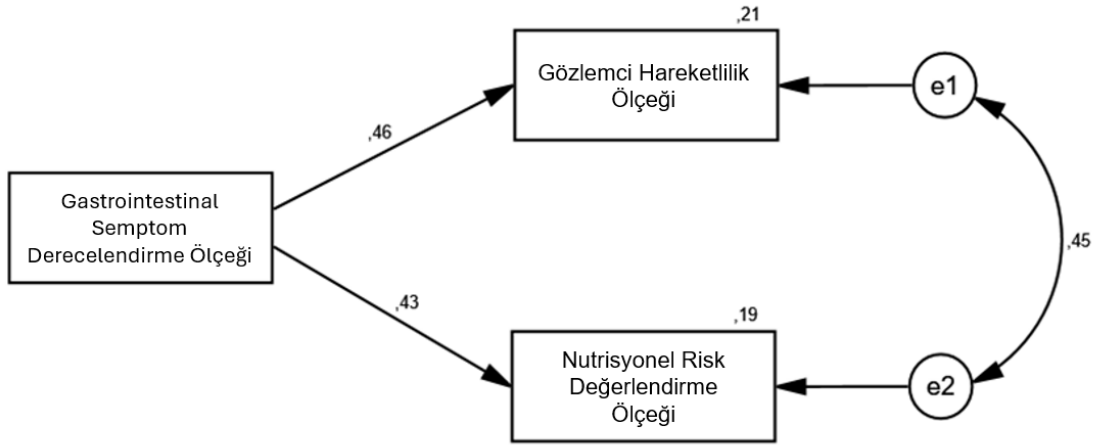
			β_0	β_1	S. Hata	Test İstatistiği	p	R ²
Gözlemci Hareketlilik Ölçeği	←-	Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği	0.46	0.236	0.032	7.426	<0.001	0.211
Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeği	←-	Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği	0.435	0.043	0.006	6.927	<0.001	0.189

B₀: Standartlaştırılmış Beta katsayısı; β_1 : Standartlaştırılmamış Beta katsayısı

GSDÖ ile GHÖ ve NRS-2002 puanları arasındaki yol analizinin standartlaştırılmamış ve standartlaştırılmış yol kat sayıları sırasıyla Şekil 2 ve Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 2. Standartlaştırılmamış yol kat sayıları



Şekil 3. Standartlaştırılmış yol kat sayıları

5. TARTIŞMA

Dünya genelinde yaygın olarak görülen GİS semptomları, bireylerin yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekle birlikte aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kullanımını ve hasta bakım maliyetini artırmaktadır (9, 48, 49). Cerrahi girişim, stres, immün sistem zayıflığı, beslenme alışkanlığında değişim, mobilizasyon durumu, ilaç kullanımı, mevcut kronik hastalık gibi faktörler GİS semptomlarının ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (26, 47, 50, 63, 68, 71, 124). Literatürde GİS semptomlarının, beslenme durumu ve hareketlilik düzeyi ile ilişkisini beraber inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. GİS semptomlarının, beslenme durumu ve hareketlilik düzeyi ile ilişkisini inceleyen bu ilk çalışmada değişkenler arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiş, elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

GİS semptomları ameliyat sonrası dönemde hastaların en sık sorun yaşadığı, ameliyat sonrası iyileşme süreci, konfor, taburculuk süreci ve hasta deneyimlerine etkisi olan önemli sorunları içermektedir (9, 10, 26, 47, 48, 49, 83). Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası GSDÖ puan ortalamasının yaklaşık 25 puan olduğu saptanmıştır. Önceki araştırmalarda da hastaların GSDÖ puanlarının 25-31 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir (83,141,142). Bu bulgular doğrultusunda hastaların GSDÖ puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu ve literatür ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Hastaların GSDÖ puanlarının düşük düzeyde olması olumlu bir bulgu olarak değerlendirilse de ölçek alt boyutları bakımından ele alındığında, reflü, karın ağrısı, diyare, hazımsızlık ve konstipasyon semptomlarının ortaya çıktığı her bir hasta durumu için oldukça zorlayıcı olabileceği, ameliyat sonrası deneyimlerinde önemli bir yeri olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Nitekim cerrahi sonrası hastalar ile yapılan araştırmalarda hastaların GİS semptomları nedeniyle olumsuz deneyimlere sahip oldukları belirlenmiştir (26, 47, 141, 159).

Beslenme aktivitesinde bağımlılık yaşanması operasyon süreçlerinde mortalite ve morbidite oranlarını etkileyen, cerrahi girişim sonrası komplikasyon riskini arttıran oldukça önemli bir durumdur (146). Bu bağlamda bu çalışmada genel cerrahi servisinde abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların beslenme durumları NRS-2002 ile değerlendirilmiştir. Elde edilen verilere göre, abdominal cerrahi girişim sonrası hastaların NRS-2002 ortalama puanı yaklaşık 0.30 olarak tespit edilmiştir. Literatürde cerrahi girişim geçiren hastaların beslenme durumlarını inceleyen çalışmalara bakıldığında Ertem'in cerrahi girişim geçiren

hastaların beslenme durumlarının ağrı ve mobilizasyona etkisini incelendiği çalışmada hastaların ortalama NRS-2002 puanı yaklaşık 2.23 olarak bulunmuştur (147). Mirza'nın genel cerrahi kliniğinde yatan hastaların beslenme durumlarını NRS-2002 ile değerlendirdiği çalışmasında hastaların birinci hafta ortalama NRS-2002 puanını yaklaşık 3.03 olarak bildirilmiştir (146). Önceki çalışmalara göre daha düşük NRS-2002 puanı bulunmasının nedeni hastaların yaş ortalamasının 50 yaşından az olması, çoğunluğunun kronik hastalığı, sürekli kullandığı ilacı ve geçirilmiş operasyon öyküsünün bulunmamasına bağlanmıştır. Bu noktada incelenen hasta grubunun ortalama NRS-2002 puanı baz alınarak malnütrisyon açısından riskli olmadıkları tespit edilmiştir.

Cerrahi girişim sonrası en önemli sorunlardan biri de hareketliliğin bozulmasıdır. Cerrahi girişim sonrası erken mobilizasyonun sağlanması hastanın günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştıracak, yaşam kalitesini artıracak ve immobilizasyon kaynaklı komplikasyonların önüne geçilmesini sağlayarak vücut dengesinin ve sistemlerin normal işleyişini sürdürmesini ve iyileşmeyi sağlayacaktır (47, 126, 127, 129, 143). Bu bağlamda literatürde cerrahi girişim sonrası hareketlilik düzeyinin incelendiği çalışmalar incelendiğinde, Ertem'in cerrahi girişim geçiren hastaların beslenme durumlarının ağrı ve mobilizasyona etkisinin incelediği çalışmasında hastaların cerrahi girişim sonrası ortalama ilk mobilizasyon saati yaklaşık 15 saat bulunmuştur (147). Kasalar ise abdominal cerrahi uygulanan hastaların cerrahi girişim sonrası ortalama ilk mobilizasyon saatini yaklaşık 22 saat olarak bildirmiştir (83). Bu çalışmada ise hastaların cerrahi girişim sonrası ortalama ilk mobilizasyon saati yaklaşık 6 saat olarak bulunmuştur. Literatüre göre daha düşük bulunan mobilizasyon süresinin nedeni hastaların tamamının cerrahi girişim yönteminin laparoskopik cerrahi olması ile ilişkilendirilmiştir.

Cerrahi girişim sonrası mobilizasyonun sağlanması, hareketsizliğe bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi ve hastaların klinik profilinin iyileştirilmesinde önemli bir hemşirelik girişimi olarak önerilmektedir (21, 126, 127, 151). Bu tez çalışmasında, GHÖ, cerrahi girişim sonrası ilk ayağa kalkma ve ikinci günde ayağa kalkma gerçekleştikten sonra hastalara uygulanmış ve hastaların ortalama GHÖ puanı yaklaşık 8 olduğu belirlenmiştir. Cerrahi girişim sonrası hastaların hareketlilik düzeylerinin GHÖ ile değerlendirildiği diğer çalışmalar incelendiğinde ise Kasalar'ın abdominal cerrahi uygulanan hastalarda mobilizasyon durumunun ameliyat sonrası gastrointestinal semptom ve ağrı ile ilişkisini incelediği çalışmada hastaların ilk 48 saat ortalama GHÖ puanı 14 olarak

bulunmuştur (83). Karaaslan'ın abdominal bölge cerrahisi geçiren hastalarda hareketliliğe etki eden faktörleri incelendiği çalışmada cerrahi girişim sonrası hastaların ortalama GHÖ puanı yaklaşık 15.5 olarak tespit edilmiştir (93). Koç'un cerrahi girişim geçiren hastaların kaygı ve hareketlilik düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri incelediği farklı bir çalışmada ise hastaların cerrahi girişim sonrası ilk mobilizasyonda ortalama GHÖ puanı yaklaşık 11, ikinci gün ortalama GHÖ puanı ise yaklaşık 7.5 olarak bulunmuştur (144). Dağ'ın ortopedi servisinde cerrahi girişim geçiren hastaların hareket düzeyleri ve ilişkili faktörleri incelediği bir başka çalışmada ise hastaların cerrahi girişim sonrası birinci gün ortalama GHÖ puanı yaklaşık 12.5, ikinci gün ortalama GHÖ puanı ise yaklaşık 10.5 olarak tespit edilmiştir (143). Kavrazlı'nın ameliyat sonrası dönemde hastaların iyileşme durumlarını ve bakım gereksinimlerini değerlendirdiği çalışmada ise cerrahi girişim sonrası hastaların ortalama GHÖ puanı yaklaşık 12 olarak bulunmuştur (145). Literatürde incelenen verilerden daha düşük GHÖ puanı bulunmasının sebebinin 65 yaş üstü ve fiziksel engeli mevcut olan hastaların çalışmaya dahil edilmemesi ve uygulanan cerrahi girişim türünün laparoskopik olarak gerçekleştirilmesine bağlanmıştır.

Cerrahi girişimlerin sonrasında hastalara uygulanan mobilizasyon girişimleri, gastrointestinal sistemin hareketliliğini artırarak bağırsak motilitesinin normale dönme sürecini hızlandırmakta ve GİS semptomlarının şiddetini azaltmaktadır (47, 149, 158). Bu çalışmada incelenen hastaların GSDÖ ve GHÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup, GSDÖ puanı 1 birim arttığında GHÖ puanı 0.236 puan artmaktadır. Bu ilişkinin determinasyon katsayısı %21.1 olarak elde edilmiştir. Literatürde cerrahi girişim sonrası GİS semptomları ile hareket düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, Terzioğlu ve arkadaşlarının sezaryen ameliyatı olan hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada sezaryen sonrası dördüncü saatte erken mobilizasyonu sağlanan hastalarda ilk bağırsak hareketi, ilk gaz çıkarma ve ilk defekasyon süresinin kısaldığı görülmüştür (148). Endonezya'da Herman ve arkadaşlarının sezaryen olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada ise ilk mobilizasyonu dördüncü saatte gerçekleştirilen kadınların diğer kadınlara göre bağırsak hareketlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (149). Kasalar'ın çalışmasında ise ilk 48 saatte mobilizasyon zorluk derecesi yüksek olan hastalarda gastrointestinal semptomların görüldüğü belirtilmiştir (83). Buna karşın, erken mobilizasyonun GİS semptomlarının gelişmesi açısından etkili olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (150, 151).

Cerrahi girişim sonrası görülebilen GİS semptomları, hastaların yaşam kalitesi ve aktivitelerini olumsuz yönde etkileyerek iştahsızlık, besin tüketiminde azalmaya sebep olmakta ve buna bağlı olarak hastalarda malnütrisyon görülme riskine yol açabilmektedir (17). Bu çalışmada GİS semptomları ile beslenme durumu arasındaki ilişki incelenmiş olup hastaların GSDÖ puanları ile NRS-2002 puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu anlamlı ilişkiye göre hastaların GSDÖ puanı bir birim arttığında NRS-2002 puanı 0.043 puan artmakta olup determinasyon katsayısı %18.9 olarak elde edilmiştir. GİS semptomları ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda ise Atan'ın hemodiyaliz hastalarında GİS semptomlarının beslenme durumu ve biyokimyasal parametreler ile ilişkisinin incelediği çalışmada hastaların beslenme durumları ile GSDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bildirilmiş, araştırmacı bu ilişkinin hastalarda GİS semptomlarının artmasının beslenme bozukluklarını şekillendirdiği ve bunun sonucunda malnütrisyonun geliştiğini belirtmiştir (17). Evcil'in yetişkin bireylerde GİS semptomları ve beslenme davranışı ilişkisini değerlendirdiği bir çalışmada beslenme durumunun GİS semptomları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (10). Hydarinia-Naieni ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hafif-orta düzey malnütrisyonlu hastaların beslenme durumu iyi olan hastalara göre GSDÖ puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (152).

Cerrahi girişim geçiren hastalarda beslenme durumu, yatış süresi, komplikasyon riski, yeniden yatış oranı ve ölüm oranı gibi birçok faktörü etkilerken, yeterli enerji alımı ve uygun nütrisyon desteği kas gücünü artırarak mobilizasyonu kolaylaştırmaktadır (21, 147). Beslenme durumu ile hareket düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, hastaların GHÖ puanları ile NRS-2002 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta şiddette ilişki elde edilmiştir. GHÖ puanı yüksek olan hastaların NRS-2002 puanlarının da anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulguyu destekler şekilde, Nanri ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri çalışmada beslenme durumu ve hareketlilik düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmış olup normal beslenmeye sahip hastaların yeterli beslenemeyen hastalara göre ameliyat sonrası ilk mobilizasyon zamanında bir günlük fark olduğu bildirilmiş, yetersiz beslenmenin mobilizasyon sürelerini geciktirdiği belirtilmiştir (153). Zhou ve arkadaşlarının erken beslenme ve erken mobilizasyonun yoğun bakım hastaları üzerinde etkisini inceledikleri bir çalışmada erken mobilizasyon ve hem erken mobilizasyon hem erken beslenme uygulanan hasta gruplarında kas gücünde ve beslenme durumunda iyileşme gibi olumlu etkiler ortaya çıktığını bildirmiş, iki grup arasında kas gücünde iyileşme haricinde çok az fark olduğu belirtilmiştir (154). Fakat bu bulguların

aksine Ertem'in cerrahi girişim geçiren hastaların beslenme durumlarının ağrı ve mobilizasyona etkisini incelediği çalışmada ise hastaların mobilizasyon durumları ile NRS-2002 puanları karşılaştırılmış, odada adımlar atarak mobilize olan hastaların NRS-2002 puanları yatakta oturarak mobilize olan hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir (147).

Çalışmada hastaların bireysel ve hastalık özellikleri ile GİS semptomları arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Abdominal cerrahi girişim geçiren kadın hastalarda ortalama GSDÖ puanı erkek hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek elde edilmiştir. Cain ve arkadaşlarının irritabl bağırsak sendromu olan hastaların fizyolojik, GİS ve somatik semptomların cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini inceledikleri çalışmalarının sonucunda genel olarak ağrı ve rahatsızlık semptomlarının kadınlar tarafından erkeklere kıyasla daha sık bildirdiklerini tespit etmişlerdir (155). Ballı Öztürk'ün çalışmasında ise kadın hastaların GSDÖ puanlarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (157). Cinsiyet özelliklerinin GİS semptomları üzerinde etkisini gösteren çalışmamızda tespit edilen bu veri literatürle bu yönden uyumludur. Kadınların daha fazla GİS semptomu ifade etmesinin kültürel özellikler ile ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda incelenen kronik hastalık, operasyon öyküsü ve sürekli kullanılan ilaç varlığı faktörleri ile GSDÖ puanı arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu ilişkilere göre mevcut kronik hastalığı bulunan, daha önce operasyon geçirmiş olan, sürekli ilaç kullanımı olan hastalarda GSDÖ puanı daha yüksek tespit edilmiştir. MacRae ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri çalışmada çoklu ilaç kullanımının yan etkisi olarak hastalarda kabızlığın sık görüldüğünü belirtmişlerdir (156). Borhan'ın dahiliye servisinde yatan mevcut kronik hastalığa sahip hastalar ile gerçekleştirdiği çalışmada ise 6 ve üzeri ilaç kullanan hastaların kabızlık puanlarının daha yüksek olduğu, kronik hastalığı bulunan hastalar arasında solunum sistemi hastalığı olan hastaların GSDÖ alt boyutu olan diyare yakınmasının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (49). Bu bilgiler ışığında, hastaların hastalık öyküsü ve ilaç kullanım durumlarının GSDÖ puanlarının artmasında etkili olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada hastaların genel yaşam tarzları ve fiziksel gereksinimlerini karşılama durumları ile GİS semptomları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişkiye göre genel yaşam tarzı aktif ve fiziksel gereksinimlerini bağımsız şekilde karşılayan hastaların GSDÖ puanları, genel yaşam tarzı yarı aktif ve pasif olup fiziksel aktivitelerini yarı bağımlı ya da bağımlı şekilde yerine getiren hastalara göre anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır. Genel yaşam tarzı aktiften pasife doğru, fiziksel gereksinimlerini karşılama durumu bağımsızdan

bağımlıya doğru ilerledikçe hastalarda hareketlilik durumu azalmaktadır. Nitekim genel yaşam tarzı pasif ve fiziksel gereksinimlerini bağımsız bir şekilde karşılayamayan bir hasta günlük aktivitelerini kendi başına yapamaz ve hareketlilik düzeyi düşüktür. Bu nedenle genel yaşam tarzı ve fiziksel gereksinimlerini karşılama durumu ile GİS semptomları arasında saptadığımız bu ilişki tarafımızca mobilizasyon ile ilişkilendirilmiştir. Bu ilişki, mobilizasyon düzeyi arttıkça GİS semptomlarının şiddetinin azaldığı, immobilize hastalarda GİS semptomlarının şiddetinin daha yüksek saptandığı çalışmalar ile de desteklenmektedir (47, 83, 148, 149, 158, 159).

Abdominal cerrahi sonrası intestinal motilitenin hızlı bir şekilde düzelmesi ve normale dönmesinin, ameliyat sonrası hastanede kalış süresini ve maliyeti azaltacağı belirtilmektedir (160). Bu bağlamda çalışmamızda hastaların ilk gaz çıkarma ve ilk gaita zamanları belirlenerek GİS semptomları ile ilişkisi incelenmiştir. Elde edilen verilere göre ilk gaz çıkarma zamanları yaklaşık olarak ortalama 5.5 saat, ilk gaita zamanları ise yaklaşık olarak ortalama 22 saat olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ilk gaz çıkarma ve gaita zamanı arttıkça hastaların GSDÖ puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Literatürde Küçükaydinoğlu'nun çalışmasında hastaların büyük bölümünün iki gün içerisinde ilk gaz çıkışını gerçekleştirmiş olduğu belirtilmiş, Uçar'ın abdominal cerrahi sonrası sakız çiğnemenin bağırsak fonksiyonlarına etkisini değerlendirdiği kontrol ve müdahale gruplarının bulunduğu çalışmada ise kontrol grubunun ilk gaz çıkarma zamanını 79 saat, ilk gaita zamanını ise ortalama 112.5 saat olarak bildirmiştir (141, 160). Ertem'in cerrahi girişim geçiren hastalar ile gerçekleştirdiği çalışmasında ise ameliyat sonrası ilk gaz çıkışı yaklaşık olarak ortalama 11.5, ilk gaita çıkışı ise yaklaşık olarak ortalama 20 saat olarak bildirilmiştir (147). Bu çalışmada bu verilerin çok daha düşük olmasının sebebinin hastaların laparoskopik cerrahi işlem geçirmesi, GİS kanserli hastaların çalışmadan dışlanması, yaş ortalamasının 50'den az olması, kronik hastalığı olmayan hastaların sayısının çoğunluğu oluşturması ve daha önce operasyon geçirmemiş hastaların sayısının daha fazla olması olarak değerlendirilmiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Abdominal cerrahi geçiren hastalarda gastrointestinal semptomların beslenme durumu ve hareketlilik düzeyine ilişkin yürütülen bu çalışmada, orta yaş grubunda bulunan, kadın-erkek oranı yaklaşık yarı yarıya olan, çoğunluğu kronik hastalığa sahip olmayan, operasyon öyküsü bulunmayan, sürekli kullandığı ilacı olmayan ve tamamı laparoskopik cerrahi girişim geçirmiş hastalar incelenmiştir.

Örnekleme dahil edilen hastaların GİS semptomları hastanede kaldıkları süre boyunca değerlendirilmiş, semptomların şiddeti literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermiştir. Bununla birlikte ölçek toplam puanına göre GİS semptom şiddetinin düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. GİS semptomlarının şiddetinin olumlu şekilde düşük olmasının sebebi ise ilgili hasta grubunun tamamına laparoskopik cerrahi girişim uygulanmış olması, çoğunluğunun orta yaş grubunda olması ve kronik hastalığının olmaması olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmaya dahil edilen hastaların hareketlilik düzeyleri cerrahi girişim sonrası ilk ayağa kalkma ve cerrahi girişim sonrası ikinci günde ayağa kalkma gerçekleştikten sonra değerlendirilmiştir. Hastaların hareketlilik düzeyleri literatürdeki diğer çalışmalara göre daha yüksek ve ilk mobilizasyon sürelerinin kısa olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, hastaların yaş ortalamasının düşük olması ve laparoskopik cerrahi girişim geçirmiş olmalarının bir sonucu olarak değerlendirilmiştir.

Beslenme durumu açısından ise hastaların malnütrisyon riski olmadığı belirlenmiştir. Hastaların beslenme durumlarının iyi olması, minimal invaziv girişim geçirmiş olmaları, orta yaş grubunda bulunmaları ve çoğunluğunun kronik hastalığının bulunmayışı ile ilişkilendirilmiştir.

Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalar ile yürütülen bu çalışmada; incelenen hastaların GİS semptomları, hareketlilik düzeyleri ve beslenme durumları arasında anlamlı ilişkiler olduğu, hastalarda GİS semptom şiddeti arttıkça hareketlilik düzeyinde azalma ve beslenme durumunda kötüleşme görülmüştür. Sonuç olarak genel cerrahi servisinde abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların GİS semptom şiddetleri düşük, hareketlilik düzeyleri yüksek ve beslenme durumları açısından riskli olmadıkları belirlenmiş, GİS semptomlarının şiddetinin, beslenme durumu ve hareketlilik düzeyini etkilediği saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların GİS semptomlarının düzenli olarak izlenmesi ve gerekli hemşirelik girişimlerinin yapılmasına özen gösterilmesi,

GİS semptomları ile beslenme ve hareketlilik düzeyleri arasındaki ilişkiler dikkate alınarak bütüncül bir tanılama yapılması,

Araştırmanın örneklemini laparoskopik cerrahi girişim uygulanan ve yetişkinlik dönemindeki bireylerin oluşturması nedeniyle gelecekteki çalışmaların konuya ilişkin açık cerrahi girişim uygulanan, yaşlılık dönemindeki bireyleri kapsayacak şekilde planlanması,

Daha büyük örneklem ile farklı cerrahi girişim türlerinin uygulandığı, farklı sıklık ve sürelerde semptomların ve buna bağlı etkilerin değerlendirildiği, nicel ve nitel türde, farklı araştırma desenlerinde çalışmalar yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Güçlü A, Kurşun Ş (2017). Genel cerrahi hastalarının taburculuk eğitim gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 20(2): 107-113.
2. Kasalar İ, Sarıgöl Ordin Y (2024). Relation of early mobility with gastrointestinal symptoms and pain in patients undergoing abdominal surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of Perianesthesia Nurses* 39(4): 604–610.
3. Akyüz E, Ünlü H, Uğurlu Z, Özhan Elbaş NH (2021). Ortopedik cerrahi geçiren hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar ve yaşam kalitesindeki değişiklikler. *Sağlık ve Toplum* 31(3): 79-93.
4. Rao L, Liu X, Yu L, Xiao H (2021). Effect of nursing intervention to guide early postoperative activities on rapid rehabilitation of patients undergoing abdominal surgery: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine* 100(12): e24776.
5. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, Spiller R (2016). Bowel disorders. *Gastroenterology* 150(6): 1393-1407.
6. Turan N, Aştı TA (2015). Konstipasyon yönetiminde abdominal masajın önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 18(2): 148-154.
7. Haag S, Andrews JM, Gapasin J, Gerken G, Keller A, Holtmann GJ (2011). A 13-nation population survey of upper gastrointestinal symptoms: prevalence of symptoms and socioeconomic factors. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 33(6): 722-729.
8. Sezgin O, Akpınar H, Özer B, Törüner M, Bal K, Bor S (2019). Population-based assessment of gastrointestinal symptoms and diseases: Cappadocia cohort, Turkey. *The Turkish Journal of Gastroenterology* 30(12): 1009-1020.
9. Babaoğlu ÜT, Özdenk S (2017). Algılanan stres ile gastrointestinal semptom arasındaki ilişkinin incelenmesi: tanımlayıcı araştırma. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* (3): 138-145.
10. Evcil E (2021). Yetişkin bireylerde gastrointestinal semptomlar ve beslenme davranışı ilişkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul
11. Zito FP, Polese B, Vozzella L, Gala A, Genovese D, Verlezza V, Medugno F, Santini A, Barrea L, Cargiolli M, Andreozzi P, Sarnelli G, Cuomo R (2016). Good adherence to mediterranean diet can prevent gastrointestinal symptoms: a survey from Southern Italy. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 7(4): 564-571.

12. Schuetz P, Seres D, Lobo Dn, Gomes, F, Kaegi-Braun N, Stanga Z (2021). Management of disease-related malnutrition for patients being treated in hospital. *Lancet* (London, England) 398(10314): 1927–1938.
13. Serón-Arbeloa C, Labarta-Monzón L, Puzo-Foncillas J, Mallor-Bonet T, Lafita-López A, Bueno-Vidales N, Montoro-Huguet M (2022). Malnutrition screening and assessment. *Nutrients* 14(12): 2392.
14. Carrera-Jiménez D, Miranda-Alatríste P, Atilano-Carsi X, Correa-Rotter R, Espinosa-Cuevas Á (2018). Relationship between nutritional status and gastrointestinal symptoms in geriatric patients with end-stage renal disease on dialysis. *Nutrients* 10(4): 425.
15. Bovio G, Montagna G, Bariani C, Baiardi P (2009). Upper gastrointestinal symptoms in patients with advanced cancer: relationship to nutritional and performance status. *Supportive Care in Cancer* 17(10): 1317-1324.
16. İsmailoğlu Ö (2022). Diyabetli bireylerde beslenme durumu ve probiyotik, prebiyotik besin tüketimlerinin gastrointestinal semptomlar üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul
17. Atan RM (2019). Hemodiyaliz Hastalarında Gastrointestinal Semptomların Beslenme Durumu ve Biyokimyasal Parametreler ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Tekirdağ
18. Altınok Eİ (2017). Çocukluk yaş grubu irritabl bağırsak sendromu (İBS) tanılı olgularda uygulanan düşük fodmap diyetinin yaşam kalitesi ve gastrointestinal semptomlar üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir
19. Tekkeli Ş (2021). Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda glutensiz ve kazeinsiz diyetin gastrointestinal semptomlara etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul
20. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM, Foxx-Orenstein AE, Schiller L, Quigley EM, Moayyedi P (2008). Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Bmj* (Clinical Research Ed.) 337: A2313.

21. Castelino T, Fiore JF, Jr Niculiseanu P, Landry T, Augustin B, Feldman LS (2016). The effect of early mobilization protocols on postoperative outcomes following abdominal and thoracic surgery: a systematic review. *Surgery* 159(4): 991–1003.
22. Hosseini-Asl MK, Taherifard E, Mousavi MR (2021). The effect of a short-term physical activity after meals on gastrointestinal symptoms in individuals with functional abdominal bloating: a randomized clinical trial. *Gastroenterology and Hepatology from Bed To Bench* 14(1): 59.
23. Ohlsson B, Manjer J (2016). Physical inactivity during leisure time and irregular meals are associated with functional gastrointestinal complaints in middle-aged and elder subjects. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 51(11): 1299-1307.
24. Çoban Ö (2022). Huzursuz bacaklar sendromu olan hastalarda farklı egzersiz programlarının semptom şiddeti, uyku, kognitif fonksiyonlar, yorgunluk, yaşam kalitesi, psikolojik durum ve gastrointestinal semptomlar üzerine etkilerinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara.
25. Yapalak Y, Yigman S, Gonultas C, Coskun H, Yardimci E (2023). The effects of the staple line reinforcement procedures on gastrointestinal symptoms and its early results in sleeve gastrectomy. *Journal Of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. Part A* 33(2): 162–170.
26. İzveren AÖ, 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.
27. Irmak B, Bulut H (2021). Abdominal cerrahi sonrasında bağırsak fonksiyonlarını artırmada farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı: kanıtlar ne diyor? *Istanbul Gelisim University Journal Of Health Sciences* (14): 336-350.
28. Holland K, Jenkins J, Solomon J, Whittam S (2021). Eating and drinking. Applying The Roper-Logan-Tierney Model in practice. 1st ed. Çeviren: Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 190-228.
29. Grap MJ, Savage L, Ball GB (1996). The incidence of gastrointestinal symptoms in cardiac surgery patients through six weeks after discharge. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care* 25(6): 444–450.

30. Fysekidis M, Bouchoucha M, Bihan H, Reach G, Benamouzig R, Catheline JM (2012). Prevalence and co-occurrence of upper and lower functional gastrointestinal symptoms in patients eligible for bariatric surgery. *Obesity Surgery* 22(3): 403–410.
31. Kola JB, Docsa T, Uray K (2022). Mechanosensing in the physiology and pathology of the gastrointestinal tract. *International Journal of Molecular Sciences* 24(1): 177.
32. Cheng LK, O'grady G, Du P, Egbuji JU, Windsor JA, Pullan AJ (2010). Gastrointestinal system. *Wiley Interdisciplinary Reviews. Systems Biology and Medicine* 2(1): 65–79.
33. Santucci NR, Velez A (2024). Physiology of lower gastrointestinal tract. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 60(1): 1–19.
34. Ogobuiro I, Gonzales J, Shumway KR, Tuma F (2023). Physiology, gastrointestinal. In Statpearls. Statpearls Publishing.
35. Bhatia A, Shatanof RA, Bordoni B (2023). Embryology, gastrointestinal. In Statpearls. Statpearls Publishing.
36. Qin J, Pei X (2018). Isolation of human gastric epithelial cells from gastric surgical tissue and gastric biopsies for primary culture. *Methods in Molecular Biology (Clifton, NJ.)* 1817: 115–121.
37. Famuyide A, Massoud TF, Moonis G (2022). Oral cavity and salivary glands anatomy. *Neuroimaging Clinics Of North America* 32(4): 777–790.
38. Chojnowska S, Baran T, Wilińska I, Sienicka P, Cabaj-Wiater I, Knaś M (2018). Human saliva as a diagnostic material. *Advances in Medical Sciences* 63(1): 185–191.
39. Akgoz Karaosmanoglu A, Ozgen B (2022). Anatomy of the pharynx and cervical esophagus. *Neuroimaging Clinics of North America* 32(4): 791–807.
40. Totur Dikmen B (2019). Gastrointestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü, Ünver S, Eyi S (Ed.), *Gastrointestinal sistemin yapı ve fonksiyonu*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 5-11.
41. Hunt RH, Camilleri M, Crowe SE, El-Omar EM, Fox JG, Kuipers EJ, Malfertheiner P, Mccoll KE, Pritchard DM, Rugge M, Sonnenberg A, Sugano K, Tack J (2015). The stomach in health and disease. *Gut*, 64(10): 1650–1668.
42. O'connor A, O'moráin C (2014). Digestive function of the stomach. *Digestive Diseases (Basel, Switzerland)* 32(3): 186–191.
43. Livovsky DM, Pribic T, Azpiroz F (2020). Food, eating, and the gastrointestinal tract. *Nutrients* 12(4): 986.

44. Fieker A, Philpott J, Armand M (2011). Enzyme replacement therapy for pancreatic insufficiency: present and future. *Clinical and Experimental Gastroenterology* 4: 55–73.
45. Fish EM, Shumway KR, Burns B (2024). Physiology, small bowel. In Statpearls. Statpearls Publishing.
46. Montoro-Huguet MA, Belloc B, Domínguez-Cajal M (2021). Small and large intestine (I): malabsorption of nutrients. *Nutrients* 13(4): 1254.
47. Kırtıl İ, Kanan N (2021). Abdominal cerrahi girişim sonrası erken mobilizasyonun gastrointestinal işlevlere etkisi: sistematik derleme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 30(3): 166-. 176
48. Ünver S, Yıldız Fındık Ü (2019). Ameliyat Sonrası Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü (Ed.), *Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı*. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 30-36.
49. Borhan K (2022). Dahiliye servisinde yatan hastaların gastrointestinal sistem semptom sıklığı ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yozgat
50. Güneş M (2024). Hemşirelerde iş stresi ve gastrointestinal sistem semptomları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul
51. Uymaz Aras G (2020). Ameliyat öncesi anksiyetenin gastrointestinal sistem belirtilerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kars
52. Demir M (2017). Karın ağrısı olan hastaya yaklaşım. *Klinik Tıp Bilimleri* 5(2): 39-50.
53. Grundy L, Erickson A, Brierley SM (2019). Visceral pain. *Annual Review of Physiology* 81: 261–284.
54. Tekin F, İlter T (2015). Birinci basamakta akut karın ağrısı olan hastaya yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji* 19(3): 161-170.
55. Vakil N, Van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R (2006). The montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *The American Journal of Gastroenterology* 101(8): 1900–1943.
56. Clarrett DM, Hachem C (2018). Gastroesophageal reflux disease (GERD). *Missouri Medicine* 115(3): 214–218.

57. El-Serag, HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J (2014). Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 63(6): 871–880.
58. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S (2005). Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 54(5): 710–717.
59. Yeşil ES, Öztürk G (2016). Gastroözofageal reflü ve diyet. *Güncel Gastroenteroloji* 20(3): 204-208.
60. Maret-Ouda J, Markar SR, Lagergren J (2020). Gastroesophageal reflux disease. *Jama* 324(24): 2565.
61. Smith HS, Smith EJ, Smith BR (2012). Postoperative nausea and vomiting. *Ann Palliat Med* 1(2):94-102.
62. Heckroth M, Luckett RT, Moser C, Parajuli D, Abell TL (2021). nausea and vomiting in 2021: a comprehensive update. *Journal of Clinical Gastroenterology* 55(4): 279–299.
63. Pasricha PJ, Colvin R, Yates K, Hasler WL, Abell TL, Unalp-Arida A, Nguyen L, Farrugia G, Koch KL, Parkman HP, Snape WJ, Lee L, Tonascia J, Hamilton F (2011). Characteristics of patients with chronic unexplained nausea and vomiting and normal gastric emptying. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association* 9(7): 567–576
64. Aygin D (2016). Bulantı ve kusma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 20(1): 44-56.
65. Zhong W, Shahbaz O, Teskey G, Beever A, Kachour N, Venketaraman V, Darmani, NA (2021). Mechanisms of nausea and vomiting: current knowledge and recent advances in intracellular emetic signaling systems. *International Journal of Molecular Sciences* 22(11): 5797.
66. Tunay DL, Ilginel MT (2018). Postoperatif bulantı ve kusma. *Journal of Cukurova Anesthesia and Surgical Sciences* 1(1): 1-6.
67. Lacy BE, Cangemi D, Vazquez-Roque M (2021). Management of chronic abdominal distension and bloating. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association* 19(2): 219–231.
68. Mari A, Abu Backer F, Mahamid M, Amara H, Carter D, Boltin D, Dickman R (2019). Bloating and abdominal distension: clinical approach and management. *Advances in Therapy* 36(5): 1075–1084.
69. Jani B, Marsicano E (2018). Constipation: evaluation and management. *Missouri Medicine* 115(3): 236–240.

70. Türkay Ö, Saka M (2016). Konstipasyon ve diyet. *Güncel Gastroenteroloji* 20(3): 234-239.
71. Deniz Ş (2019). Ofis çalışanlarında diyet kalitesi, günlük ortalama lif alımı ve fiziksel aktivite ile bağırsak alışkanlıkları arasındaki ilişkinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
72. Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, Törnblom H, Simrén M (2020). An approach to the diagnosis and management of rome iv functional disorders of chronic constipation. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology* 14(1): 39-46.
73. Wang CP, Tsai PY (2012). Efficacy of spinal magnetic stimulation in elderly persons with chronic constipation. *Journal of the Chinese Medical Association: Jcma* 75(3): 127-131.
74. Bilgiç Ş, Dilek F, Arslan HSA, Ünal A (2016). Bir huzurevinde yaşayan yaşlıların konstipasyon durumları ve etkileyen faktörler. *International Journal Of Basic and Clinical Medicine* 4(1): 9-16.
75. Türkay M (2020). Yoğun bakımda nazogastrik tüp ile beslenen hastalara uygulanan abdominal aromaterapi masajının gastrointestinal semptomlara etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul
76. Yeşil ES, Özyurt Ö (2016). Diyare ve beslenme. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi* 20(3): 240-244.
77. Erica S, Meisenheimer MD, Carly Epstein MBA, Thiel D (2022). Acute diarrhea in adults. *American Family Physician* 106(1): 72-80.
78. Nepogodiev D, Martin J, Biccard B, Makupe A, Bhangu A (2019). National institute for health research global health research unit on global surgery. Global burden of postoperative death. *Lancet (London, England)* 393(10170): 401.
79. Boden I, Robertson IK, Neil A, Reeve J, Palmer AJ, Skinner EH, Browning L, Anderson L, Hill C, Story D, Denehy L (2020). Preoperative physiotherapy is cost-effective for preventing pulmonary complications after major abdominal surgery: a health economic analysis of a multicentre randomised trial. *Journal of Physiotherapy* 66(3): 180-187.
80. Hemmerling TM (2018). Pain management in abdominal surgery. *Langenbeck's Archives of Surgery* 403(7): 791-803.
81. Uzman S, Dönmez T (2017). Rejyonal anestezi altında laparoskopik abdominal cerrahi: bir retrospektif değerlendirme. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tip Bulteni*, 55(3).

82. Rudiman R (2021). Minimally invasive gastrointestinal surgery: from past to the future. *Annals of Medicine and Surgery* 71: 102922.
83. Kasalar İ (2022). Abdominal cerrahi uygulanan hastalarda mobilizasyon durumunun ameliyat sonrası gastrointestinal semptom ve ağrı ile ilişkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir
84. Esmer AC, Çolak T, Edizsoy A, Tazeoğlu D, Serdar Karaca A (2022). Current status of laparoscopic surgery usage in Türkiye: a middle-income country. *Turkish Journal Of Surgery* 38(4): 353–361.
85. Gürel B, Koçalışlı S (2022). Ameliyat sonrası hastaların derlenme kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 5(1): 12-30
86. Alam R, Montanez J, Law S, Lee A, Pecoroli N, Watanabe Y, Falconi M (2020). Development of a conceptual framework of recovery after abdominal surgery. *Surgical Endoscopy* 34(6): 2665-2674.
87. Sada A, Asaad M, Reidt WS, Kellogg TA, Kendrick ML, Mckenzie TJ, Habermann EB (2020). Are in-person post-operative clinic visits necessary to detect complications among bariatric surgery patients? *Obesity Surgery* 30(5): 2062-2065.
88. Dıgın F, Kızılcık Özkan Z (2021). Yaşlı hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarının belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(3): 413-418.
89. Candaş Altınbaş B, Gürsoy A (2023). Safra kesesinin cerrahi gerektiren hastalıkları ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları. Karayurt Ö (Ed.) *Gastrointestinal Sistem Cerrahi hastalıkları hemşireliğinde Kanıta dayalı Uygulamalar*. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 56-61.
90. Al-Azzawi M, Abouelazayem M, Parmar C, Singhal R, Amr B, Martinino A, Atıcı SD, Mahawar K (2024). A systematic review on laparoscopic subtotal cholecystectomy for difficult gallbladders: a lifesaving bailout or an incomplete operation? *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 106(3): 205–212.
91. Çetin B (2024). Kolesistektomi sonrası fiziksel hareketlilik, ağrı ve iyileşme kalitesi arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bölümleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri
92. Warchałowski Ł, Łuszczki E, Bartosiewicz A, Dereń K, Warchałowska M, Oleksy Ł, Stolarczyk A, Podlasek R (2020). The analysis of risk factors in the conversion from

- laparoscopic to open cholecystectomy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(20): 7571.
93. Karaaslan E (2020). Abdominal bölge cerrahisi geçiren hastalarda hareketliliğe etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep
94. Markar SR, Penna M, Harris A (2014). Laparoscopic approach to appendectomy reduces the incidence of short and long-term post-operative bowel obstruction: systematic review and pooled analysis. *Journal of Gastrointestinal Surgery: Official Journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract* 18(9): 1683–1692.
95. Mcburney C. (1894). The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis, with a description of a new method of operating. *Annals of Surgery* 20(1): 38–43.
96. Semm K (1983). Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 15(2): 59–64.
97. Bozkul G (2021). Apendektomi ameliyatı geçiren hastaların yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
98. Shakil A, Aparicio K, Barta E, Munez K (2020). Inguinal hernias: diagnosis and management. *American Family Physician* 102(8): 487–492.
99. Herniasurge Group (2018). International guidelines for groin hernia management. *Hernia: The Journal of Hernias And Abdominal Wall Surgery* 22(1): 1–165.
100. Aydın M (2023). İnguinal herninin cerrahi tedavisinde laparoskopik cerrahi açık cerrahiye üstün müdür? Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar
101. Mammadova N (2024). Anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği umbilikal herni operasyonlarında genel anestezi mi yoksa ketofol sedasyonu ile spinal anestezi mi uygulanmalıdır? Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara
102. Das S, Shaikh O, Gaur NK, Balasubramanian G (2022). Incarcerated epigastric hernia. *Cureus* 14(2): 22013.
103. Sahota R, Jayant A, Wiles R, Katti A (2024). Epigastric anterior abdominal wall hernia: an unusual cause of gastric outlet obstruction. *Radiology Case Reports* 19(12): 5824–5827.

104. Kassir R, Debs T, Blanc P, Gugenheim J, Ben Amor I, Boutet C, Tiffet O (2016). Complications of bariatric surgery: presentation and emergency management. *International Journal of Surgery (London, England)* 27: 77–81.
105. Güçlü A (2018). Bariatrik cerrahi ve perioperatif hemşirelik bakımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 27(3): 209-211.
106. Öcal H, Aygen E. (2018). Obezitenin cerrahi tedavisi. *Fırat Tıp Dergisi* 23: 78-87.
107. Güven B. (2019). Bariatrik cerrahi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 16(2): 139-143.
108. Sadraddini M (2023). Cerrahi hastaların sosyokültürel yapıları ve bireysel alışkanlıkları ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
109. O'Malley RB, Revels JW (2020). Imaging of abdominal postoperative complications. *Radiologic Clinics of North America* 58(1): 73–91.
110. Mills GH (2018). Respiratory complications of anaesthesia. *Anaesthesia* 73(1): 25–33.
111. Erbesler ZA (2021). Postoperatif pulmoner komplikasyonların öngörülmesinde belirteç karşılaştırılması; asa ve ariscat. *Ahi Evran Medical Journal* 5(1): 50-54.
112. Devereaux PJ, Sessler DI (2015). Cardiac complications in patients undergoing major noncardiac surgery. *The New England Journal of Medicine* 373(23): 2258–2269.
113. Sellers D, Srinivas C, Djaiani G (2018). Cardiovascular complications after non-cardiac surgery. *Anaesthesia* 73(1): 34–42.
114. Kim M, Li G (2018). Postoperative complications affecting survival after cardiac arrest in general surgery patients. *Anesthesia and Analgesia* 126(3): 858–864.
115. Al-Jaddah AS (2024). Early physical activity and its effects on functional capacity and quality of life in post-surgery cardiac patients. Yüksek Lisans Tezi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırşehir
116. Wilczyński B, Śnieżyński J, Nowakowska M, Wallner G (2023). Neurological complications in patients undergoing general surgery: a literature review. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 96(0): 71–77.
117. Bulut H, Erdoğan Z (2019). Ameliyat Sonrası Nörolojik Sistem Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü (Ed.), *Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı*. 1. Baskı.: Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 43- 50.

118. Yıldızeli Topçu S, Öztekin SD (2019). Ameliyat Sonrası Sıvı-Elektrolit Dengesi Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü (Ed.), Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 16-23.
119. Göktaş S (2019). Ameliyat sonrası kas iskelet sistemi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics 5(2): 51-58.
120. Ak ES, Özbaş A (2019). Ameliyat sonrası üriner sistem komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics 5(2): 24-29.
121. Gürkan A (2019). Ameliyat sonrası yara iyileşmesi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics 5(2): 37-42.
122. Aygin D, Yaman Ö (2019). Ameliyat sonrası vücut sıcaklığı komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics 5(2): 59-65.
123. Bakır B (2023). Abdominal cerrahi uygulanan yaşlı hastalarda kırılabilirlik ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Kayseri
124. Yıldız T (2019). Ameliyat sonrası beslenme komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics 5(2): 66-72.
125. Goéré D, Cunha AS (2015). Parenteral and enteral nutritional support (excluding immunonutrition). Journal of Visceral Surgery 152(1): 8–13.
126. Hussey JM, Yang T, Dowds J, O'connor L, Reynolds JV, Guinan EM (2019). Quantifying postoperative mobilisation following oesophagectomy. Physiotherapy 105(1): 126–133.
127. Pashikanti L, Von Ah D (2012). Impact of early mobilization protocol on the medical-surgical inpatient population: an integrated review of literature. Clinical Nurse Specialist Cns 26(2): 87–94.
128. Koyuncu F (2020). Abdominal cerrahi geçiren hastalarda mobilizasyon protokolünün mobilizasyon başlama zamanına ve hasta bakım sonuçlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara
129. Mccutchan J (2017). Fundamentals of Nursing. Stockert P, Hall P (Ed.), Activity and Exercise. Elsevier, Canada, Sayfa: 787-821.
130. Ertürk M (2019). Kronik böbrek yetmezlikli hemodiyaliz hastalarının gastrointestinal semptomlarının, yaşam kalite düzeylerinin ve hipoalbuminemi durumlarının

değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara.

131. Bolayır B (2014). Hospitalize hastalarda nutrisyonel değerlendirme testi NRS-2002'nin (Nutritional Risk Screening -2002) geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
132. Ayoğlu T (2011). Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
133. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (2012) Cerrahi Hemşireliği. Birinci Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; Sayfa: 386
134. Topcu EN (2011). Acil cerrahi birimlerinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
135. Yıldız T, Önler E, Başkan B, Koluçık B, Malak A, Özdemir A, Aydın Yılmaz H (2014). Cerrahi birimlerde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. International Journal of Basic and Clinical Medicine 2(3): 123-130.
136. Kalisch JB, Lee S, Dabney WB (2013). Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. J Clin Nurs 23: 1-16.
137. Teodoro CR, Breault K, Garvey C, Klick C, O'Brien J, Purdue T (2016). Step-up: study of the effectiveness of a patient ambulation protocol. Medical Surgical Nursing 25: 111-116.
138. Birlikbaş S, Bölükbaş N (2019). ERAS rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2(3): 194-205.
139. Polat İ (2019). Obstetric and perinatologic interventions and ERAS. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi 10(1): 33-40.
140. Tunç Tuna P, Kurşun Ş (2018). Kolorektal cerrahisinde hızlandırılmış bakım protokolleri ve hemşirelik bakımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 11(2): 180-192
141. Küçükaydinoğlu S (2024). Cerrahi girişim sonrası uygulanan abdominal masajın gastrointestinal semptomlar ve konfor düzeyine etkisi. Yüksek lisans tezi. İstanbul

Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul

142. Tekin İlk Y (2023). Nöroşirürji hastalarında cerrahi anksiyetenin gastrointestinal semptomlara etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul
143. Dañç E (2019). Ortopedi servisinde cerrahi girişim geçiren hastaların hareket düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sakarya
144. Koç ED (2019). Cerrahi girişim geçiren hastaların kaygı ve hareketlilik düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne
145. Kavrazlı S (2015). Ameliyat sonrası dönemde hastaların iyileşme durumlarının ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul
146. Mirza Y (2010). Genel cerrahi kliniği'nde yatan hastaların beslenme durumlarının nütrisyonel risk taraması-2002 ile değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Kayseri
147. Ertem M (2021). Cerrahi girişim geçiren hastaların beslenme durumlarının ağrı ve mobilizasyona etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kütahya
148. Terzioğlu F, Şimsek S, Karaca K, Sariince N, Altunsoy P, Salman MC (2013). Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynaecologic surgery. *Journal of Clinical Nursing* 22(13-14): 1917–1925.
149. Herman A, Santoso B, Yunitasar E (2019). The effect of early mobilization on intestinal peristaltics in patients after a cesarean section in Kendari City Hospital. *Journal Ners* 14(3): 288-291.
150. Wiklund M, Sundqvist E, Fagevik Olsén M (2015). Physical activity in the immediate postoperative phase in patients undergoing roux-en-y gastric bypass-a randomized controlled trial. *Obesity surgery* 25(12): 2245–2250.
151. Ni CY, Wang ZH, Huang ZP, Zhou H, Fu LJ, Cai H, Huang XX, Yang Y, Li HF, Zhou WP (2018). Early enforced mobilization after liver resection: a prospective

- randomized controlled trial. *International Journal of Surgery (London, England)* 54(Pt A): 254–258.
152. Hydarinia-Naieni Z, Nobahar M, Ghorbani R (2017). Study of nutritional status and gastrointestinal health in patients undergoing hemodialysis and their association with laboratory parameters and dialysis adequacy in Semnan, Iran. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies* 4(3): e12686.
153. Nanri Y, Shibuya M, Fukushima K, Uchiyama K, Takahira N, Takaso M (2021). Preoperative malnutrition is a risk factor for delayed recovery of mobilization after total hip arthroplasty. *PM&R: the journal of injury, function, and rehabilitation* 13(12): 1331-1339.
154. Zhou W, Yu L, Fan Y, Shi B, Wang X, Chen T, Yu H, Liu J, Wang X, Liu C, Zheng H (2022). Effect of early mobilization combined with early nutrition on acquired weakness in critically ill patients (EMAS): A dual-center, randomized controlled trial. *PloS one* 17(5): e0268599.
155. Cain KC, Jarrett ME, Burr RL, Rosen S, Hertig VL, Heitkemper MM (2009). Gender differences in gastrointestinal, psychological, and somatic symptoms in irritable bowel syndrome. *Digestive Diseases And Sciences* 54(7): 1542–1549.
156. MacRae C, Henderson DA, Mercer SW, Burton J, De Souza N, Grill P, Marwick C, Guthrie B (2021). Excessive polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in 147 care homes: a cross-sectional study. *BJGP Open* 5(6): 1-12.
157. Ballı Öztürk Ö (2023). Çoklu ilaç kullanımı olan kişilerde gastrointestinal semptom şiddeti ile ilaç uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara*
158. Dube JV, Kshirsagar NS (2014). Effect of planned early recommended ambulation technique on selected post caesarean biophysiological health parameters. *Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University* 3(1): 41-48.
159. Taşdemir N, Çelik SŞ (2011). Hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 26(3): 23-32.
160. Uçar N (2018). Abdominal cerrahi sonrası sakız çiğnemenin bağırsak fonksiyonlarına etkisinin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sakarya*



EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Erkek () Kadın ()
3. Eğitim Durumu: İlkokul () Ortaokul () Lise () Ön Lisans () Lisans () Lisansüstü ()
4. Çalışma durumu: Çalışıyorum () Mesleğiniz..... Çalışmıyorum ()
5. Tıbbi Tanı:
6. Serviste yatış süresi:
7. Operasyonun tarihi:.....
8. Daha önce herhangi bir operasyon geçirdiğiniz mi: Evet(), açıklayınız:Hayır ()
9. Kronik hastalığınız var mı: Evet (), açıklayınız:Hayır ()
10. Sürekli kullandığınız ilaçlar (ilaç adı/doz/süre):
Evet(), açıklayınız:Hayır ()
11. Sigara kullanım öyküsü: Var () Kullanım sıklığı ve süresi..... Yok ()
12. Genel yaşam tarzınız: Aktif () Yarı Aktif () Pasif ()
13. Ameliyat Öncesi: Boy:..... Kilo:..... BKİ:.....
14. Fiziksel gereksinimlerinizi karşılama durumunuz: Bağımlı () Yarı Bağımlı ()
Bağımsız()
15. Fiziksel aktivitelerinizi düzenli yapar mısınız: Evet () Yaptığınız düzenli fiziksel aktivitenin adı:Hayır ()
16. Günlük tükettiğiniz öğün sayısı (ara ve ana öğünler).....
17. Öğün atlar mısınız? Evet () Öğün atlama nedeni Hayır ()
18. Atlanılan öğün..... (17. Soruya hayır cevabını verdiyseniz sıradaki soruya geçiniz)
19. Herhangi bir besin takviyesi kullanıyor musunuz: Evet (), açıklayınız:.....Hayır ()
20. Günlük tükettiğiniz sıvı miktarı.....
21. Mevcut GİS probleminiz var mı: Evet (), açıklayınız:Hayır ()
22. GİS probleminiz varsa, tüketmediğiniz herhangi bir besin var mı?:
Evet (), açıklayınız:Hayır ()
23. İlk mobilizasyon zamanı
24. Ameliyat öncesi servise yatış tarihi:
.....
25. Ameliyat sonrası servise yatış tarihi:
.....
26. İlk gaz çıkarma zamanı
27. İlk gaita zamanı

Ek 2. Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği (GSDÖ)

Bu ankette son zamanlarda nasıl hissettiğiniz ve GI semptomlarınızın nasıl olduğuna dair sorular yer almaktadır. Geçtiğimiz hafta için durumunuzu en iyi anlatan seçeneği, kutunun içine “X” koyarak işaretleyiniz.

	Hiç rahatsızlık hissetmedim	Çok az rahatsızlık hissettim	Hafif rahatsızlık hissettim	Orta derecede rahatsızlık hissettim	Orta ila hafif şiddette rahatsızlık hissettim	Şiddetli rahatsızlık hissettim	Çok şiddetli rahatsızlık hissettim
1. Geçtiğimiz hafta içinde karınızda ağrı ya da acı şikâyeti yaşadınız mı? (Karın ağrısı, midenizde veya karınızdaki tüm ağrılara ya da acılara demektir.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
2. Geçtiğimiz hafta içinde mide yanması şikâyeti yaşadınız mı? (Mide yanması ile göğüsünüzde, göğüs kemığının arkasındaki bir yanma hissini ya da rahatsızlığı kastediyoruz.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
3. Geçtiğimiz hafta içinde reflü şikâyeti yaşadınız mı? (Reflü; kusma ya da midenizden ağızınıza doğru ekşi veya acı bir sıvı akışı hissetmeniz demektir.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
4. Geçtiğimiz hafta içinde midenizde veya karınızdaki açlık ağrısı şikâyeti yaşadınız mı? (Midedeki bu boşluk hissi, öğünler arasında da yeme ihtiyacından kaynaklanmaktadır.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
5. Geçtiğimiz hafta içinde bulantı şikâyeti yaşadınız mı? (Bulantı, kusma ihtiyacı hissetmenizi sağlayan rahatsızlıktır.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
6. Geçtiğimiz hafta içinde midenizde veya karınızdaki guruldama şikâyeti yaşadınız mı? (Guruldama, midedeki titreşimler veya seslerdir.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
7. Geçtiğimiz hafta içinde midenizde şişkinlik hissi yaşadınız mı? (Şişkinlik hissi, midenizde veya karınızdaki şişme hissidir.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

Ek 2. (Devam)

	Hiç rahatsızlık hissetmedim	Çok az rahatsızlık hissettim	Hafif rahatsızlık hissettim	Orta derecede rahatsızlık hissettim	Orta ila hafif şiddette rahatsızlık hissettim	Şiddetli rahatsızlık hissettim	Çok şiddetli rahatsızlık hissettim
8. Geçtiğimiz hafta içinde midenizde geğirme şikâyeti yaşadınız mı? (geğirme, ağızdan hava veya gaz çıkarmanızdır.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
9. Geçtiğimiz hafta içinde gaz çıkarma şikâyeti yaşadınız mı? (Gaz çıkarma ya da gaz, bağırsaklarınızdan hava ya da gaz çıkarmanız anlamına gelmektedir.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
10. Geçtiğimiz hafta içinde kabızlık şikâyeti yaşadınız mı? (Kabızlık, büyük tuvalete çıkmakta zorluk yaşamak anlamındadır.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
11. Geçtiğimiz hafta içinde ishal şikâyeti yaşadınız mı? (İshal, büyük tuvaletinizin genellikle sıvı olması veya katı olmaması demektir.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
12. Geçtiğimiz hafta içinde büyük abdestinizin sıvı olmasıyla ilgili bir şikâyetiniz oldu mu? (Eğer büyük abdestiniz bazen katı, bazen de sulu ise, bu soruya büyük abdestinizin sıvı olmasının sizi ne kadar rahatsız ettiğini düşünerek cevap veriniz.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
13. Geçtiğimiz hafta içinde büyük abdestinizin Katı olmasıyla ilgili bir şikâyetiniz oldu mu? (Eğer büyük abdestiniz bazen katı, bazen de sulu ise, bu soruya büyük abdestinizin katı olmasının sizi ne kadar rahatsız ettiğini düşünerek cevap veriniz.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
14. Geçtiğimiz hafta içinde acilen tuvalete çıkma ihtiyacı şeklinde bir sorun yaşadınız mı? (Acilen tuvalete çıkma ihtiyacı, tuvalete en kısa süre içinde gitmenizi gerektirir.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
15. Geçtiğimiz hafta içinde tuvalete çıkarken bağırsaklarınızı tamamen boşaltamadığınız hissi yaşadınız mı? (Tuvaletinizi bitirdikten sonra, hala boşaltmanız gereken dışkı olduğu hissidir.)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

Ek 3. Nutrisyonel Risk Değerlendirme Ölçeği (NRS-2002)

İlk Tarama		Evet	Hayır
1	VKI<20,5?		
2	Son 3 ayda kilo kaybı var mı?		
3	Geçen hafta gıda alımında azalma olmuş mu?		
4	Ciddi hastalık varlığı?		

*Sorulardan herhangi birine evet yanıtı alındıysa, final tarama ile devam edilir.

*Sorulara hayır yanıtı alındıysa, hasta haftada bir tekrar değerlendirilir.

Final Tarama			
Nutrisyon Durumundaki Bozulma		Hastalığın Şiddeti (gereksinimlerde artış)	
Yok Skor 0	Normal nutrisyon durumu	Yok Skor 0	Normal besinsel gereksinimler
Hafif Skor 1	3 ayda >%5 kilo kaybı ya da geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %50-75'inin altında	Hafif Skor 1	Kalça kemiğinde kırık*, özellikle akut komplikasyonları olan kronik hastalar: siroz*, KOAH*, kronik hemodiyaliz, diabet, onkoloji
Orta Skor 2	2 ayda >%5 kilo kaybı ya da BKİ 18.5 – 20.5+ genel durum bozukluğu ya da geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %25-50'si	Orta Skor 2	Majör abdominal cerrahi*, inme*, Şiddetli pnömoni, hematolojik malignite
Şiddetli Skor 3	1 ayda >%5 kilo kaybı (3 ayda >%15) ya da BKİ<18.5+ genel durum bozukluğu ya da geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %0-25'i	Şiddetli Skor 3	Kafa travması*, kemik iliği transplantasyonu*, Yoğun bakım hastaları (APACHE>10)
Skor:		Skor:	=toplam skor
Yaş	≥70 yaş ise toplam skora 1 ekle		=yaşa uyarlanmış toplam skor

Skor≥3 Hasta nutrisyon riski altındadır ve bir nutrisyon planı başlatılır

Skor<3 Haftada bir taramalı, Eğer majör operasyon planı varsa yine bir nutrisyon planı geliştirilmelidir.

NRS-2002 varolan randomize klinik çalışmalara dayanmaktadır. * işaretli tanısı olan hastaların kategorizasyonunu doğrudan destekleyen bir çalışma var. İtalik gösterilen tanımlar aşağıda verilen prototiplere dayanmaktadır. Nutrisyon riski, o andaki durumu ve bunun stres metabolizması nedeniyle artan gereksinimlere bağlı olarak bozulması riski şeklinde tanımlanır.

Nutrisyon destek planı şu hastalarda endikedir:

(1)şiddetli malnutrisyonda (skor=3), ya da (2) ağır hasta (skor=3) ya da (3) orta derece malnutrisyon + hafif hasta (skor 2+1) ya da (4) hafif malnutrisyon + orta derecede hasta (skor 1+2)

Hastalığın derecesine ilişkin prototipler:

Skor=1: kronik hastalığı olup komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatan bir hasta. Halsiz-düşkün durumdadır ancak düzenli olarak yataktan kalkabilir. Protein gereksinimleri artmıştır ancak oral diyet ya da suplemanlarla karşılanabilir.

Skor=2: majör abdominal cerrahi gibi bir hastalık nedeniyle yatağa bağlı bir hasta. Protein gereksinimleri yüksek, klinik beslenme yöntemleri gerekli ve bu sayede açıkları kapatılabiliyor

Skor=3: ventilasyon desteği altındaki yoğun bakım hastası. Protein gereksinimleri yüksek ve klinik beslenme yöntemleriyle karşılanamıyor. Protein yıkımı ve azot kaybı giderilebiliyor.

Ek 4. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (GHÖ)

Gözlem zamanı:.....

Ambulasyon/Ayağa kalkma öncesi (hasta, yatakta oturur pozisyon aldıktan 2 dakika sonra)

Kan Basıncı..... Nabız..... Solunum.....

Kullanım yönergesi:

1. Tüm bölümlere ilişkin gözlemler, aşağıdakiler gerçekleştirildikten sonra doldurulur:

a) Ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma ve

b) Ameliyat sonrası ikinci günde ayağa kalkma (herhangi bir zamanda)

2. Lütfen, gözlenen yeterliliği en iyi yansıtan sayıyı ilgili ölçek üzerindeki sayıyı işaretleyerek belirtiniz.

Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme:

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak döndü	Hasta sözlü uyan ile bağımsız olarak döndü	Hasta sözlü uyan ve fiziksel yardım ile döndü	Hasta dönmek için hem şireye bağımlıydı	Hasta yardım a rağmen dönem edi

Yatak Kenarında Oturma:

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak yatak kenarında oturdu	Hasta sözlü uyan ile bağımsız olarak yatak kenarında oturdu	Hasta sözlü uyan ve fiziksel yardım ile yatak kenarında oturdu	Hasta yatak kenarında oturmak için hem şireye bağımlıydı	Hasta yardım a rağmen yatak kenarında oturamadı

Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak yatak kenarında ayağa kalktı	Hasta sözlü uyan ile bağımsız olarak yatak kenarında ayağa kalktı	Hasta sözlü uyan ve fiziksel yardım ile yatak kenarında ayağa kalktı	Hasta yatak kenarında ayağa kalkmak için hem şireye bağımlıydı	Hasta yardım a rağmen yatak kenarında ayağa kalkamadı

Hasta Odasında Yürüme:

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak odada yürüdü	Hasta sözlü uyan ile bağımsız olarak odada yürüdü	Hasta sözlü uyan ve fiziksel yardım ile odada yürüdü	Hasta odada yürümek için hem şireye bağımlıydı	Hasta yardım a rağmen odada yürüyem edi

Ambulasyon sonrası/ Ayağa kalktıktan sonra (hasta, yatakta oturur pozisyon aldıktan 2 dakika sonra)

Kan Basıncı..... Nabız..... Solunum.....

Ek 6. (Devam)

				
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Gastrointestinal Semptomların Beslenme Durumu ve Hareketlilik Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2023/92		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Aysel ÖZSABAN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Muhammed ABDULLAH AZAK		
	DESTEKLEYİCİ	Yok		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒ DOKTORA TEZİ ☐ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİL EN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

Sayfa 1

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Muhammed Abdullah AZAK
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Hemşirelik Bölümü	2021
Lise	Tevfik Serdar Anadolu Lisesi	2017

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Yörük Selim Ek Hizmet Binası	2023-

YABANCI DİL

İngilizce

HOBİLER

1. Bilgisayar oyunları
2. Spor