

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BATIN AMELİYATI GEÇİREN HASTALARDA ERKEN
AMBULASYONUN BAĞIRSAK FONKSİYONLARINA
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Veciye ÇINAR

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Prof. Dr. Osman Nuri DİLEK

2005

AFYONKARAHİSAR

ÖNSÖZ

Araştırmam sırasında çalışmamın her aşamasında yanımda olan, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, sabırla tüm sorularıma cevap veren, emek harcayan ve zaman ayıran yapıcı ve yol gösteren eleştirilerde bulunan değerli danışmanım Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Osman Nuri Dilek 'e sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Verilerin analizi sırasında yardımlarını esirgemeyen ve araştırmamın olgunlaşmasına katkıda bulunan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali Şahin'e en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Ayrıca manevi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay.....	I
Önsöz	II
İçindekiler	III
Tablolar	IV
ÖZET	1
SUMMARY	3
1.GİRİŞ	4
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1. Erken Ambulasyonun Tanımı ve Tarihçesi.....	7
2.2. Erken Ambulasyonun Önemi	8
2.3. Erken Ambulasyon Uygulaması.....	8
2.4. Ameliyat Sonrası Ağrı.....	9
2.4.1. Ameliyat Sonrası Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi.....	9
2.5. Cerrahi Hastalar ve Anksiyete.....	11
2.6. Ameliyat Sonrası Ağrı ve Anksiyeteyi Önlemeye Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları.....	13
2.7. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar	14
2.8. Postoperatif Hemşirelik Bakımı.....	17
3. GEREÇ YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Şekli.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	20
3.4. Verilerin Toplanması.....	21
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ	53
7. ÖNERİLER	55
KAYNAKLAR	57
EKLER	65

TABLULAR

Tablo 1. Bireylerin, Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	23
Tablo 2. Bireylerin, Kaç Kez Hastanede Yatarak Tedavi Olduklarının Dağılımı....	24
Tablo 3. Bireylerin, Daha Önce Ameliyat Olup Olmamlarına Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4. Bireylerin, Daha Önceki Operasyon Tecrübelerine Göre Dağılımı.....	25
Tablo 5. Bireylerin, Tanılarına Göre Dağılımı.....	26
Tablo 6. Bireylerin, Ameliyat Esnasında Uygulanan Anestezi Türüne Göre Dağılımı.....	26
Tablo 7. Bireylerin ,Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Gaz-Gaita Çıkarma Zamanlarına Göre Dağılımı	27
Tablo 8. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarına Göre Dağılımı.....	27
Tablo 9. Bireylerin, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Oluşabilecek Komplikasyonlar Hakkında Bilgilendirilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	27
Tablo10. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Ayağa Kalkma Zamanına Göre Dağılımı.....	28
Tablo11. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Erken Ambulasyon Süresine Göre Dağılımı.....	29
Tablo12. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Dönemde Ayağa Kalkma Sıklığına Göre Dağılımı.....	29
Tablo13. Bireylerin, Ambulasyonu Kiminle Birlikte Uyguladığına Göre Dağılımı.....	30
Tablo14. Bireylere, Ameliyat Sonrası Erken Ambulasyonu Önerenin Kim Olduğuna Göre Dağılımı.....	30
Tablo15. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Ambulasyon Sonucunda Gaz- Gaita Çıkarıp Çıkarılmadıklarına Göre Dağılımı.....	31
Tablo16. Bireylerin, Erken Ambulasyon Süresinin 24 Saati Aşma Nedenine Göre Dağılımı.....	31
Tablo17. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Kabızlık Şikayetine Göre Dağılımı.....	32
Tablo18. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Hastanede Kalış Sürelerine Göre Dağılımı.....	32
Tablo 19. Taniya Göre, İlk Gaz-Gaita Çıkış Gününün Dağılımı.....	33

Tablo 20. Bireylere Ameliyat Esnasında Uygulanan Anestezi Türünün, İlk Gaz - Gaita Çıkış Gününe Etkisinin Karşılaştırılması.....	33
Tablo 21. Bireylere Ait Yaş Grupları İle İlk Gaz-Gaita Çıkış Gününün Karşılaştırılması.....	34
Tablo 22. Bireylere Ait Yaş Grupları İle Bağırsak Fonksiyonlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 23. Yaş Gruplarına Göre İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması....	36
Tablo 24. Bireylere Ait Yaş Grupları İle Ayağa Kalkma Sıklığının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 25. Bireylere Ait Yaş Grupları İle Bireylerin Hastanede Kalış Sürelerinin Karşılaştırılması.....	37
Tablo 26. Bireylerin Cinsiyetleri İle Bağırsak Fonksiyonlarının Karşılaştırılması....	38
Tablo 27. Bireylerin Cinsiyetleri İle Ameliyat Sonrasında İlk Ayağa Kalkma Zamanlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 28. Bireylerin Cinsiyetleri İle Kabızlık Şikayetlerinin Karşılaştırılması	38
Tablo 29. Bireylerin Ayağa Kalkma Sıklığı İle Bağırsak Fonksiyonlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 30. Bireylerin Ayağa Kalkma Sıklığı İle İlk Ayağa Kalkma Zamanın Karşılaştırılması.....	40
Tablo 31. Bireylerin Ayağa Kalkma Sıklığı İle İlk Gaz-Gaita Çıkış Gününün Karşılaştırılması.....	40
Tablo 32. Bireylerin Tanıları İle İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması....	41
Tablo 33. Bireylerin Komplikasyon Bilgisi İle Ameliyat Sonrası İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 34. Bireylerin, İlk Ayağa Kalkma Zamanı, Hastanede Kalış Süresi, Bağırsak Sesleri, İlk Gaz-Gaita Çıkarma Zamanlarının Korelasyon Dağılımı.....	43

ÖZET

Batın Ameliyatı Geçiren Hastalarda Erken Ambulasyonun Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi.

Ambulasyon; ayağa kalkma; yürüme, dolaşma; özellikle ameliyattan sonra hastanın ayağa kalkıp dolaşmasıdır. Erken ambulasyon ise hastaların normal uygulamalara göre daha erken mobilizasyonun yapıp hastanede kalış süresini kısaltmak olarak tanımlanabilir. Ameliyat sırasında ve iyileşme dönemindeki hareketsizlik, anestezi ve analjezikler ameliyat sonrasında komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir. Ameliyat sonrasında uygulanan erken ambulasyonla daha az komplikasyon geliştiği, bağırsak fonksiyonlarının daha çabuk normale döndüğü ve hastaların hastanede kalış sürelerinin kıaldığı görülmüştür.

Bu araştırma batın ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat sonrası dönemde uygulanan erken ambulasyonun bağırsak fonksiyonlarına etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini Denizli Devlet Hastanesi ve Pamukkale Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Genel Cerrahi ve Kadın Doğum Kliniklerine elektif cerrahi kapsamında batın ameliyatı olmak üzere yatan toplam 106 hasta oluşturmaktadır. Çalışma grubuna laparoskopik kolesistektomi (n=50) ve sezaryen (n=56) ameliyatı geçiren hastalar alınmıştır.

Veriler anket tekniği ile Mart 2004- Nisan 2005 tarihleri arasında toplanmıştır. Anket formu ile hastaların sosyodemografik özellikleri belirlenip, ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde bağırsak fonksiyonları, erken ambulasyon durumları ile hastanede kalış süreleri arasında bir ilişki olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 10.0 Version (Statistical Package For Social Scientists) programı kullanılmıştır. Veriler yüzdeler, ki-kare önemlilik testi ve korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda, ameliyat sonrası erken ayağa kalkan hastalarda anestezi nedeniyle etkilenen bağırsak fonksiyonlarının daha çabuk normale döndüğünü, ambulasyon sıklığının gaz-gaita çıkarmada etkili olduğunu ve hastanede kalış sürelerinin daha kıaldığını tespit ettik. Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin, hastaların

ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kalkmaları için bilgilendirmesi, desteklemesi ve sık ambulasyonunun sağlanmasında rolünün önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Batın ameliyatları, erken ambulasyon, bağırsak fonksiyonları.

SUMMARY

Evaluation of the effects of early ambulation on functions of intestine in patients who had been operated on abdomen.

The inactivity, anesthesia and analgesics in the period of recovering and during the operation can cause the complications to improve after the operation. Ambulation is means of walking, especially the patient walked after surgery. Early ambulation; procedure charectize by a shorter period of hospitalization or by more rapid mobilization than is normally practised.

This research aims to evaluate the effects of early ambulation on functions of intestine in patients who had been operated on abdomen during the post operational period. The study was planned as a definition one.

The sample group of the study is consist of 106 elective surgery patients who had been come to General Surgery and Woman and Birth Clinics of Denizli State Hospital and Pamukkale University Research Hospital. The patients who had been applied laparoscopic cholecystectomy (n=50) and cesarean (n=56) had been included in the sample group. The data had been collected by poll between March 2004 and April 2005. By the poll form, socio demographic properties of the patients were determined; it had been examined that there had been a relation between the staying time in the hospital and intestinal functions in the first 24 hours after operation, early ambulation.

SPSS Version (Statistical Package for Social Scientists) program was used for evaluation of the data. The data were evaluated by percentage, chi square importance test and correlation analyses.

According to the findings in this study, it was determined that intestinal functions had been normalized more quickly in the patients who had got out of bed early after operation and ambulation frequency had been effective on breaking wind and defecation. And it was determined that staying time in hospital of the patients whose earl ambulation had been achieved was shorter. In addition to this, we can say that in our studies, the nurses have an important role in acknowledging the patients o early recovering, supportig and supplying ambulations many times after operations.

Keywords: Abdomen operations, early ambulation, intestinal functions.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, “ sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik ve denge halidir ” şeklinde tanımlamaktadır (1). Gerçekte sağlık, tüm insanlar için; fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimlerin bir bileşimidir. Ayrıca bu öğelerin her biri birbirini ile dinamik ilişkide ve değişebilen süreçtedir. İnsanın temel gereksinimleri yeterince karşılandığında bu süreçler denge durumundadır ve bu da bireyin sağlıklı olduğunun bir göstergesidir (2-4). Homeostatik dengenin devamlılığı bozulunca, kişi çevresindeki değişiklikler ile baş edemez hale gelir ki, bu da “hastalık” durumudur. Hastalık, anormal bir durum olup; bireyin fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını daha önceki durumuna göre azaltır ya da iyice tüketir (5).

Hastalanma ve hastaneye yatma, ameliyat olma gibi durumlar insanın yaşamında büyük önem taşıyan olaylardır. Bireyi ve yakınlarını birçok yönden etkileyen bu gibi olaylar, bireyin yaşamında güç ve sıkıntılı dönemler oluşturmaktadır (6,7).

Cerrahi girişim, bireyde doğrudan fiziksel tehdit altında hissetme ve bir yaşam krizine neden olur. Bu durum cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riski, ağrıdan korkma, beden üzerinde denetimini kaybedeceği, özürlü olacağı ve çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri, cinsel yeterliliğini kayıp korkusu gibi şekillerde gelişir (7,8). Ayrıca; hasta, yakınmalarının giderilip giderilemeyeceği, beslenme ve boşaltım gibi gereksinimlerinin karşılanıp karşılanamayacağı gibi, sorunları biriyle paylaşıp paylaşamayacağı konusunda da kaygılanır. Dolayısı ile hasta, bakımı için sağlık çalışanlarına, çevresindeki insanlara ihtiyaç duyar (8-10).

Günümüzde hemşirelerin bakım ve tedavinin yanı sıra eğitici rolünün önemi bilinen bir gerçektir. Ameliyat öncesi dönemde hastadaki bilgi yetersizliği, yalnızca psikolojik değil aynı zamanda fizyolojik olarak da istenmeyen etkilere neden olabilmektedir. Ameliyat öncesi dönemde hem psikolojik hem de fizyolojik nedenler hastalarda stres tepkisinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Strese yanıt cerrahi hastalarında istenen bir mekanizma olmakla birlikte, stressörler veya strese yanıt aşırı olursa ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski artabilmektedir (11,12). Bunun dışında, bilgisizliğin neden olduğu korku, kaygı ve anksiyete, ameliyat sonrası ağrıyı şiddetlendirerek ağrı kesicilere olan gereksinimi de arttırmaktadır. Ameliyat sonrası

şiddetli ağrı, aynı zamanda hastada derin solunum, öksürük egzersizlerini, yatakta dönme ve ayağa kalkmada isteksizlik oluşturabilmektedir (11-14). Ayrıca cerrahi yarannın bizzat kendisi, ameliyat sırasında ve iyileşme dönemindeki hareketsizlik (İmmobilizasyon), hareket kısıtlaması, anestezi ve analjezikler ameliyat sonrası komplikasyonların gelişme nedenleri arasında yer almaktadır (2,15-17). Ameliyat sonrası dönemde komplikasyonlar geliştiğinde tedavi edilmeleri güçtür. Genellikle bir komplikasyon diğer bir komplikasyonu da beraberinde getirir. Sonuç olarak; komplikasyonlar hastanın hastanede kalış süresini uzatır ve maddi kayıplara neden olur (15,16).

Ameliyat öncesi ve sonrası sistemli hemşirelik bakımı komplikasyonların erken dönemde önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ameliyat sonrası ağrı yönetimi ve kontrolü, derin solunum egzersizleri ve erken ambulasyon ile desteklenen hastalarda daha az komplikasyon gelişmektedir (18). Erken ambulasyon; hastaların normal uygulamalara göre daha erken mobilizasyonun yapılp hastanede kalış süresini kısaltmak olarak tanımlanabilir (26).

Ameliyat sonrası mobilize olma, anestezi nedeniyle etkilenen mide ve bağırsakların eski çalışma düzenine geçişinin daha çabuk olmasını sağlar. Bu nedenle ameliyat sonrası hastaların erken dönemde ayağa kaldırılmaları büyük önem taşımaktadır. Birçok hasta ameliyat gününde ayağa kaldırılabilir. Erken ambule olamayan şok, ciddi enfeksiyon, kardiyak yetmezlik gibi kronik ve hareketi zorlaştırıcı hastalığı olan hastalara da yatak içi hareketler gösterilmelidir. Hastaların hareketli olmaları iyileşme sürecini hızlandırır, derin ven trombozu insidansını ve respiratuvar komplikasyonları azaltır. Aynı zamanda gıda isteklerini artırır (18).

Yapılan çalışmalar, ameliyat öncesi ve sonrası sistemli hemşirelik bakımı ile komplikasyonların büyük ölçüde azaldığını ve hastanın hastanede kalış süresinin kısaldığını göstermektedir (19-21). Kocaman ve arkadaşlarının bu konuda yaptığı bir çalışmada, ameliyat sonrası hastanın gereksinimine göre istenilen düzeyde bakım verilen hasta grubunda ameliyat sonrası komplikasyon görülme oranı % 40.9 istenilen düzeyde bakım verilmeyen grupta ise % 75.0 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada, komplikasyon gelişme oranı yüksek olan grubun, düşük olan gruba göre 1.7 gün daha fazla hastanede yattıkları belirlenmiştir (20).

Bu çalışmalar doğrultusunda erken ambulasyonun oluşabilecek komplikasyonları önlemede hemşirelik bakımında önemli bir yeri olduğu ve sağlık

personelinin ameliyat sonrası dönemde, hastaları erken ambulasyon konusunda desteklemeleri yararlı olacaktır.

Sonuç olarak; çalışmamız ameliyat sonrası dönemde erken ambulasyonun bağırsak fonksiyonlarına, ambulasyon sıklığının gaz-gaita çıkarmaya ve hastanede kalış süresine etkisi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Yapılan çalışmalar, ameliyat öncesi ve sonrası sistemli hemşirelik bakımı ile komplikasyonların büyük ölçüde azaldığını ve hastanın hastanede kalış süresinin kısaldığını göstermektedir (19-21). Hastalar açısından ameliyat ve ameliyat sonrası dönemde yaşayacakları ağrı, belli bir süre hareketlerinin kısıtlanması, beslenme konusunda yaşayacakları kısıtlılıklar postoperatif dönemde birtakım komplikasyonlara neden olabilmektedir. Dolayısıyla hemşirelik bakımının önemli bir rolü olarak, preoperatif dönemde uygulanacak etkili bir eğitim ve psikolojik destekle hastaların anksiyeteleri azalmakta, postoperatif dönemde erken ambulasyonla kendi bakımlarına katılımları artmakta, ağrı kesiciye olan gereksinimleri azalmaktadır. Bu nedenle erken ambulasyon, hastaların iyileşme sürecini hızlandırıp daha erken dönemde taburcu olmalarını ve daha kısa sürede günlük yaşantılarına dönmelerini sağlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Erken Ambulasyonun Tanımı ve Tarihçesi

Ambulasyon; ayağa kalkma; yürüme, dolaşma; özellikle ameliyattan sonra hastanın ayağa kalkıp dolaşması olarak tanımlanmıştır (22,25). Literatürde mobilizasyon kelimesi de ambulasyon kelimesiyle eş anlamda kullanılmaktadır.

Mobilize; hareketli, devingen anlamında, mobilize etmek harekete geçirmek anlamında kullanılmaktadır. Mobilizasyon ise; hareket yeteneğini kaybetmiş bir organ veya oluşuma hareket yeteneği kazandırmak anlamını taşımaktadır (23-25).

Erken ambulasyon; yatan hastaların normal uygulamalara göre daha çabuk mobilizasyonun yapılıp kısa süre hastanede kalmasını sağlamak olarak tanımlanmıştır (26).

1940'lı yıllarda hemşirelik eğitimi önem kazanmış ve hastaların gereksinimlerine yönelik bakım verebilme yeteneğine sahip hemşirelerin yetiştirilmesi amaçlanmıştır. Ek olarak, sağlık hizmetlerinde araştırmaların sayısı ve bilgi birikimi artmış, hastalar tıbbi bakım almaya hak olarak görmeye, hemşireler ise hasta öğretiminde aktif rol almaya başlamışlardır. Bu dönemde, cerrahi hastaları için derin solunum, öksürük, yatakta bir yandan diğerine dönme ve bacak egzersizleri gündeme getirilmiştir (19,27). Sonraki dönemde ise, ameliyat sonrası hastalarda erken ambulasyonun önemi belirtilmiştir (19,27). Erken ambulasyon, hemşirelerin görüşlerini hastanın enerjisini korumak için hasta adına herşeyi yapma yerine, onları kendi bakım sorumluluklarını almaya teşvik etme yönünde değiştirmiştir (19).

1960 ve 1970'lerde ameliyat öncesi öğretim, ameliyat öncesi hazırlığın vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Bireysel gereksinimlere büyük önem verilmiş ve ilk kez planlanmış ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası iyileşme üzerindeki olumlu etkileri Healy, Lindeman ve Van Aernam tarafından belirlenmiştir. Healy, ameliyat öncesi hasta ve ailesine cerrahi işlemle ilgili bilgi verip, derin solunum, öksürük, erken ayağa kalkma ve bacak egzersizlerini öğrettiği hastalarda ameliyat sonrası daha az komplikasyon görüldüğünü ve beklenenden daha erken taburcu olduğunu bildirmiştir (15,19,27,28). Bu şekilde 1970'li yıllarda temelleri atılan erken ambulasyon kavramı günümüze kadar etkinliğini korumuştur.

Günümüzde cerrahi ve dahili birimlerde yaygın olarak kullanılan erken ambulasyon, uygulama sürecinde farklılık gösterse de aynı amaç doğrultusunda kullanılmaktadır.

2.2. Erken Ambulasyonun Önemi

Ameliyat sonrası mobilize olma, anestezi nedeniyle etkilenen mide ve bağırsakların eski çalışma düzenine geçişinin daha çabuk olmasını sağlar. Bu da; ameliyat sonrası erken beslenmeye geçiş için önemlidir. Aynı zamanda bireyin kendini daha iyi hissetmesine de yardım etmektedir. Bu nedenle postoperatif dönemde hastaların erken dönemde ayağa kaldırılmaları büyük önem taşımaktadır. Birçok hasta ameliyat gününde ayağa kaldırılabilir. Ancak şok, ciddi enfeksiyon, kardiyak yetmezlik gibi kronik ve hareketi zorlaştırıcı hastalığı olanlarda yatak içi hareketler gösterilmelidir (18).

Bireyin hareketli olması iyileşme sürecini hızlandırır, derin ven trombozu insidansını ve respiratuvar komplikasyonları azaltır. Aynı zamanda erken taburcu olmasına ve günlük yaşantısına dönmesine yardımcı olmaktadır (18).

2.3. Erken Ambulasyon Uygulaması

Ameliyat sonrası yataktan kalkma ve yürümeye geçmeden önce bireyin, yaşam bulguları değerlendirilerek durumunun uygunluğu kontrol edilir.

Birey yataktan kaldırılırken; karyola başının yükseltilmesi, yatağın yanında kenarlıklar varsa indirilmesi, yatağın tekerlekleri varsa kilitlemesi, ayağa kalkarken yatağın kaymaması, dengenin korunması için gereklidir (30-32).

Hastanın ilk defa ayağa kaldırılmasının kademeli olarak yapılması ortostatik hipotansiyonu önlemek bakımından önemlidir. Hastayı yataktan kaldırmadan önce bacaklarına elastik bir bandajın sarılması, bacak venlerinin vazokonstriksiyona geçmesini destekler. Sonra, hasta bir süre yatak içinde daha sonra yatak kenarında bacakları aşağı sarkıtılarak oturtulur. Bu arada hastanın yaşam bulgularının da kontrol edilmesi gerekir. Daha sonra hasta, yatağın yanındaki bir sandalyeye oturtulur ve hastanın yaşam bulguları tekrar değerlendirilir. Hasta kendini iyi hissediyorsa bir süre dolaştırılır (30).

İlk kez yataktan kalkarken baş dönmesi olabilir (ki bu ortostatik hipotansiyonun belirtilerinden biridir). Bu durumda hastanın yataktan kalkışı ertelenerek tekrar

yatağına yatması sağlanır. Bir sonraki mobilizasyon uygulamasında baş dönmesi sorunu daha az yaşanmaktadır.

Ameliyattan sonra kan dolaşımını arttırmak için hasta, yatak içi ayak-bacak egzersizlerini yapabilir. Ağrı kesici ilacın 30 dakika önce alınması hastanın hareketlerini rahat yapmasını sağlamaktadır (31-33).

Birey, kendini iyi hissettiğinde ve baş dönmesi yok ise; hemşire gözetiminde ayağa kalkıp oda girişine kadar yürüyebilir, lavaboda elini yüzünü yıkayabilir ve tuvalete gidebilir (34,35).

2.4. Ameliyat Sonrası Ağrı

Ağrı, tüm insanların yaşamları süresince birçok kez yaşadıkları, subjektif bir deneyimdir. Cerrahi girişimler bireylerin ağrı yaşamasına neden olan deneyimlerden biridir (36,37). Ameliyat sonrasında salgılanan kimyasal maddelerin sinir uçlarını uyarması ya da basınç, kas spazmı ve ödem gibi doku kanlanmasının bozulmasına bağlı olarak iskemi nedeni ile oluşan ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sonlanan akut bir durumdur. Ameliyat sonrası enfeksiyon, distansiyon, insizyon bölgesinde kas spazmı, sıkı pansuman vb. uygulamalar cerrahi hastasında ağrıyı arttırıcı faktörler olarak sıralanmaktadır. Ayrıca hastanın fiziksel, psikolojik, emosyonel, motivasyonel ve kişilik özelliklerinin ameliyat sonrası ağrının insidans ve şiddetini etkilediği belirtilmektedir (37-41).

2.4.1. Ameliyat Sonrası Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi

Endokrin Sistem: Ameliyat sonrası ağrı; deri, kas, ligament ve iç organlarda bulunan nosiseptörlerin stimülasyonu ile endokrin ve metabolik sistemde bazı değişikliklere yol açmaktadır. Endokrin sistemdeki katabolik hormon (antidiüretik hormon, aldesteron, adenokortikotrop hormon, tiroid hormon ve bazı seks hormonları) sekresyonu arttırmakta, anabolik hormon (insülin, testesteron) sekresyonu ise azalmaktadır. “Stres yanıt” organizmada koruyucu bir mekanizma olmakla birlikte, sürekli olduğunda hastanın iyileşmesi gecikmektedir. Cerrahi girişimin tipi, doku hasar derecesi, anestezinin süresi kadar yüksek doz opioidler ile kombine edilmiş anestezinin, strese yanıtı, kan opioid düzeyindeki azalma sona erene kadar engellediği belirlenmiştir. Diğer taraftan ağrıya refleks yanıtın sonucu

metabolik olaylara bağlı olarak; serotonin, prostaglandin, P maddesi gibi mediyatörler [(primer afferent ve spinal kord nöronlarının sinapslarında ve sinapsları arasında iletişim görevi yapan nöronlar (nörotransmitterler ve nöromodülatör)] strese yanıtı arttırmaktadır. Otonom sinir sisteminin sempatik sinir sistemini uyarması ile bulantı, bol terleme, tansiyon arteriyelde düşme, kas tonüsü azalması gibi refleks yanıt oluşmaktadır. Ağrı devam ettiğinde parasempatik sinir sistemi ile adrenalin salınımının artması, kaslarda gerginlik, kalp atım hızı, tansiyon arteriyelde ve solunumda artma, pupil dilatasyonu, terleme, kan glikoz ve lipid düzeyinde artma, emezis, diyare ya da konstipasyon görülmektedir (42,43).

Solunum Sistemi: Özellikle toraks ve batin ameliyatı sonrası ağrı nedeni ile vital kapasite, fonksiyonel rezidüel kapasite ve alveoller ventilasyonun azalmasına bağlı olarak derin nefes alma ve öksürüğün kısıtlanması, sekresyon birikimine ve bunun sonucu akciğer komplikasyonlarına (hipoksi, atelettazi gibi) neden olabilir (42).

Kardiyovasküler Sistem: Ağrının oluşturduğu sempatik sinir sistemi aktivitesinin artmasına bağlı olarak kardiyak atım hızı ve oksijen tüketiminde artış olur (37,42,44).

İskelet ve Kas Sistemi: İnsizyon nedeniyle ve sempatik aktivitenin artması sonucu periferik nosiseptör duyarlılığının da artmasına bağlı olarak kas spazmı-ağrı kısır döngüsü ortaya çıkar (37,44).

Gastrointestinal Sistem: Ağrıya bağlı olarak gastrointestinal fonksiyon artması ve intestinal tonüs azalması ve gastrik geçişin yavaşlamasına bağlı olarak bazı etkilere yol açar (bulantı, kusma, abdominal distansiyon, aspirasyon riski ve gastrik ülserasyon gibi) (37,44).

Üriner Sistem: Ağrı üriner sistemde de atoni ve üriner retansiyon gibi etkilere yol açabilir (37,44).

Ameliyat sonrası ağrı kontrolü IV premedikasyonla, opioid analjezikle ve opioid içeren anestezi ilaçları ile sağlanır. Bu şekilde uygulanan analjezi ile, ağrı belirgin ölçüde azalır, aktivitelerine kısa sürede döner, hastanın taburcu olma süresi kısalmır ve iyileşme potansiyeli artar. Bununla birlikte; bulantı, kusma ve uykuya eğilim artması gibi problemleri en aza indirmek için etkili olan en düşük doz uygulanmalıdır. Anestezinin aşırı sedasyon yapması uygun ilaç ve doz seçimiyle yapılır. İlk 24 saatte opioidler ile analjezi sağlanır. Opioidlerin kullanımının; sedasyon, solunum depresyonu, ürtiker, üriner retansiyon, bulantı-kusma, hipotansiyon, kabızlık gibi yan etkileri vardır. Bu nedenle bireylere uygulanan anestezi şekli ve türüne göre nonsteroid analjezikler (NSA) tercih edilmektedir. NSA' de dispepsi, bulantı, gastrit, mide yanması, baş ağrısı ve ödem gibi yan etkiler görülebilir (33,45,46).

IV anestetikler ağrı geçene kadar 5 dakika aralarla verilebilir. Ameliyat yerindeki 24-72 saatteki ödem ve inflamasyona bağlı ağrı için Nonsteroid Antienflamatuvar Analjezikler (NSAİA) daha etkilidir. Ağrının kontrol altına alınmasında Hasta Kontrollü Analjezi yöntemi de kullanılmaktadır (46).

Ameliyat sonrası mide ve bağırsakların etkilenmesine ve gaz sancısına bağlı yaşanan abdominal hassasiyet erken ve sık mobilizasyon ile giderilebilir. Ağrının stres, gerginlik, ani hareket, uygun olmayan yatış ya da oturma şekillerinden etkilendiğinin de unutulmaması gerekmektedir (33,45).

2.5. Cerrahi Hastalar ve Anksiyete

Ameliyat öncesi dönemde hastada anksiyetenin varlığı kaçınılmaz bir gerçektir. Cerrahi girişim, hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Hastalar sorunlarının dinlenmesini ve tam olarak anlaşılmasını beklerler. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi dönemde psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir. Hastanın anksiyete düzeyi hastanın niteliğine, hastalığın ilerleyici olmasına, ameliyatın şekline, girişim yapılacak organa ve vücut yapısında istenmedik değişikliklere, hareket kısıtlılığına ve ameliyat sonrası yaşam kalitesine göre değişim göstermektedir (48-51).

Swindale'in belirttiğine göre Orem ve King hastanın anksiyetesini ve bilgi ihtiyacını saptamaya yönelik hemşirelik bakım modeli geliştirmişlerdir. Bu

kuramcılar hemşirenin hastaya ameliyat öncesi dönemde bilgi vermeyi planlarken, hastanın anksiyete ile başetme yöntemlerini; hastalığı kabul düzeyini; cerrahiye, hastaneye ve anesteziye ilişkin önceki deneyimlerini; ameliyat öncesi ve sonrası bilgi seviyelerini; korkularını ifade edebilmesini; ailenin hastalığa bakış açısını; iş düzenindeki değişimi ve beden imajına yönelik değişimleri göz önüne alması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca Orem ve King yeme, içme, bağırsak, mesane alışkanlıklarının, uyku ve iş düzeninin, yaşam döngüsünün ve stres verici olaylarla baş edebilme yeteneklerinin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bu doğrultuda bakım verilmesi; her hastanın bir bütün olarak ele alınmasını ve dolayısıyla anksiyetenin azalmasını sağlayacaktır (28).

Ancak ameliyat sonrası da hastalarda anksiyeteye bağlı etyolojisi kesin olarak bilinmeyen psikozlar ortaya çıkmaktadır. Ameliyat sonrası ağrı, hastalığı kabullenmek zorunda kalma, kaybedilen organların üzüntüsü, mastektomi, kolostomi veya trakeostomi gibi yeni ortaya çıkmış değişikliklerin etkisi bazı hastalarda değişik psikozlara yol açmaktadır.

Depresyon, uyku bozuklukları, kendi bakımına katılmama, ağrının artması, fazla analjezik ilaç alma ve aktivitelerde artma, konfüzyon, hallüsinasyon gibi değişikliklere rastlanabilmektedir. Bazen hastada strese bağlı olarak gastrointestinal fonksiyon bozukluğu ve kardiyovasküler sorunlar gelişebilmektedir.

Bu durumda yapılması gereken yeterli psikolojik destek sağlanmasıdır. Hemşire hasta ve yakınları ile görüşerek ameliyatın neden olduğu değişiklikleri ve bu değişikliklerin hastayı ve yakınlarını nasıl etkileyeceğini tartışmalıdır. Hastanın kendini ifade etmesi için gerekli ortam hazırlanmalıdır. Yakınlarının desteği alınmalı gerekli durumlarda hasta yakınlarına da psikolojik destek sağlanmalıdır. Şiddetli emosyonel bozukluk görülen hastalarda cerrah tarafından psikiyatrik konsültasyon istenebilmektedir (8,52,53).

2.6. Postoperatif Ağrı ve Anksiyeteye Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Ameliyat sonrası ağrının sıklığı, şiddeti, süresi; ameliyat öncesi ve sonrası uygun cerrahi ve psikolojik destek ile azaltılabilir. En belirgin ve etkili yöntemlerden biri, ameliyat sonrası ağrının başlıca psikolojik komponenti olan anksiyetenin giderilmesidir. Cerrahlar, anestezi uzmanları ve hemşireler hastaları bilgilendirerek

belirsizliği ve buna bağlı anksiyeteyi azaltabilir (56). Anksiyete yaşayan hastaya hemşirelik yaklaşımları şunları içermektedir:

- Hemşireler ameliyat öncesi dönemde bakım planı hazırlarken hastanın anksiyete düzeyini değerlendirmelidir.
- Hastaya ameliyat öncesinde ve sonrasında yaşanan aksiyetenin normal olduğu söylenmeli ve korkularını paylaşması için cesaretlendirilmelidir. Ayrıca hasta daha önce aynı ameliyatı olan hastalarla tanıştırmalı ve iyi sonuçlar gösterilmelidir.
- Klinik ortamda bulunan hasta, yaşadığı yer, aile ve diğer sosyal ilişkilerden uzaklaştığı için hastanın anksiyetesini azaltmaya yönelik yakınlarından destek alınmalıdır.
- Hastanın anksiyetesini tanınmasına yardım edilmeli (anksiyetenin düzeyi ve anksiyetenin nedenleri gibi) ve anksiyetesi ile baş etme yöntemleri tespit edilmelidir (Günlük yaşantısında ya da hastalık anında nasıl davrandığı, neler yaparak rahatladığı vs.) (47,54,55).

Pek çok çalışmada; hastaya ameliyattan önce yeterli bilgi verilmiş ve soruları dikkatlice yanıtlanmış ise hasta için belirsizliğin kaybolduğu veya azaldığı görülmüştür. Dolayısıyla hasta daha az ağrı ve sıkıntı hissetmektedir. Örneğin bir çalışmada; bir grup ameliyat olacak hastaya hem yapılacak cerrahi girişim ve neler hissedecekleri konusunda bilgi hem de ameliyat sonrası dönemde gevşemeyi sağlayacak derin soluma egzersizleri ve vücut hareketlerini anlatmışlar ve sonuçları, sadece talimatların verildiği bir grup hastayla karşılaştırdıklarında, kombine bilgi alan grubun ameliyat ertesinde daha az analjeziye gereksinim duyduğunu ve daha erken taburcu olduğunu görmüşlerdir.

Hekimler analjezi yöntemlerini başlatsalar da, hemşireler; postop hastanın tedavi sürecinin bir bölümü olarak, önerilen herhangi bir yöntemin uygulanmasında ön plandadırlar. Ağrının değerlendirilmesi ve tedavisindeki bu merkezi rol ve sorumluluğu sonucunda hemşirenin ağrı mekanizmalarını ve teorilerini, ağrının epidemiyolojisini, sıkça karşılaşılan ağrı sendromlarını, hastanın ağrıyı algılama ve yanıtını etkileyen değişkenleri, klinik ağrı değerlendirmesinde geçerli ve güvenilir yöntemleri ve ağrının dindirilmesinde mevcut çeşitli yöntemleri bilmesi beklenir. Bu nedenle hemşirenin ameliyat öncesinde hastaya ağrı ve anksiyeteyle baş etme tekniklerini öğretmesi ve ameliyat sonrasında da hastayı bu konuda cesaretlendirmesi

faydalı olacaktır. Kullanılan nonfarmakolojik teknikler arasında uzağa/yukarı bakma, solunum kontrolü, yavaş ve pozitif düşünme, mümkünse sesli olarak kendine emir verme, gevşeme egzersizleri, hayal kurma ve masaj gibi yöntemler sayılabilir. Ayrıca anksiyeteyi azaltacak müzikterapi ve aromaterapi gibi alternatif yöntemler de uygulanabilir (47,56).

2.7. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar

Ameliyattan sonra en sık görülen komplikasyonlar; atelektazi, alt ekstremitelerde derin ven trombozu, paralitik ileus, konstipasyon, üriner retansiyon ve üriner enfeksiyondur (2,3,16,17,19).

Cerrahi kliniklerinde, özellikle ameliyat sonrası erken dönemde gelişen solunum komplikasyonları mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde etkilemektedir. Ameliyat sonrası solunum komplikasyonlarının gelişme oranı ameliyat alanına bağlı olarak % 0.1-80 arasında bildirilmektedir (29,47). Konuyla ilgili uzmanlar özellikle üst karın ameliyatlarında insizyonel ağrının derin solunum ve öksürmeyi kısıtladığını, yardımcı solunum kaslarının fonksiyonlarını azalttığını derin solunum kaybına neden olduğunu, vital kapasitede % 25-70 oranında azalmaya yol açtığını ve sonuçta atelektaziye neden olduğunu vurgulamaktadırlar (19,47). Kurzweg, atelektazinin görülme sıklığını üst karın ameliyatlarından sonra % 20-30, alt karın ameliyatlarından sonra % 10-20 ve diğer tüm cerrahi işlemlerden sonra % 2.5-3 olarak belirtmektedir (Kurzweg, aktaran Schwartz) (29, 15,19).

Ameliyatın tipinin yanı sıra ameliyatın süresi, ameliyat tekniği, ameliyat işleminin büyüklüğü (majör veya minör) ve hastanın yaşı, genel sağlık durumu gibi faktörler atelektazi gelişiminde daha etkili olabilmektedir. Ayrıca ameliyat sırasında verilen anestezi, hava yollarını temizleyen siliaları ve öksürük refleksinin baskılayarak hava yollarında balgam (sekresyon) birikimine neden olmaktadır. Ameliyattan sonra yatak istirahati, narkotikler, göğüs duvarı ve diyafragma hareketinin azalmasına neden olabilen kesi yeri ağrısı, ileus ve / veya diyafragmayı yükselten karın distansiyonu, öksürük yeteneğinde azalma ve yorgunluk gibi soluk alıp vermeyi sınırlandıran klinik durumlar da balgam retansiyonuna olan eğilimi arttırarak ameliyat sonrası atelektazi gelişimine neden olabilmektedir (19).

Ameliyat sonrası görülebilen atelektazi, derin soluk alma, öksürme, yatakta pozisyon değiştirme ve erken ayağa kalkma gibi basit uygulamalarla önlenbilir.

Atelektazinin önlenmesi için diğer girişimler, solunumu deprese eden ilaçların az kullanımını ve solunumu sınırlandıran ağrının önlenmesidir (19).

Ameliyat sonrası erken dönemde (ilk 6-8 saat) görülebilen bir diğer komplikasyon üriner retansiyondur. Üriner retansiyon ameliyat sonrası dönemde mesanenin dolu olmasına karşın idrar yapamamadır. Üriner retansiyon, daha önceden üriner yakınmaları olmayan hastalarda ameliyat sonrası dönemde görülen genel bir komplikasyondur (19,58,59).

Ameliyat sonrası üriner retansiyonunun meydana gelmesinde birden çok faktörün rol oynadığına inanılmaktadır. Bu faktörler arasında yaş, genel hazırlayıcı bir faktör olarak kabul edilmektedir. Yaşlı bireylerin özellikle hareketsizlik, dehidratasyon, nörolojik sistem fonksiyon bütünlüğünün kaybı, prostat hipertrofisi, uterus prolapsusu, mesane iskemisi ve üriner sistem infeksiyonları gibi nedenlerden dolayı üriner retansiyona daha yatkın oldukları düşünülmektedir (59).

Yukarıda bahsedilen nedenlerin yanında, uzun süreli cerrahi işlemler ve cerrahi işlemlerin yapıldığı alan, ameliyat sonrası üriner retansiyona neden olabilmektedir. İdrar retansiyonunun özellikle karın ön duvarı ve anorektal bölge ameliyatlarından sonra sık görüldüğü bildirilmektedir (19).

Ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan idrar retansiyonunun tedavisinde çeşitli yöntemler denenmiştir. Bunların başında hastaların erken dönemde hareketlendirilmesi gelmektedir. Buna ek olarak sıcak banyo, suprapubik sıcak uygulama, analjezi, akan su sesi dinletme ve miksiyon pozisyonu etkili yöntemler olarak sayılmaktadır. Tüm noninvazif yöntemlerin kullanılması ile miksiyon sağlanamazsa infeksiyon riski taşımaya rağmen kataterizasyon önerilmektedir (3,11,19,59).

Ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan önemli komplikasyonlardan biri de çoğunlukla alt ekstremitte venlerindeki staz ve kanın pıhtılaşmasındaki değişmeye bağlı olarak ortaya çıkan derin ven trombozudur. Çeşitli çalışmalarda derin ven trombozunun görülme sıklığının % 25-50 olduğu belirtilmektedir (60,61).

Normal olarak kan dolaşımındaki kan-pıhtı aktivörleri arasında doğal bir denge vardır. İnhibitörler, kan dolaşımında uygun olmayan pıhtı oluşumunu önlemektedirler. Ancak Virchow's (1856) triadı olarak bilinen üç faktör dengeyi bozabilmektedir. Bu faktörlerden biri, damar endotelinin yaralanmasıdır (2,62,63). İkincisi venöz stazistir. Üçüncü faktör ise hiperkoagabiliteye yol açan pıhtı

anomalileridir. Virchow' s triadındaki her bir faktör derin ven trombozu için büyük tehlike göstermektedir (19,60,64).

Derin ven trombozu riski, yatak istirahatinin süresi ile doğru orantılı olarak artmaktadır. 60 yaşın üzerinde ve birkaç saat süren ameliyatlardan sonra risk daha da artabilmektedir. Derin ven trombozunun en önemli tehlikesi ölümcül olabilen pulmoner embolidir (19).

Ameliyat sonrası derin ven trombozunu önlemek için öncelikle venöz durgunluğun önlenmesi gerekmektedir. Venöz durgunluk, düzenli bacak egzersizleri, yatakta bir yandan diğer yana dönme ve erken ayağa kaldırma ile önlenabilir (19).

Bilindiği gibi karın bölgesinde uygulanan cerrahi girişim daima ameliyat sonrası ileus riski taşımaktadır. Ameliyattan sonra hastada paralitik ileus (bağırsak hareketlerinin durması); anestezi, ameliyat sırasında batın içindeki organların ellenilmesi, sıvı-elektrolit dengesizlikleri nedeniyle gelişebilir. Ayrıca, cerrahi girişim nedeni ile ortaya çıkan ağrının sempatik sinir sistemini aktive etmesi ve bu ağrıyı tedavi etmek için kullanılan narkotik analjezikler, gastrointestinal sistemin sekresyonlarını ve hareketini azaltmaktadır. Bu nedenle böyle hastalar hem ileus hem de kabızlık riski altındadırlar. Ayrıca hastanın beslenememesi, yatakta uzun süre hareketsiz kalması, dehidratasyon, lavman uygulanması, tuvalete gitme kolaylığının sağlanamaması ve yaşlılık bu komplikasyonları arttıran faktörlerdir (19,64). Bu durum hastada karında gerginlik, gaz ve gaita çıkaramama şeklinde ortaya çıkmaktadır. Kocaman, batın ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat sonrası dönemde konstipasyon görülme oranını % 47.2 olarak saptamıştır (20).

Kabızlık; kıvamı sert ve normalden daha az miktarda bir dışkıının,seyrek aralıklarla ve güçlkle çıkarılması durumudur (65-70). Sağlıklı insanların yaklaşık % 95'inde günde üç kez dışkılamadan haftada üç kez dışkılamaya kadar çok değişken sayılar olduğu için kabızlığın; dışkılamanın mutlak sayısından çok, bireyin önceki dışkılama alışkanlığından sapmalar yönünde değerlendirilmesi daha anlamlı olur. Ameliyat sonrası hastanın, yumuşak gıdalara başladıktan sonra 48 saat içinde gaita çıkaramaması kabızlık geliştiğini gösterir (71).

Kabızlığı Önlemeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri:

- Günlük sıvı alımı hasta için sakıncası yoksa en az 1500-2000 cc'ye çıkarılmalıdır. Ameliyat sonrası peristaltizm geriye döndüğünde bol sıvı ve düzenli

diyet uygulanmalıdır. Çünkü sıvılar; barsak içinden kolay geçerler, kolonun sıvı volümünü arttırlar (Sıcak içecekler ve meyve suları dışkıyı yumuşatır ve peristaltizmi arttırlar) (2-4,72).

- Hareketsizliğin bağırsak boşaltımına en önemli etkisi kabızlığa neden olmasıdır (73). Hareketsizlik, kolon hareketini deprese eder. Hareketli olma, düzenli fiziksel egzersiz ise peristaltizmi uyarır. Hasta yatak içerisinde hareketli tutulmalı, özellikle bacak egzersizleri olmak üzere aktif-pasif egzersizler yaptırılmalı ve ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kaldırılmalıdır (74,75).

- Kabızlığın önlenmesi için hemşire hastanın fizik muayenesini ameliyat sonrası düzenli olarak yapmalı ve hastanın bağırsak seslerini dinlemeli, karında gerginlik, hassasiyet gibi şikayetleri olup olmadığını ve gaz-gaita çıkarıp çıkarmadığını sorgulamalıdır.

2.8. Ameliyat Sonrası (Postoperatif) Hemşirelik Bakımı

Ameliyattan sonra hasta servisteki yatağına alındıktan sonra hemşire, hastanın genel durumunu belirlemek için: hastanın yaşam bulgularını ölçer, cilt rengi ve ısısını kontrol eder, bilinç durumunu değerlendirir; IV sıvı miktarını ve gidiş hızını kontrol eder; drenleri varsa drenaj miktarını ölçer; ameliyat yarasını ve pozisyonunun uygun olup olmadığını kontrol eder. Bundan sonra hemşire hastanın ameliyat notunu okur ve doktor istemini kontrol eder, istemde yer alan ilaç ve uygulamaları hemşire gözlem formuna kayıt eder (8).

Hastanın servise alınmasından taburcu oluncaya kadar geçen dönemdeki temel bakımın amacı, ameliyat nedeniyle bozulan homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesidir. Homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesi ise bedendeki tüm sistemlerin normal fonksiyonlarını sürdürmelerine bağlıdır (12).

İyi bir doku perfüzyonu için kardiyak debisi yeterli olmalıdır. Kardiyak debinin yeterli olup olmadığını belirlemek için hastanın kan basıncı, nabız ve solunumu değerlendirilmelidir (86).

Hastanın solunum fonksiyonlarının yeterli olabilmesi için hastaya, dilin geriye kayıp solunum yolunu kapatmasını önleyecek uygun pozisyon verilmelidir. Doktor istemi doğrultusunda oksijen verilmelidir. Aspiratör yardımı ile hastanın ağız ve farenksindeki sekresyonlar temizlenmelidir. Derin solunum için kullanılan araçlar varsa bunların nasıl kullanılacağı hastaya açıklanmalıdır. Bu araçlar alveollerin iyi

havalanmasını sağlar, akciğer kapasitesini geliştirir ve solunum kaslarını güçlendirir (86).

Hastanın yeterli beslenmesi ve boşaltımı sağlanmalıdır. Ameliyattan sonra hastanın, uygun olan en kısa sürede normal diyet almaya başlaması gastrointestinal sistem fonksiyonlarının kısa sürede normale dönmesini sağlar ve hasta üzerinde olumlu psikolojik etki oluşturur (86).

Sıvı- elektrolit dengesini sürdürmek tüm sistemlerin normal fonksiyonlarını sürdürmeleri açısından oldukça önemlidir. Sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesine yönelik hemşirelik uygulamaları; hastanın aldığı çıkardığının ölçülüp kayıt edilmesi, normal olmayan laboratuvar bulgularının doktora bildirilmesi, sıvı elektrolit dengesi belirti ve bulgularının izlenmesi, bedene yerleştirilmiş olan tüp ve drenlerin dikkatli bir şekilde gözlenmesi ve dren den gelenlerin kayıt edilmesi, solunum asidozunu önlemek için hastaya derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmalıdır ve bağırsak hareketleri başladığında hastaya uygun sıvı ve besinlerin oral yola verilmesidir (86).

Postoperatif dönemde ambulasyonun önemi büyüktür. Uzun süre hareketsiz kalan hastalarda solunum, dolaşım problemleri, osteoporoz, idrar retansiyonu, böbrek taşları ve negatif nitrojen dengesi gelişir. Bu tür problemler ameliyattan sonra hareketsiz kalan hastalarda da görülebilmektedir. Hareketsizliğe bağlı olarak gelişen bu problemleri önlemek için hastalara; derin solunum ve öksürük, yatak içinde dönme ve ekstremitte egzersizleri yaptırılmalıdır. Hastanın mümkün olan en kısa sürede kendi bakımını üstlenmesine yardımcı olunarak hareketsizlik önlenabilir. Sakıncası yoksa hasta erken mobilizasyon için desteklenmelidir. Ameliyattan sonra hastanın erken dönemde, fiziksel aktivitesini yeniden kazanması, iyileşme sürecini hızlandırır. Böylece hasta kısa sürede taburcu olur ve daha az harcama yapar (8,12,86,88).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma batın ameliyatı geçiren hastalara ameliyat sonrası uygulanan erken ambulasyonun bağırsak fonksiyonlarına etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Denizli Devlet Hastanesi ve Pamukkale Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Genel Cerrahi ve Doğum-Kadın Hastalıkları Kliniklerinde Mart 2004- Nisan 2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

Pamukkale Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 200 yatak kapasiteli olup, Genel Cerrahi Kliniği 20, Doğum-Kadın Hastalıkları Kliniği 26 yatak kapasitelidir. Genel Cerrahi kliniğinde 5 hemşire, Doğum- Kadın Hastalıkları Kliniğinde 6 hemşire görev yapmaktadır. Bu kliniklerde görev yapan hemşireler 8.⁰⁰-16.⁰⁰ ,16.⁰⁰-08.⁰⁰ saatleri arasında vardiya usülü çalışmakta olup gündüz sorumlu hemşire ile birlikte iki, gece ise yoğunluğa göre değişen genellikle bir, bazen iki hemşire olarak çalışmaktadırlar.

Denizli Devlet Hastanesi 670 yataklı olup, Genel Cerrahi Kliniği 30, Doğum-Kadın Hastalıkları Kliniği 31 yatak kapasitelidir. Genel cerrahi kliniğinde 12 hemşire, Doğum- Kadın Hastalıkları Kliniğinde 9 hemşire görev yapmaktadır. Bu kliniklerde görev yapan hemşireler 8.⁰⁰-16.⁰⁰ ,16.⁰⁰-08.⁰⁰ saatleri arasında vardiya usülü çalışmakta olup gündüz sorumlu hemşire ile birlikte üç, gece ise çoğunlukla iki hemşire olarak çalışmaktadırlar.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın örneklemini Denizli Devlet Hastanesi ve Pamukkale Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Genel Cerrahi ve Doğum-Kadın Hastalıkları Kliniklerine elektif cerrahi kapsamında batın ameliyatı olmak üzere yatan toplam 106 hastadan oluşmaktadır. Çalışma grubuna laparoskopik kolesistektomi (n=50) ve sezaryen (n=56) ameliyatı geçiren hastalar alınmıştır. Araştırmanın örneklemini ise Mart 2004-Nisan 2005 tarihleri arasında araştırmanın yöntemine ilişkin bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmaktadır. Araştırmamızda erken ambulasyon sürecini belirlemek için bireylerin ameliyat

sonrası ilk ayağa kalkma zamanları 4-8 saat, 9-12 saat, 13-24 saat, 24 saat ve sonrası olmak üzere dört gruba ayrılarak incelenmiştir. Erken ambulasyonu sağlanan bireylerle, daha sonra ambulasyonu sağlanan bireylerin bağırsak fonksiyonları, gaz-gaita çıkış zamanları ve hastanede kalış süreleri karşılaştırılmıştır. Çalışma kapsamında özellikle bu iki tanı nedeniyle yatan hastaların seçilmiş olmasının sebebi; öncelikle her iki operasyon sonrasında herhangi bir komplikasyon yoksa erken ambulasyon durumunun daha rahat değerlendirileceği düşünülmüş ve literatür incelemeleri sonucunda her iki grubunda erken dönemde hastaneden taburcu olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamına;

- Acil opere edilenler
- Nörolojik problemi olan bireyler
- 65 yaş üzerindeki bireyler
- Sürekli kabızlık şikayeti olan bireyler
- Hareket kısıtlılığı bulunan bireyler dahil edilmemiştir.

3.4.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından konuya ilişkin kaynaklardan yararlanılarak oluşturulan veri toplama formu ile toplanmıştır. Araştırma yapılmadan önce ilgili kurumlardan araştırmanın yapılabileceğine dair yazılı onam alınmıştır. Veri toplama formunun kullanılabilirliğini değerlendirmek için araştırma kapsamına alınmayan 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama formu son şekline getirilmiştir. Hastalara ait bilgiler hasta ile birebir görüşmeler, hasta dosyalarının incelenmesi ve postoperatif dönemde taburcu olana kadar hastaların gözlenmesi ve hemşire gözlem formlarının günlük incelenmesi ile elde edilmiştir. Okuma- yazma bilmeyen hastalara sorular araştırmacı tarafından tek tek okunmak suretiyle hastaların verdiği cevaplar işaretlenerek uygulanmıştır.

Veri toplama formu 28 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular bireylerin sosyodemografik bilgilerine, hastane deneyimlerine, hastaneye yatış nedenlerine, ameliyat sonrası erken ayağa kalkma durumlarına ve hastanede kalış sürelerine ilişkin verileri tespit etmektedir.

3.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 10.0 Version (Statistical Package for Social Scientists) programı kullanılmıştır. Veriler yzdelik, ki-kare önemlilik testi ve korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

4.BULGULAR

Tablo 1. Bireylerin, Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	97	91.5
Erkek	9	8.5
Yaş grupları		
↓ -24	16	15.1
25-44	58	54.7
45-65	32	30.2
Medeni durum		
Bekar	1	0.9
Evli	102	96.2
Dul	3	2.9
Öğrenim durumu		
Okur-yazar değil	2	1.9
İlkokul mezunu	45	42.5
Ortaokul mezunu	13	12.3
Lise mezunu	31	29.2
Üniversite mezunu	15	14.2
Meslek		
Memur	22	20.8
İşçi	18	17.0
Serbest	5	4.7
Ev hanımı	60	56.6
Emekli	1	0.9
Sağlık güvencesi		
Yok	1	0.9
Emekli sandığı	53	50.0
Bağkur	10	9.4
Sigorta	31	29.2
Yeşil kart	6	5.7
Diğer	5	4.8
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 1’de araştırmaya katılan bireyler ile ilgili bazı tanıtıcı özellikler yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi bireylerin cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında % 91.5 kadın , % 8.5 erkek olduğu saptanmıştır. Bireylerin yaş gruplarına bakıldığında % 15.1’inin 24 yaşın altında- 24 yaş grubundan, % 54.7’sinin 25-44 yaş grubundan, % 30.2’sinin 45-65 yaş grubundan olduğu belirlenmiştir. (Araştırmaya 21-65 yaş aralığında bulunan bireyler alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin bağırsak fonksiyonlarının yaş ilerledikçe azalacağı düşünülerek yaş gruplarının istatistiksel olarak anlamlı çıkması için bireyler 3 gruba ayrılmıştır.) Bireylerin % 96.2’sinin evli, % 42.5’inin ilkokul mezunu, % 56.6’sının ev hanımı ve % 50.0’inin emekli sandığına bağılı olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 2. Bireylerin, Kaç Kez Hastanede Yatarak Tedavi Olduklarının Dağılımı

Hastaneye yatış	N	%
İlk defa	27	25.5
2.defa	35	33.0
3.defa	29	27.3
4 ve üzeri	15	14.2
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 2’de araştırmaya katılan bireylerin kaç kez hastanede yatarak tedavi olduklarının dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin, % 25.5’i ilk defa , % 33.0’ı 2. defa, % 27.3’ü 3. defa ve % 14.2’si 4 ve üzerinde hastanede yatarak tedavi olmuştur.

Tablo 3. Bireylerin, Daha Önce Ameliyat Olup Olmamalarına Göre Dağılımı

Geçirilmiş ameliyat	N	%
Var	21	19.8
Yok	85	80.2
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 3’de araştırmaya katılan bireylerin daha önce ameliyat olup olmamalarına göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin, % 19.8’i daha önce ameliyat geçirmiş olup, % 80.2’sinin ameliyat geçirmediği saptanmıştır.

Tablo 4. Bireylerin, Daha Önceki Operasyon Tecrübelerine Göre Dağılımı

Ameliyat	N	%
Apendisit	2	1.9
Guatr	1	0.9
Katarakt	2	1.9
Ortopedi	2	1.9
Prostat	1	0.9
Sezaryen	13	12.3
Geçirmeyen	85	80.2
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 4’de araştırmaya katılan bireylerin daha önceki operasyon tecrübelerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerden % 1.9’u apandisit, % 0.9’u guatr, % 1.9’u katarakt, % 1.9’u ortopedi, % 0.9’u prostat, % 12.3’ü sezaryen ameliyatı geçirmiş olup; % 80.2’si de hiç ameliyat olmamıştır.

Tablo 5. Bireylerin, Tanılarına Göre Dağılımı

Tanı	N	%
Kolesistektomi	50	47.2
Sezaryen	56	52.8
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 5’de araştırmaya katılan bireylerin tanılarına göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin, % 47.2’sinin kolesistektomi, % 52.8’inin de sezaryen tanısıyla hastanede yattığı saptanmıştır.

Tablo 6. Bireylerin Ameliyat Esnasında Uygulanan Anestezi Türüne Göre Dağılımı

Anestezi türü	N	%
Genel anestezi	62	58.5
Spinal anestezi	44	41.5
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 6’da araştırmaya katılan bireylerin ameliyat esnasında uygulanan anestezi türüne göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin, % 58.5’ine genel anestezi, % 41.5’ine spinal anestezi uygulandığı saptanmıştır.

Tablo 7. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Gaz-Gaita Çıkarma Zamanlarına Göre Dağılımı

İlk gaz-gaita çıkışı	N	%
Post-op 0. gün	67	63.2
Post-op 1. gün	32	30.2
Post-op 2. gün	7	6.6
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 7’de araştırmaya katılan bireylerin, ameliyat sonrası dönemde ilk gaz-gaita çıkarma zamanlarına göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin, ameliyat sonrası dönemde % 63.2’sinin post-op 0. gün, % 30.2’sinin post-op 1. gün, % 6.6’sının post-op 2. gün gaz-gaita çıkardığı saptanmıştır.

Tablo 8. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarına Göre Dağılımı

Bağırsak sesleri	N	%
Normal	76	71.7
Azalmış	22	20.8
Yok	8	7.5
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 8’de araştırmaya katılan bireylerin ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonlarına göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin, ameliyat sonrası bağırsak sesleri dinlenmiş ve % 71.7’sinin bağırsak seslerinin normal, % 20.8’inin barsak seslerinin az olduğu, % 7.5’inin ise barsak seslerinin olmadığı saptanmıştır.

Tablo 9. Bireylerin, Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Oluşabilecek Komplikasyonlar Hakkında Bilgilendirilme Durumlarına Göre Dağılımı

Komplikasyon bilgisi	N	%
Var	35	33.0
Yok	71	67.0
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 9’da araştırmaya katılan bireylerin ameliyat öncesi, ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilme durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin, ameliyat öncesinde, ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi alıp almadıkları soruldu ve % 33.0’ının bilgi aldığı, % 67.0’ının bilgi almadığı saptanmıştır.

Tablo 10. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Ayağa Kalkma Zamanına Göre Dağılımı

İlk ayağa kalkma	N	%
4 - 8 saat	38	35.8
9 - 12 saat	49	46.2
13-24 saat	14	13.2
24 saat ve üzeri	5	4.8
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 10’da araştırmaya katılan bireylerin, ameliyat sonrası dönemde ilk ayağa kalkma zamanına göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin, ameliyat sonrasında % 35.8’inin 4-8 saat, % 46.2’sinin 9-12 saat, % 13.2’sinin 13-24 saat grubu içinde ve % 4.8’inin 24 saat ve sonrasında ayağa kalktığı saptanmıştır.

Tablo 11. Bireylerin Ameliyat Sonrası Erken Ambulasyon Süresine Göre Dağılımı

Ambulasyon süresi	N	%
5 dakika	28	26.4
10 dakika ve üzeri	78	73.6
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 11’de araştırmaya katılan bireylerin, ameliyat sonrası uygulanan erken ambulasyonun süresine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin ameliyat sonrası ilk ayağa kalktıklarında % 26.4’ünün 5 dakika, % 73.6’sının 10 dakika ve üzerinde yürüyebildiği saptanmıştır.

Tablo 12. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Dönemde Ayağa Kalkma Sıklığına Göre Dağılımı

Ambulasyon sıklığı	N	%
2 kez	7	6.6
3 kez	11	10.4
4 kez	25	23.5
5 kez	24	22.6
6 kez	19	17.9
7 kez	8	7.6
8 kez	9	8.5
10 kez	3	2.9
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 12’de araştırmaya katılan bireylerin, ameliyat sonrası dönemde ayağa kalkma sıklığına göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin, ameliyat sonrası (ilk 24 saat) ilk ayağa kalktıktan sonra gün içerisinde kaç kez ambule oldukları soruldu ve % 6.6’sının 2 kez, % 10.4’ünün 3 kez, % 23.5’inin 4 kez, % 22.6’sının 5 kez, % 17.9’unun 6 kez, % 7.6’sının 7 kez, % 8.5’inin 8 kez, % 2.9’unun 10 kez ayağa kalktığı saptanmıştır.

Tablo 13. Bireylerin, Ambulasyonu Kiminle Birlikte Uyguladığına Göre Dağılımı

Kiminle uyguladınız	N	%
Hemşire	3	2.8
Refakatçi	103	97.2
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 13'te araştırmaya katılan bireylerin, ambulasyonu kiminle birlikte uyguladığına göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin, ambulasyonu kiminle birlikte uyguladığı soruldu ve % 2.8'inin hemşire ile, % 97.2'sinin refakatçisi ile birlikte uyguladığı saptanmıştır.

Tablo 14. Bireylere, Ameliyat Sonrası Erken Ambulasyonu Önerenin Kim Olduğuna Göre Dağılımı

Kim önerdi	N	%
Doktor	98	92.5
Hemşire	8	7.5
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 14'de araştırmaya katılan bireylerin, ameliyat sonrası erken ambulasyonu önerenin kim olduğuna göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylere, ameliyat sonrası erken ambulasyonu kimin önerdiği soruldu ve bireylerin % 92.5'ine doktorun, % 7.5'ine hemşirenin önerdiği saptanmıştır.

Tablo 15. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Uygulanan Erken Ambulasyona Bağlı Olarak Gaz- Gaita Çıkarıp Çıkarmadıklarına Göre Dağılımı

Ambulasyon sonrası	N	%
Çıkardı	83	78.3
Çıkarmadı	23	21.7
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 15’de araştırmaya katılan bireylerin, ameliyat sonrası uygulanan erken ambulasyon sonucunda gaz-gaita çıkarıp çıkarmadıklarına göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylere ambulasyondan sonra mı gaz-gaita çıkardıkları soruldu ve % 78.3’ünün ambulasyon sonrasında gaz-gaita çıkardığı, % 21.7’sinin ambulasyona bağlı olarak gaz-gaita çıkarmadığı saptanmıştır.

Tablo 16. Bireylerin, Erken Ambulasyon Süresinin 24 Saati Aşma Nedenine Göre Dağılımı

Gecikme nedeni	N	%
Ağrı	5	4.7
Halsizlik	2	1.9
TOPLAM	7	6.6

N: Olgu Sayısı

Tablo 16’da araştırmaya katılan bireylerin, erken ambulasyon süresinin 24 saati aşma nedenine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerden erken ambule olamayanlara 24 saati aşma nedeni soruldu ve % 4.7’sinin ağrı nedeniyle, % 1.9’unun halsizlik nedeniyle ayağa kalkamadığı saptanmıştır.

Tablo 17. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Kabızlık Şikayetine Göre Dağılımı

Kabızlık	N	%
Var	3	2.8
Yok	103	97.2
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 17’de araştırmaya katılan bireylerin, ameliyat sonrası kabızlık şikayetine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin ameliyat sonrasında % 2.8’inde kabızlık şikayeti olmuştur.

Tablo 18. Bireylerin, Ameliyat Sonrası Hastanede Kalış Sürelerine Göre Dağılımı

Hastanede kalış süresi	N	%
1 gün	8	7.5
2 gün	58	54.7
3 gün	30	28.3
4 gün ve üzeri	10	9.5
TOPLAM	106	100.0

N: Olgu Sayısı

Tablo 18’de araştırmaya katılan bireylerin, ameliyat sonrası hastanede kalış sürelerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin, ameliyat sonrasında % 7.5’inin 1 gün, % 54.7’sinin 2 gün, % 28.3’ünün 3 gün, % 9.5’inin 4 gün ve üzerinde hastanede kaldığı saptanmıştır.

Tablo 19. Tanıya Göre, İlk Gaz-Gaita Çıkış Gününün Dağılımı

Tanı	İlk gaz gaita çıkış günü							
	Postop 0. gün		Postop 1. gün		Postop 2. gün		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
Kolesistektomi	25	50.0	18	36.0	7	14.0	50	47.2
Sezaryen	42	75.0	14	25.0	0	0.0	56	52.8
Toplam	67	63.2	32	30.2	7	6.6	106	100.0

X²:11.511 SD:2 p<0.01 N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

**: Kolon yüzdesi alınmıştır

Tablo 19’da araştırmaya katılan bireylerin, tanılarına göre ilk gaz-gaita çıkış gününün dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerde tanıya göre, ilk gaz-gaita çıkış gününün dağılımı ki-kare önemlilik testine göre incelendiğinde kolesistektomi operasyonu geçirenlerin %50’sinde, sezaryen operasyonu geçirenlerin % 75’inde gaz-gaita çıkışı post-op 0. günde gerçekleşmiştir (p<0,01).

Tablo 20. Bireylere Ameliyat Esnasında Uygulanan Anestezi Türünün, İlk Gaz - Gaita Çıkış Gününün Karşılaştırılması

Anestezi türü	İlk gaz gaita çıkış günü							
	Postop 0. gün		Postop 1. gün		Postop 2. gün		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
Genel anestezi	29	46.8	26	41.9	7	11.3	62	58.5
Spinal anestezi	38	86.4	6	13.6	0	0.0	44	41.5
Toplam	67	63.2	32	30.2	7	6.6	106	100.0

X²:18.176 SD:2 p<0.01 N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

**: Kolon yüzdesi alınmıştır

Tablo 20’de araştırma katılan bireylere ameliyat esnasında uygulanan anestezi türü ile ilk gaz-gaita çıkış günü arasındaki bir ilişki olup olmadığına yer verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerde anestezi türüne göre, ilk gaz-gaita çıkış

gününün dağılımı ki-kare önemlilik testine göre incelendiğinde genel anestezi alanların % 46.8'inin post-op 0.gün, % 41.9'unun post-op 1.gün, % 11.3'ünün post-op 2.gün ve spinal anestezi alanların % 86.4'ünün post-op 0.gün, % 13.6'sının post-op 1.gün gaz-gaita çıkardığı saptanmıştır. Uygulanan anestezi türü ile ilk gaz-gaita çıkış günü arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir sonuç ortaya çıkmıştır.

Tablo 21. Bireylere Ait Yaş Grupları İle İlk Gaz-Gaita Çıkış Gününün Karşılaştırılması

Yaş	İlk gaz gaita çıkış günü							
	Postop 0. gün		Postop 1. gün		Postop 2. gün		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
↓ - 24	13	81.2	3	18.8	0	0.0	16	15.1
25 - 44	39	67.2	18	31.1	1	1.7	58	54.7
45 - 65	15	46.9	11	34.3	6	18.8	32	30.2
Toplam	67	63.2	32	30.2	7	6.6	106	100.0

X²:13.514 SD:3 p<0.01 N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

** : Kolon yüzdesi alınmıştır

Tablo 21'de araştırmaya katılan bireylere ait yaş gruplarına göre gaz- gaita çıkış günlerinin dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş gruplarına göre, ilk gaz-gaita çıkış gününün dağılımı ki-kare önemlilik testine göre incelendiğinde 24 yaş altı-24 yaş grubunda olan bireylerin % 81.2'sinin post-op 0.gün, % 18.8'inin post-op 1.gün, 25-44 yaş grubunda olan bireylerin % 67.2'sinin post-op 0.gün, % 31.1'inin post-op 1.gün, % 1.7'sinin post-op 2.gün ve 45-65 yaş grubunda olan bireylerin % 46.9'unun post-op 0.gün, % 34.3'ünün post-op 1.gün, % 18.8'inin post-op 2.gün gaz- gaita çıkardığı saptanmıştır. Yaş gruplarına göre ilk gaz-gaita çıkış günü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 22. Bireylere Ait Yaş Grupları İle Bağırsak Fonksiyonlarının Karşılaştırılması

Yaş	Bağırsak sesleri							
	Normal		Azalmış		Yok		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
↓ - 24	10	62.5	6	37.5	0	0.0	16	15.1
25 - 44	41	70.7	13	22.4	3	6.9	58	54.7
45 - 65	25	78.1	3	9.4	5	12.5	32	30.2
Toplam	76	71.7	22	20.8	8	7.5	106	100.0

X^2 : 6.897 SD:3 $p>0.05$ N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır. **: Kolon yüzdesi alınmıştır

Tablo 22’de araştırmaya katılan bireylere ait yaş gruplarına göre bağırsak fonksiyonlarının dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş gruplarına göre, bağırsak fonksiyonlarının dağılımı ki-kare önemlilik testine göre incelendiğinde 24 yaş altı-24 yaş grubunda olan bireylerin % 62.5’inin bağırsak seslerinin normal, % 37.5’inin bağırsak seslerinin azalmış, 25-44 yaş grubunda olan bireylerin % 70.7’sinin bağırsak seslerinin normal, % 22.4’ünün bağırsak seslerinin azalmış, % 6.9’unun bağırsak seslerinin olmadığı ve 45-65 yaş grubunda olan bireylerin % 78.1’inin bağırsak seslerinin normal, % 9.4’ünün bağırsak seslerinin azalmış, % 12.5’inin bağırsak seslerinin olmadığı saptanmıştır. Yaş gruplarına göre bağırsak fonksiyonları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 23. Yaş Gruplarına Göre İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması

Yaş	İlk ayağa kalkma zamanı									
	5 - 8 saat		9 – 12 saat		13 – 24 saat		24 saat ve ↑		Toplam	
	N	%**	N	%**	N	%**	N	%**	N	%**
↓ - 24	3	7.9	13	26.5	0	0.0	0	0.0	16	15.1
25 - 44	14	36.8	31	63.3	10	71.4	3	60.0	58	54.7
45 - 65	21	55.3	5	10.2	4	28.6	2	40.0	32	30.2
Toplam	38	17.9	49	74.5	14	2.8	5	4.8	106	100.0

X^2 :26.600

SD:3

p <0.01

N: Olgu Sayısı

** : Kolon yüzdesi alınmıştır

Tablo 23'te araştırmaya katılan bireylere ait yaş gruplarına göre ilk ayağa kalkma zamanının dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş grupları ile ilk ayağa kalkma zamanı ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 24. Bireylere Ait Yaş Grupları İle Ayağa Kalkma Sıklığının Karşılaştırılması

Yaş	Ayağa kalkma sıklığı					
	2 - 4 kez		5 ve üzeri		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%**
↓ -24	5	31.2	11	68.8	16	15.1
25-44	22	32.9	36	62.1	58	54.7
45-65	15	46.9	17	53.1	32	30.2
Toplam	43	39.6	63	60.4	106	100.0

X^2 : 1.242

SD:3

p> 0.05

N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

** : Kolon yüzdesi alınmıştır

Tablo 24'te araştırmaya katılan bireylere ait yaş gruplarına göre ameliyat sonrası ilk 24 saatte ayağa kalkma sıklığının dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş grupları ile ameliyat sonrası ayağa kalkma sıklığı ki-

kare testi kullanılarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 25. Bireylere Ait Yaş Grupları İle Bireylerin Hastanede Kalış Sürelerinin Karşılaştırılması

Yaş	Hastanede Kalış Süresi									
	1 gün		2 gün		3 gün		4 gün ve ↑		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
↓ -24	2	12.5	8	50.0	6	37.5	0	0.0	16	15.1
25-44	5	8.6	27	46.6	22	37.9	4	6.9	58	54.7
45-65	1	3.1	23	71.9	2	6.2	6	18.8	32	30.2
Toplam	8	7.5	58	53.8	30	29.2	10	9.5	106	100.0

X^2 : 16.657 SD:3 p < 0.01 N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

**: Kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 25'te araştırmaya katılan bireylere ait yaş gruplarına göre bireylerin hastanede kalış sürelerinin dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş grupları ile hastanede kalış süreleri ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 26. Bireylerin Cinsiyetleri İle Bağırsak Fonksiyonlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	Bağırsak sesleri							
	Normal		Azalmış		Yok		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
Kadın	71	73.2	19	19.6	7	7.2	97	91.5
Erkek	5	55.6	3	33.3	1	11.1	9	8.5
Toplam	76	71.7	22	20.8	8	7.5	106	100.0

X²:1.273 SD:2 p>0.05 N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

**: Kolon yüzdesi alınmıştır

Tablo 26’da araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetleri ile bağırsak fonksiyonları ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 27. Bireylerin Cinsiyetleri İle Ameliyat Sonrasında İlk Ayağa Kalkma Zamanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	İlk ayağa kalkma zamanı									
	5 - 8 saat		9 -12 saat		13 – 24saat		24 saat ve ↑		Toplam	
	N	%**	N	%**	N	%**	N	%**	N	%**
Kadın	34	89.5	45	91.8	13	92.9	5	5.2	97	91.5
Erkek	4	10.5	4	8.2	1	7.1	0	0.0	9	8.5
Toplam	38	35.8	49	46.2	14	13.2	5	4.8	106	100.0

X²:3.116 SD:2 p>0.05

N: Olgu Sayısı

**: Kolon yüzdesi alınmıştır

Tablo 27’de araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetleri ile ameliyat sonrasında ilk ayağa kalkma zamanları ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 28. Bireylerin Cinsiyetleri İle Kabızlık Şikayetlerinin Karşılaştırılması

Cinsiyet	Kabızlık şikayeti					
	Evet		Hayır		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%**
Kadın	2	2.1	95	97.9	97	91.5
Erkek	1	11.1	8	88.9	9	8.5
Toplam	3	2.8	103	97.2	106	100.0

X^2 : 2.452 SD:2 p>0.05 N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

**: Kolon yüzdesi alınmıştır

Tablo 28’de araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetleri ile ameliyat sonrası kabızlık şikayetleri ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 29. Bireylerin Ayağa Kalkma Sıklığı İle Bağırsak Fonksiyonlarının Karşılaştırılması

Ayağa kalkma sıklığı	Bağırsak sesleri							
	Normal		Azalmış		Yok		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
2 – 4 kez	12	32.6	21	48.8	8	18.6	43	40.5
5 ve üzeri	64	98.4	1	1.6	0	0.0	63	59.5
Toplam	76	71.7	22	20.8	8	7.5	106	100.0

X^2 : 54.670 SD:2 p <0.01 N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

**: Kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 29’da araştırmaya katılan bireylerin ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde ayağa kalkma sıklığı ile bağırsak fonksiyonları ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmış ve % 32.6’sının 2-4 kez, % 98.4’ünün 5 kez ve üzerinde ayağa kalkmalarına bağlı olarak bağırsak fonksiyonlarının erken dönemde normale döndüğü saptanmıştır.

Tablo 30. Bireylerin Ayağa Kalkma Sıklığı İle İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması

Ayağa kalkma sıklığı	İlk ayağa kalkma zamanı									
	5 - 8 saat		9 -12 saat		13 – 24saat		24 saat ve ↑		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
2 – 4 kez	8	18.6	20	47.6	10	23.3	5	11.6	43	39.6
5 ve üzeri	30	48.4	29	45.3	4	6.3	0	0.0	63	60.4
Toplam	38	35.8	49	46.2	14	13.2	5	4.8	106	100.0

X²: 18.859 SD:2 p <0.01 N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

**: Kolon yüzdesi alınmıştır

Tablo 30’da araştırmaya katılan bireylerin ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde ayağa kalkma sıklığı ile ilk ayağa kalkma zamanları ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır.

Tablo 31. Bireylerin Ayağa Kalkma Sıklığı İle İlk Gaz-Gaita Çıkış Gününün Karşılaştırılması

Ayağa kalkma sıklığı	İlk gaz gaita çıkış günü							
	Postop 0. gün		Postop 1. gün		Postop 2. gün		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
2 – 4 kez	13	30.2	23	53.5	7	16.3	43	40.5
5 ve üzeri	54	85.7	9	14.3	0	0.0	63	59.5
Toplam	67	63.2	32	30.2	7	6.6	106	100.0

X²: 35.712 SD:2 p <0.01 N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

**: Kolon yüzdesi alınmıştır

Tablo 31’de araştırmaya katılan bireylerin ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde ayağa kalkma sıklığı ile ilk gaz-gaita çıkış günü ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmış % 63.2’sinin post-op 0.gün, % 30.2’sinin post-op 1.gün ve % 6.6’sının post-op 2.gün gaz-gaita çıkardığı saptanmıştır.

Tablo 32. Bireylerin Tanıları İle İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması

Komplikasyon bilgisi	İlk ayağa kalkma zamanı									
	5 - 8 saat		9 -12 saat		13 – 24saat		24 saat ve ↑		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
Evet	13	37.1	14	40.0	7	20.0	1	2.9	35	33.0
Hayır	25	35.2	35	49.3	7	9.9	4	5.6	71	67.0
Toplam	38	35.8	49	46.2	14	13.2	5	4.8	106	100.0

X²: 43.418 SD:2 p<0.01 N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

**: Kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 32’de araştırmaya katılan bireylerin tanıları göre ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma zamanlarının dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıları ile ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma zamanları karşılaştırıldığında kolesistektomi ameliyatı geçirenlerin % 68.0’ının 5-8 saat içinde kalktığı ve sezaryen ameliyatı geçirenlerin ise % 69.2’sinin 9-12 saat içinde ayağa kalktığı saptanmıştır.

Tablo 33. Bireylerin Komplikasyon Bilgisi İle Ameliyat Sonrası İlk Ayağa Kalkma Zamanının Karşılaştırılması

Tanı	İlk ayağa kalkma zamanı									
	5 - 8 saat		9 -12 saat		13 – 24saat		24 saat ve ↑		Toplam	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
Kolesistektomi	34	68.0	20	20.0	4	8.0	2	4.0	50	47.2
Sezaryen	4	7.1	39	69.2	10	17.9	3	5.4	56	52.8
Toplam	38	35.8	49	46.2	14	13.2	5	4.8	106	100.0

X²: 2.671 SD:2 p>0.05 N: Olgu Sayısı

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

**: Kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 33’te araştırmaya katılan bireylerin ameliyat öncesinde ameliyata ilişkin ve ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar konusunda bilgilendirilme durumlarına göre ameliyat sonrasında ilk ayağa kalkma zamanlarının dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin ameliyat öncesi bilgi verilmesi ile

ameliyat sonrası erken ambulasyon zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 34. Bireylerin İlk Ayağa Kalkma Zamanı, Hastanede Kalış Süresi, Bağırsak Sesleri, İlk Gaz-Gaita Çıkarma Zamanlarının Korelasyon Dağılımı

		İlk ayağa kalkma zamanı	Hastanede kalış süresi	Bağırsak sesleri	İlk gaz- gaita çıkışı
İlk ayağa kalkma zaman	Korelasyon	1,000	,644(**)	,786(**)	,760(**)
	Çift yönlü	,	,000	,000	,000
Hastanede kalış süresi	Korelasyon	,644(**)	1,000	,694(**)	,661(**)
	Çift yönlü	,000	,	,000	,000
Bağırsak sesleri	Korelasyon	,786(**)	,694(**)	1,000	,754(**)
	Çift yönlü	,000	,000	,	,000
İlk gaz-gaita çıkışı	Korelasyon	,760(**)	,661(**)	,754(**)	1,000
	Çift yönlü	,000	,000	,000	,

Tablo 34’te araştırmaya katılan bireylerin ilk ayağa kalkma zamanı, hastanede kalış süresi, bağırsak sesleri, ilk gaz- gaita çıkış zamanı ve bunların birbirlerine göre korelasyonel dağılımına yer verilmiştir.

Ayağa kalkma zamanının ilk gaz-gaita çıkarma zamanına göre korelasyonu olup olmadığı araştırıldığında, ilk ayağa kalkma zamanı ile ilk gaz çıkarma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r = 0,760$, $p < 0,01$).

İlk ayağa kalkma zamanının hastanede kalış süresine göre korelasyonu olup olmadığı araştırıldığında, ilk ayağa kalkma zamanı ile hastanede kalış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r = 0,644$, $p < 0,01$).

Bağırsak seslerinin ilk ayağa kalkma zamanına göre korelasyonu olup olmadığı araştırıldığında, bağırsak sesleri ile ilk ayağa kalkma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r = 0,786$, $p < 0,01$).

Bağırsak seslerinin ilk gaz-gaita çıkarma zamanına göre korelasyonu olup olmadığı araştırıldığında, bağırsak sesleri ile ilk gaz-gaita çıkarma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r = 0,754$, $p < 0,01$).

Bağırsak seslerinin hastanede kalış süresine göre korelasyonu olup olmadığı araştırıldığında, bağırsak sesleri ile hastanede kalış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r = 0,694$, $p < 0,01$).

İlk gaz-gaita çıkarma zamanının hastanede kalış süresine göre korelasyonu olup olmadığı araştırıldığında, ilk gaz-gaita çıkarma zamanı ile hastanede kalış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r = 0,661$, $p < 0,01$).

5. TARTIŞMA

Erken ambulasyon ya da erken mobilizasyon kavramları 1940'lı yılların sonlarında kullanılmaya başlanmıştır. Levine ve Lown tarafından başlatılan "sandayelde oturma tedavisi" etkin bir uygulama olmasa da, mutlak yatak istirahatinin ötesine geçen ve erken mobilizasyonun temellerini atan ilk uygulama olmuştur. Daha sonra Newman 1952'de infarktüstten yatan hastalarda 4 hafta ve Brummer 1956'da 2 hafta sonra erken ambulasyon uygulamasını başlatmıştır. Cain 1961'de erken dönemde uygulanan aşamalı aktivite programının etkinliği ve güvenilirliğini göstermiştir. Bu gelişmelerden sonra, erken mobilizasyonun, pulmoner emboli, derin ven trombozu ve kondisyon kaybı gibi immobilizasyona bağlı hemodinamik yan etkileri önleyebildiği düşüncesi yaygınlaşmıştır. Bu şekilde 1970'li yıllarda temelleri atılan erken ambulasyon kavramı günümüze kadar etkinliğini korumuştur. Günümüzde ise cerrahi ve dahili birimlerde yaygın olarak kullanılan erken ambulasyon, uygulama sürecinde farklılık gösterse de aynı amaç doğrultusunda kullanılmaktadır (79,93).

Nöroloji alanında hemiplejik hastalarda ambulasyon kavramı, hareket yeteneğini kaybetmiş organlara hareket yeteneği kazandırmada kullanılmaktadır. Hemiplejik hastanın rehabilitasyonunda akut dönemde, pozisyonlama teknikleri, pasif eklem hareketleri, hafif germe egzersizleri uygulanarak kas tonusundaki olası artışların (spastiste veya rijidite) kontrollü bir şekilde oluşmasına çalışılmaktadır. Bu uygulamalar kas kısalıkları ve kontraktürlerin, eklemlerde limitasyonların gelişmesini engelleyeceği ve hastayı bir sonraki döneme yani mobilizasyona hazırlayacağı için önem kazanmaktadır. Bu dönemde yapılan etkin tedavi, kronik dönemde kişinin Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) veya mobilizasyonunu olumlu yönde etkileyecektir. Bu nedenle mümkün olan en erken devreden başlayarak etkin bir rehabilitasyon programı sürdürülmelidir (82).

Geriatride ambulasyon; yaşlanmayla gelişen bütün organ sistemlerinde yapısal ve fonksiyonel değişiklikler ve bunun sonucunda da aerobik kapasite, kas kuvveti ve kas kitlesindeki azalmaya bağlı olarak oluşan hareket güçlüklerini ortadan kaldırmak amacıyla kullanılmaktadır (81,94).

Ambulasyon, kardiyovasküler cerrahi ve akut MI sonrasında uygulanan kardiyak rehabilitasyonda, hastaların fiziksel, sosyal, emosyonel ve mesleki durumlarında optimal düzeye ulaşabilmelerini amaçlayan bir süreç olmuştur (79).

Ortopedi ve travmatoloji alanında da ambulasyon; genellikle düşmeye ve travmaya bağlı olarak gelişen kırıklar veya yaralanmalar sonucu oluşan hareket kaybını ortadan kaldırmak için kullanılmaktadır. Özellikle denge, ayakta durma, yürüme ve transfer aktiviteleri üzerinde durulan hastanın, geride kalan kas kuvvetine uygun bir ambulasyon seviyesine getirilmesi amaçlanmaktadır. Aynı zamanda osteoporoz, miyozitis ossifikans, üriner taşların oluşumu gibi rehabilitasyonu olumsuz yönde etkileyen durumların gelişmesini de engellemektedir. Bu nedenle yaralanma seviyeleri yüksek olduğu için yürümeleri mümkün olmayan tekerlekli sandalye seviyesindeki kişilerin, gün içinde en az iki saat ayakta durmaları gerekmektedir. Yürümeleri veya ayakta durmaları fiziksel yararlar sağladığı gibi kişilerin sosyalleşmelerini de arttırmaktadır (80,95,96). Dahili birimlerde ise örneğin; osteoporozlu hastaların rehabilitasyonunda mobilizasyon, belirli bir takım araçlarla (yürüteçler, konvansiyonel bastonlar); kas gücü ve kütlesini arttırmak, denge ve koordinasyonu geliştirmek, postürü düzeltmek ve deformiteleri engellemek, eklem stabilitesini sağlamak, kardiyorespiratuvar dayanıklılığı arttırmak, ortostatik hipotansiyonu önlemek, emosyonel stabiliteyi sağlamak, kişinin kendine güvenini arttırmak, hızlı kemik kaybını yavaşlatmak ve durdurmak için kullanılmakta ve bireylerin günlük yaşam aktiviteleri açısından bağımsızlığının sağlanıp yaşam kalitelerini arttırmak amaçlanmaktadır (83).

Araştırmamız, batın ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat sonrası uygulanan erken ambulasyonun bağırsak fonksiyonlarına etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma kapsamına alınan bireylerin % 91.5'i kadın, % 8.5'i erkektir. Çalışmadaki bu sonucun nedeni sezaryen operasyonu geçiren hasta sayısının çalışma evreninin çoğunluğunu oluşturması ile açıklanabilir. Ayrıca laparoskopik abdominal cerrahi yöntemi kadın hastalıklarında tanı ve tedavi yöntemi olarak yaygın olarak kullanılmaktadır. Kolelitiazisin kadınlarda erkeklere oranla 3-4 kat fazla görülmesi sonucunda kadınlara yapılan kolesistektomi ameliyatlarının oranı erkeklere yapılan laparoskopik kolesistektomi ameliyatları oranından daha yüksektir (76,84,85).

Bireylerin % 96.2'sinin evli olduğu ve yaş gruplarına bakıldığında % 15.1'inin 24 yaş altı-24 yaş grubundan, % 54.7'sinin 25-44 yaş grubundan, % 30.2'sinin 45-65 yaş grubundan olduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarının bu şekilde üç gruba ayrılmış

olmasının nedeni yaş ile birlikte meydana gelen değişikliklerin hücre, doku ve organların fonksiyonel kapasitesini azaltması sonucu yaşlı bireylerde strese yanıt için gerekli homeostatik kontrol mekanizmalarının yetersizleştiği ve yaşla ilgili değişiklikler dolayısıyla ameliyat olan bu bireylerde ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişme riskinin artmasıdır. Örneğin; bu bireylerde dış yapısında bozulma, tükrük ve enzim salgısında azalma ve bağırsak hareketlerinin yavaşlaması ile konstipasyon gibi boşaltım problemlerinin gelişme riski genç bireyler göre daha fazladır (19).

Çalışmamıza alınan bireylerin % 19.8'i daha önce operasyon geçirmiş olup, % 80.2 sinin operasyon geçirmediği saptanmıştır. Bireylerin daha önceki operasyon geçirme tecrübelerinden yola çıkarak, ameliyat sonrası daha erken dönemde ayağa kalkma istekleri olacağı düşünülmektedir.

Bireylerin % 47.2'si kolesistektomi, % 52.8'i de sezaryen tanısıyla hastanede yatmıştır ve tanılarına göre erken ambulasyon zamanları karşılaştırıldığında kolesistektomi ameliyatı geçirenlerin % 68'i 4-8 saat dilimi içinde ayağa kalkarken, sezaryen ameliyatı geçirenlerin % 7.1'i 4-8 saat dilimi içinde ayağa kalkmıştır. Bu sonuca göre operasyonun niteliğinin erken ambulasyon zamanını etkilediği düşünülmekte ancak kolesistektomi ameliyatının sezaryen ameliyatına göre daha çok avantajı olduğu da unutulmamalıdır. Literatür incelemelerinde laparoskopik cerrahinin avantajlarına bakıldığında hastanın daha az postoperatif ağrı hissettiği, kesi yeri problemlerinin az olduğu, intestinal hipomotiltenin daha erken geriye döndüğü ve günlük yaşantısına daha çabuk devam etmesi araştırmamızdaki sonucu desteklemektedir (33).

Çalışmamıza alınan bireylerin % 58.5'ine genel anestezi, % 41.5'ine spinal anestezi uygulandığı saptanmıştır. Genel anestezi veya spinal/epidural anestezi yöntemlerinden herhangi birinin kullanılması operasyonun niteliğine ve hastanın durumuna göre değişiklik göstermektedir. Literatür incelemelerinde laparoskopik cerrahide lokal anestezi kullanılabilmesine rağmen genel anestezi tercih edildiği ortaya çıkmıştır. Genel anestezinin tercih edilme nedeni ise abdominal kaviteye verilen gazın ortaya çıkardığı gerginliğin ağrı oluşturmalarıdır. Ağrının varlığında; özellikle üst karın ameliyatlarında hastalar yüzeysel solunum yaparlar ki bu atelektazi ve diğer pulmoner komplikasyonların riskini artırır. Ayrıca ağrıya bağlı refleks

sempatik aktivitenin artması gastrik peristaltizmin azalmasına ve bulantı kusma gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (33).

Çalışmamızda bireylere ameliyat esnasında uygulanan anestezi türü ile bireylerin ameliyat sonrası ilk gaz- gaita çıkış günü arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir fark çıkmıştır. Buna göre genel anestezi alanların % 46.8'i post-op 0.gün gaz-gaita çıkarırken, spinal anestezi alanların % 86.4'ü post-op 0.gün gaz- gaita çıkardığı saptanmıştır. Spinal anestezi ve epidural anestezinin cerrahi girişime karşı oluşan stres yanıtını baskılayan; intraoperatif kan kaybını, postoperatif tromboembolik olay insidansını, yüksek riskli hastalardaki morbiditeyi azaltan ve postoperatif dönemde analjezinin sürmesini sağlayan yararlı birer yöntem olduğu bilinmektedir. Spinal anestezi ve epidural anestezi alt ekstremitte, perine ve alt karında cerrahi veya başka nedene bağlı ağrının giderilmesinde, vajinal doğum ve sezaryende kullanılmaktadır. Avantajları; spontan solunumun korunması, ucuz olması ve midesi dolu olan hastalarda pulmoner aspirasyon nedeni olan kusma riskini azaltmasıdır. Bunun yanı sıra cerrahiye yardımcı olarak bağırsakların ve karın duvarının gevşemesini sağlar, cerrahi kanamayı azaltır ve en önemlisi de ameliyat sonrası dönemde bağırsak hareketlerinin daha erken geri dönmesini sağlar. Bu durumda ameliyat sonrası erken ambulasyona geçişi hızlandırmada ve bireylerin gaz-gaita çıkarmasını da kolaylaştırmaktadır (85- 87).

Araştırmamıza alınan bireylerin ameliyat sonrası dönemde % 63.2'sinin post-op 0. gün, % 30.2'sinin post-op 1. gün, % 6.6'sının post-op 2. gün gaz-gaita çıkardığı saptanmıştır. Ameliyat esnasında uygulanan anestezinin peristaltizmi azaltma gibi bir yan etkisi olup, ameliyat sonrasında da ağrının aynı etkiyi göstermesi sonucu gelişebilecek komplikasyonları önlemek için hastanın erken dönemde gaz- gaita çıkarması büyük önem taşımaktadır. Hastanın gaz çıkarması bağırsak fonksiyonlarının normale döndüğünü gösterir (32). Bu nedenle ameliyat sonrası dönemde hastanın bağırsak sesleri her gün dinlenmeli, gaz veya gaita çıkarıp çıkarmadığı sorgulanmalıdır. Bireylerin ameliyat sonrası bağırsak sesleri dinlenmiş ve % 71.7'sinin bağırsak seslerinin normal, % 20.8'inin barsak seslerinin az olduğu, % 7.5'inin ise barsak seslerinin olmadığı saptanmıştır.

Ameliyat öncesi hazırlığın odak noktası olan hasta öğretimi, cerrahi alanında çalışan hemşirelerin en önemli sorumluluklarından ve bağımsız rollerinden biridir. Bir sağlık öğreticisi olarak hemşire, hastaya sağlığı hakkındaki gerçekleri açıklar,

kendi bakım aktivitelerinde yer alan işlemleri gösterir, bu işlemleri anlayıp anlamadığını ve öğrenip öğrenmediğini değerlendirir. Öğretim, hemşirenin rastgele konuşma sırasında sağlık konuları hakkında sorulara yanıt vermesi gibi planlanmamış ve informal olabileceği gibi verilecek bilgi içeriği ve zamanı belirlenmiş ameliyat öncesi öğretim gibi planlanmış ve formal olabilir (4,19). Ameliyat sonrası komplikasyonları önlemeye yönelik olarak düzenlenen ameliyat öncesi öğretim; cerrahi ve onunla ilgili işlemlerin açıklanması ile birlikte derin solunum, öksürük, bacak egzersizleri, yatakta dönme, mobilizasyon ve ağrıyı azaltmaya ilişkin hususları içermektedir (2,3,19).

Çalışmaya alınan bireylerin ameliyat öncesinde, ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi alıp almadıkları soruldu ve % 33.0'ü bilgi aldığı, % 67.0'ının bilgi almadığı saptanmıştır. Ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi için ameliyat öncesi ve sonrası döneme ilişkin hemşirelik bakımının önemi ve nasıl yapılması gerektiği temel eğitimlerde kazandırılmaya çalışılmasına rağmen gözlemler ve yapılan çalışmalar bu dönemlere yönelik uygulamaların oldukça eksik olduğunu göstermektedir (15,19). Hemşirelerin hastaları bilgilendirmeme, öğretim yapmama ve sistemli izlememe nedenlerinin araştırıldığı çalışmalarda zaman yokluğu, personel yokluğu, öğretim ve bilgilendirmenin diğer aktivitelerden daha az öncelikli görülmesi, hemşirelerin hasta öğretimi yapmaya hazır olmamaları ve yönetim desteğinin yetersiz olması gibi nedenler belirlenmiştir. Buna karşın ameliyat olmak üzere cerrahi kliniklerine kabul edilen hastaların yapılan uygulamalarla ilgili bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Bölükbaş çalışmasında hastaların % 77'sine ameliyat öncesi ve sonrası işlemler hakkında bilgi verilmemiş olduğunu ve hastaların % 95'inin bilgi almak istediklerini belirlemiştir (6). Kılıç'ın çalışmasında da, hastaların % 86'sının geçirecekleri cerrahi girişim, % 80'inin yapılacak işlemlerin amacı ve uygulama biçimi konusunda bilgi almak istedikleri saptanmıştır (90). Güler'in yaptığı çalışmada ise hemşirelerin hastaların % 27.3'üne ameliyat öncesi yalnızca hekim istemi doğrultusunda saat 24.⁰⁰'ten sonra aç kalma ve lavman konusunda bilgi verdikleri belirlenmiştir (91).

Bayraktar ve Eroğlu çalışmalarında, hastaların % 94'ünün bilgi almak istediklerini ancak hastaların % 62'sinin derin solunum ve öksürük, % 48'inin yatak içi egzersiz konusunda hiç bilgi almadığını, bilgi alanlarında hem ameliyattan sonraki dönemde hem de sözel ifadelerle bilgi aldıkları için, egzersizleri tekniğine

uygun yapamadıkları saptanmıştır (15). Bu incelemeler doğrultusunda ortaya çıkan bu durum çalışmamızda bulunan sonucu desteklemektedir

Çalışmamıza alınan bireylerin ambulasyonu kiminle birlikte uyguladığı soruldu ve % 2.8'inin hemşire ile, % 97.2'sinin refakatçisi ile birlikte uyguladığı saptanmıştır. Bu durum hastaların ameliyat sonrası dönemde sistemli hemşirelik bakımından etkin olarak yararlanamadıklarını göstermektedir. Ancak klinik koşullar göz önünde bulundurulduğunda hemşire ve personel sayısının yetersizliğinin de bu duruma etkisi olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca laparoskopik cerrahide ve sezaryende bireyler kısa süre hastane deneyimi yaşamaktadırlar. Bu durum hemşire-birey/aile etkileşim sürecinin etkin olarak kullanılmamasına da neden olmaktadır.

Cerrahi hemşireliği ameliyat olacak hastanın ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası bakımını kapsayan titiz ve dikkatli bir uygulama gerektiren zor bir görevdir. Bireyin ameliyat öncesi rutin işlemler hakkında bilgilendirilmesi, ameliyat süreci ve ameliyat sonrası dönemin özelliklerini anlaması ve sorumluluklarını yerine getirmesi ameliyat sonrasındaki iyileşme sürecini olumlu etkileyecektir. Bunun için; ameliyat öncesi dönemde bireylerin/ailelerin gereksinimleri değerlendirildikten sonra bireye/aileye özel eğitim planı düzenlenmelidir. Aile ve arkadaş üyelerinin bakıma katılması ameliyattan hemen sonra bakıma geçileceği ve kısa sürede taburcu olacakları için önemlidir (33).

Yılmaz'ın çalışmasında ameliyat sonrası hemşirelerin tamamının hastaların bilinç düzeyini ve periferal dolaşımını değerlendirme, yara bölgesini kanama yönünden kontrol gibi diğer yaşamsal izlemleri yapmadıkları, ameliyat notunu okumadıkları ve hastalara ameliyat sonrası egzersizleri yaptırtmadıkları belirlenmiştir. Kadın- Doğum kliniğinde doğum ve ameliyat sonrası sekiz saat içinde hastanın ayağa kaldırılarak hareketlendirilmesi rutin hemşirelik eylemleri arasına girmiş olduğundan bu klinikteki deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların tamamı ameliyat sonrası sekiz saat içinde ayağa kaldırılırken, diğer iki klinikte (cerrahi ve üroloji kliniği) kontrol grubunda bu eylemin yerine getirilmediği, hastaların hekimin isteği doğrultusunda hasta yakınları tarafından ayağa kaldırılarak hareketlendirildikleri belirlenmiştir. Bu konuda Kiliç'in yaptığı çalışmada hemşirelerin, ameliyat sonrası egzersizler ve erken ayağa kaldırmanın önemine yönelik bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (92).

Bireylere ambulasyon sonrasında mı gaz-gaita çıkardıkları soruldu ve sonuçta bireylerin bu soruya % 78.3'ü evet, % 21.7'sinin hayır yanıtını verdiği saptanmıştır. Ayrıca bu bireylere ameliyat sonrasında 24 saat içinde ilk ayağa kalktıktan sonra kaç kez ambule oldukları sorulduğunda ise % 6.6'sının 2 kez, % 10.4'ünün 3 kez, % 24.5'inin 4 kez, % 22.6'sının 5 kez, % 17.9'unun 6 kez, % 7.5'inin 7 kez, % 8.5'inin 8 kez, % 1.9'unun 10 kez ayağa kalktığı ortaya çıkmıştır. Bireylerin ameliyat sonrası erken ve sık ambulasyonunun erken dönemde gaz-gaita çıkarılmasını pozitif yönde etkilediği saptanmıştır. Minör cerrahi ameliyatlardan sonra ilk gaz çıkışı için geçen süre daha kısadır. Ameliyattan sonra karında hafif şişlik ve gaz hissi yaşanmaktadır. Ameliyat sonrası mide ve bağırsakların etkilenmesine ve gaz sancısına bağlı olarak yaşanan bu abdominal hassasiyet erken ve sık mobilizasyon ile giderilebilmektedir. Bu nedenle ameliyat sonrası bireylerin erken dönemde ambulasyonlarının sağlanması ve ambulasyon sıklığının önemi bireylere anlatılıp, uygulanması için cesaretlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (89).

Bacak hareketlerinin bağırsak peristaltizmini artırıcı etkisi olduğu bilinmektedir. Atalay'ın çalışmasında da; bağırsak- karın distansiyonunun giderilmesinde hastanın ayağa kaldırılması, yatak içinde aktif ve pasif harekette bulunmasının distansiyonu önlemede etkili olduğu ortaya çıkmıştır (2,19,66). Yapılan çalışmalar doğrultusunda araştırmamızda ortaya çıkan sonuçlar da erken ve sık ambulasyonun bağırsak fonksiyonlarını ve gaz-gaita çıkış zamanını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Ayrıca sık ambule olan bireylerin aynı zamanda ilk ayağa kalkma zamanları karşılaştırıldığında ilk 4-8 saat dilimi içinde % 18.6'sı 2-4 kez ayağa kalkarken, % 48.4'ü 5 kez ve daha fazla ayağa kalktığı ortaya çıkmıştır. Bireylerin, ameliyat sonrasında % 35.8'inin 4-8 saat, % 46.2'sinin 9-12 saat, % 13.2'sinin 13-24 saat grubu içinde ve % 4.8'inin 24 saat ve sonrasında ayağa kalktığı ve ameliyat sonrası ilk ayağa kalktıklarında % 26.4'ünün 5 dakika, % 73.6'sının 10 dakika ve üzerinde yürüyebildiği saptanmıştır.

Ameliyat sonrası bireylerin ilk 24 saat içinde ayağa kalkma sıklığı ile bağırsak fonksiyonları karşılaştırılmış ve % 32.6'sının 2-4 kez, % 98.4'ünün 5 kez ve üzerinde ayağa kalkmalarına bağlı olarak bağırsak fonksiyonlarının erken dönemde normale döndüğü görülmüştür. Bireylerin ayağa kalkma sıklığı ile ilk gaz-gaita çıkış günü

karşılaştırılmış % 63.2'sinin post-op 0.gün, % 30.2'sinin post-op 1.gün ve % 6.6'sının post-op 2.gün gaz-gaita çıkardığı saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin yaş grupları ile ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonları, ilk gaz- gaita çıkış günü, ilk ayağa kalkma zamanı, ambulasyon sıklığı ve hastanede kalış süresi karşılaştırılmış, sonuçta yaş faktörünün bu değişkenlerden ilk gaz-gaita çıkış günü, ilk ayağa kalkma zamanı ve hastanede kalış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$).

Bireylerin cinsiyetleri ile ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonları, ilk ayağa kalkma zamanı ve kabızlık şikayetleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çalışmamıza alınan bireylerin ilk ayağa kalkma zamanı ile bağırsak sesleri, ilk gaz-gaita çıkışı ve hastanede kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Ayrıca; kullanılan bu bağımsız değişkenlerin birbirleriyle olan diğer istatistiksel korelasyonlarında da anlamlılık ortaya çıkmıştır. Buna göre bireylerin erken dönemde ambulasyonunun sağlanması bağırsak fonksiyonlarında, gaz-gaita çıkışlarında ve hastanede kalış sürelerinde etkili olması yaptığımız çalışmanın önemini vurgulamaktadır.

Sonuç olarak; bireylerin ameliyat sonrası dönemde erken ambulasyonlarının sağlanması, bağırsak seslerinin normale dönmesinde ve gaz-gaita çıkışlarında etkili bir yöntem olup; bireylerin hastanede kalış sürelerini kısalttığı ortaya çıkmıştır.

6.SONUÇ

Araştırmamızda elde edilen veriler değerlendirildiğinde, ameliyat sonrası erken ayağa kalkan hastalarda anestezi nedeniyle etkilenen bağırsak fonksiyonlarının daha çabuk normale döndüğü ve ambulasyon sıklığının gaz-gaita çıkarmada etkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca erken ambulasyonu sağlanan hastaların hastanede kalış sürelerinin daha kısa olduğu ortaya çıkmıştır.

- **YAŞ**

Çalışmaya katılan bireylerin yaş grupları ile ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonları, ilk gaz- gaita çıkış günü, ilk ayağa kalkma zamanı, ambulasyon sıklığı ve hastanede kalış süresi karşılaştırılmış, sonuçta yaş faktörünün bu değişkenlerden ilk gaz-gaita çıkış günü, ilk ayağa kalkma zamanı ve hastanede kalış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$).

- **CİNSİYET**

Bireylerin cinsiyetleri ile ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonları, ilk ayağa kalkma zamanı ve kabızlık şikayetleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

- **ANESTEZİ TÜRÜ**

Çalışmaya katılan bireylere ameliyat esnasında uygulanan anestezi türünün, ameliyat sonrası bireylerin ilk gaz-gaita çıkış gününü etkilediği ortaya çıkmıştır ($p<0.01$).

- **TANI**

Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıları ile ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0.01$).

- **AMBULASYON SIKLIĞI**

Bireylerin ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde ayağa kalkma sıklığı ile bağırsak fonksiyonları, ilk ayağa kalkma zamanları ve ilk gaz-gaita çıkış günü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların büyük çoğunluğunun

bağırsak fonksiyonlarının normal, ilk gaz-gaita çıkış gününün pos-op 0.gün ve ilk ayağa kalkma zamanlarının 4-8 saat grubu içinde olduğu saptanmıştır (p<0.01).

- **HEMŞİRE**

Klinik koşullar göz önünde bulundurulduğunda hemşirelerin erken ambulasyon uygulamasında aktif rol almadığı saptanmıştır (Tablo 13).

- **BİLGİLENDİRME**

Doktor ya da hemşirenin hastaları ve ailelerini, ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası hakkında yeterince bilgilendirmediği ortaya çıkmıştır (Tablo 9).

7. ÖNERİLER

Araştırmamızdan elde edilen veriler değerlendirildiğinde şu öneriler getirilebilir:

1. Bireylerin yapılan bütün işlemlerden önce bilgi alma hakkına sahip oldukları göz önünde bulundurularak ameliyat öncesinde ve sonrasında anlayabilecekleri düzeyde bilgilendirilmesi.
2. Ameliyat sonrası komplikasyonları önlemeye yönelik olarak düzenlenen ameliyat öncesi öğretim; cerrahi ve onunla ilgili işlemlerin açıklanması ile birlikte derin solunum, öksürük, bacak egzersizleri, yatakta dönme, mobilizasyon ve ağrıyı azaltmaya ilişkin hususların klinik hemşiresi tarafından ameliyat öncesinde planlanması veya koşullara göre bu bilgileri verebilecek bir eğitim hemşiresinin belirlenmesi.
3. Bireylerin ameliyat sonrası oluşabilecek bu komplikasyonların önlenmesi için bağımsız katılımlarının sağlanması.
4. Ameliyat sonrası erken ambulasyon da ağrı son derece önemlidir. Ambulasyondan kaynaklanan ağrının azaltılması için bireylere, ağrıyı hafifletme tekniklerinin öğretilerek daha az analjezik kullanmalarının sağlanması.
5. Bireylere ameliyat sonrası dönemde erken ambulasyonun öneminin anlatılması.
6. Literatür incelemelerinde erken ambulasyon için herhangi bir süre verilmediği ortaya çıkmıştır. Bireylerin erken ambulasyon sürecinin geciktirilmemesi için kliniklerde hekim ve hemşirenin ortak görüşü ile erken ambulasyona yönelik olarak yapılan araştırmalar doğrultusunda; hastanın geçirdiği ameliyatın niteliği, genel durumu ve yaşı göz önünde bulundurularak belirli bir prosedür ve zamanlama programı oluşturulması.
7. Ameliyat sonrasında bireylerin erken ambulasyon konusunda cesaretlendirilmesi.
8. Ameliyat sonrası erken ambulasyon konusunda hekim ve hemşirenin işbirliğinin sağlanması.
9. Bireylerin ameliyat sonrasında ilk ayağa kalkma esnasında hekim ya da hemşirenin kontrolünde olması.

10. Bireylerin bağırsak seslerinin hekim ya da hemşire tarafından her gün kontrol edilip, gaz-gaita deşarjının olup olmadığının sorgulanması.
11. Kliniklerde sağlık personelinin yeterli sayıda bulundurulması.
12. Hemşirelerin bakım kapsamında yer alan eğitici, öğretici, danışmanlık rolleri ile ilgili sürekli olarak hizmet içi eğitim programları aracılığı ile bilgilerinin arttırılarak davranışlarının değiştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Babadağ K. (1992) Hemşireliğin Temel İlkeleri. *Anadolu Üniversitesi Yayınları*, Eskişehir
2. Lewis M.S., Collier C.İ., Heitkemper M.M. (1996) Medical Surgical Nursing, Mosby-Year Book Inc, *Fourth Edition*, s.1153-1155, 1299, 1540
3. Potter A.P., Perry G.A. (1995 a) Basic Nursing, Mosby Year Book, Inc.
4. Potter P.A., Perry A.G. (1995 b), Foundations in Nursing Theory and Practice, UK Edition, England
5. Veliöğlu P. (1999) Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alaş Ofset Matbaası, İstanbul
6. Bölükbaş N. (1992) Ameliyat Olacak Hastaların Hemşirelerden Beklentileri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi; 8(2): 21-28
7. Karakula S., Özgür G. (2000) Koroner Bypass Geçiren Hastalarda Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi K.D.C. Ad.İzmir, V. Ulusal Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kongresi Özet Kitabı*, Antalya
8. Erdal E. (1993) Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar, *Dağışan Ofset*, İzmir
9. Özmen E. (2001) Hasta Hekim İlişkileri Üzerine Notlar, *Parem Psikiyatri Notları*; 2(1):1-2
10. Karadağ M. (1999) Ayaktan Cerrahi Uygulamalarında Hasta Eğitimi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 3(2). 4-6
11. Bysshe J.E. (1988) The Effect Of Giving İnformation to Patient Before Surgery, *Nursing*, Vol3, No30, s.36-39
12. Karayurt Ö. (1998) Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Ağrı Ve Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, Cilt 2, Sayı 1, s.20-26
13. Radcliffe S. (1993) Preoperative İnformation: The Role of the Ward Nurse, *British Journal Of Nursing*, Vol 2, No 6, s.305-309
14. Kanto J., Laine M., Vuorriasa A., Salonen M. (1990) Preoperative Preparation, *Nursing Times*, Vol. 86, No. 20, s.39-41

15. Bayraktar N., Eroğlu K. (1995), Ameliyat Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yapılması Gereken Egzersizlere Yönelik Bilgileri, *Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, Cilt 2, Sayı 2, s.32-41
16. Black M.J., Mahassarini-Jacobs E. (1993) *Medical Surgical Nursing*, Wb. Saunders Company, London
17. Ignahavicius D.D., Warkman M.L., Mishler M.M. (1995) *Medical Surgical Nursing*, Saunders Company, London
18. Sayek İ. (1996), *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, s.71-75.
19. Yılmaz M.(2000) *Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara Ve Hasta Memnuniyetine Etkisi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Ankara
20. Kocaman G., Karayurt Ö., Özmen D., Yılmazmış I.(1993) *Hemşirelik Bakım Sonucunu Değerlendiren Bir Çalışma Örneği: Postoperatif Komplikasyonlar*, Uluslararası Kalite, Maliyet Ve Hemşirelik Sempozyumu, *Ege Üniversitesi Basımevi*, İzmir, s.227-231
21. Özmen D. (1996), *Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Departmanında Kalite Geliştirme Çalışması: Primer Hemşirelik*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), İzmir.
22. Kocatürk U. (1997) *Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü*, Ankara Üniversitesi Basımevi, 7.Basım, Ankara,
23. Parlatır İ., Güzaydın N. (1998) *Türkçe Sözlük*, Türk Tarih Kurumu Basımevi, 9.Baskı, Ankara.
24. Güler Ç. (1997), *Güneş Tıp Sözlüğü*, 1.Baskı, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara
25. Avery R., Bezmez S. (1998), Redhouse, Sev Matbaacılık, 27.Baskı, İstanbul
26. www.biology.online.org/dictionary/ Early Ambulation
27. Oether –Black, L.S. (1993) *Preoperative Preparation Historical Development*, Aorn Journal, Vol.57, No 6, s.1402-1415
28. Swindale J.E. (1989), *The Nurse's Role In Giving Pre-Operative Information to Reduce Anxiety in Patient Admitted To Hospital For Minor Elective Surgery*, *Journal Of Advanced Nursing*, Vol.14, s.899-905
29. Schwartz I.S., Shires G.T., Spencer G.F. (1988), *Principles of Surgery*, (Fifth Edition), McGraw-Hill Book Company

- 30.** Birol ve ark. (1993) İç Hastalıkları Hemşireliği. *Geliştirilmiş 4.Baskı*, Vehbi Koç Vakfı, Ankara
- 31.** Lemone R., Burke K.M. (1998), Medical Surgical Nursing, s.1501-1510
- 32.** Erdil F., Elbaş N.Ö. (1996) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, *Kaya Matbaacılık*, Ankara, s.447, 500-507
- 33.** Aytur T. (2001) Laparoskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Verilen Taburculuk Eğitiminin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- 34.** Keinbeck M., Hoffart T. (1994) Outpatient Recovery After Laparoscopic Cholecystectomy, *AORN Journal*, Vol 60, No 3, s.394-402
- 35.** Brockway P.M. (1997) The Ambulatory Surgical Nurse, *Nursing Clinics North America*, 32(2):387-3384
- 36.** Kocaman G. (1994) Ağrıda Hemşirelik Yaklaşımları, *Saray Tıp Kitabevi*, İzmir
- 37.** Yergül İ. (1993), Ağrı Ve Tedavisi, *Yapım Matbaacılık*, İzmir
- 38.** Ferrantex M.F., Vade Boncever R.T. (1993), Post-Operative Pain Management, Edited: Ferrante M.F., Churchill Livingstone, Newyork
- 39.** Kanan N. (1985) Preoperatif Eğitimin Postoperatif Ağrı Algılamasına Etkisi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul
- 40.** Luckman J., Sorensen K.C. (1993) Medical Surgical Nursing. *Second Edition*, Tokyo, s.312-337
- 41.** Varcarolis E.M. (1990), Foundation Of Psychiatric Mental Health Nursing, Philadelphia, *W.B. Saunders Company*, s.171-173
- 42.** Kurnaz G. (1999) Hasta ve Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Değerlendirmeleri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- 43.** Erdine S. (1998) Ağrının Hasta Tarafından Ölçülmesi, *Ağrı*, vol 1, s.1-5
- 44.** Dinççağ A., Erbil Y., Bozbora A., Özarmağan S. (1992), Postoperatuar Analjezi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, vol 4, s.283-287
- 45.** Parnass S.M. (1993) The Ambulatory Surgical Nurse, Post Anesthesia Care Nursing; 28(3):377-531

46. Çolakoğlu N., Duyar O. (1999), Minör Jinekolojik Ameliyatlarda Anestezi, *Klinik Bilimler*; 1(8):140-146
47. Fidangül A. (2003) Ameliyat Öncesi Akşamı Hastaların Aksiyete Düzeyleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara
48. Geçtan E. (2000) Psikanaliz Ve Sonrası, 9.Baskı, *Remzi Kitabevi*, s.244-252
49. Ağalar F., Ünal F. (1995) Hasta Hekim İlişkilerinde Hastanın Beklentileri, *Sürekli Tıp Dergisi*, 4(12): 419-421
50. Varol Ş., Özbayır T. (2000) Sedatif Müziğin Preoperatif Kaygı Düzeyine, İntraoperatif Kan Basıncı ve Nabız Parametrelerine Etkisi, *Hemşirelik Forum Dergisi*, 3(6): 15-18
51. Arıkan K. (1999) Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Depresyon Tanısı ve Ayırıcı Tanı, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon Ve Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*, İstanbul, s.35-45
52. Kayhan C. (2003) Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyon
53. Erdil F., Elbaş Özhan N. (2001) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, *IV. Baskı, Aydoğdu Ofset*, Ankara
54. Sabuncu N., Alpar Ş., Karabacak Ü. (1998) Anestezi Öncesi Dönemde Yapılan İletişimin Anksiyete Düzeyine Etkisi, *Ulusal Cerrahi Kongresi*, İzmir
55. Fishel A.H. (1998) Nursing Management of Anxiety and Panic, *Nursing Clinic of North America*, March, 33(1): 135-151
56. Yıldız M. (1999) Batın Ameliyatı Olan Hastalarda Ağrı Özellikleri, Etkileyen Etmenler Ve Ağrı Yönetiminin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir
57. Coşkun İ. ve ark. (1991), Elektif Kolesistektomide İnsizyon Yerine Uzun Etkili Lokal Anestezik (Bupivacaine HCL) Uygulamasının Solunum Fonksiyonları ve Atektazi Üzerine Olan Etkisi, *Çağdaş Cerrahi Dergisi*, 5(1): 229-232
58. Gönüllü N.Ç., Ersoy G., Utkan N.Z., Dülger M. (1992), Postoperatif Üriner Retansiyonun Tedavisinde Sempatomimetikler ve Alfa Adrenerjik Blokörler, *Cerrahi Tıp Bülteni*, Cilt 1, Sayı1, s.26-29

59. Wren R.K., Wren L.T. (1996) Postsurgical Ürinary Retention Ürologic Nursing, 16(2):45-9
60. Clagett P.G. (1994), Prevention of Postoperative Venous tromboembolism: An Update, The American Journal Of Surgery, vol 68, s. 515-521
61. Clagett P.G., Anderson F.A., Levine N.M., Salzman W.E., Wheeler B.H., (1992) Prevention of Venous Trombosis, The American Journal Of Surgery, Vol 157, s.413-418
62. Guyton C.A., Hall E.J. (Çev. Ed. HayrÜnnisa Çavuşoğlu) (1996), Tıbbi Fizyoloji, YÜce Yayım, İstanbul
63. Hickey A. (1994), Catchig Deep Vein Thrombosis in Time, *Nursing 94*, Oct.,S.34-41
64. Mcconnell A.E. (1991) Preventing Postop Complications, *Nursing 91*, Vol 21, Number 11, S.33-45
65. Kocataş S. (2000) Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Konstipasyonu Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Sivas
66. Koçkar C.(1999) Kronik Kabızlık Tedavi İlkeleri, *İlaç Ve Tedavi Dergisi*, 12(1):26-2
67. Saraçoğlu F. (Ed) (1996) Özet Temel Ve Klinik Bilimler, 2. Yenilenmiş Baskı, Güneş Kitabevi Yayınları, Ankara
68. Tucker S.M. ve ark (1996) Patient Care Standarts, *Six Edition*, St Louis, Mosby Year Book
69. Yılmaz C., (Ed) (1998), İç Hastalıkları, 3.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Savaş Ciltevi, İzmir
70. Wald A. (1993) Constipation in elderly patients:pathogenesis and management. *Drugs-Aging*, 3(3): 220-231
71. Biberöğlu S. (1991) Temel Tedavi, 1.Baskı, Güneş Kitabevi Yayını, Ankara
72. Nazarko L. (1993) Preventing Constipation, *Elder Care*, 5(2): 32-33
73. Atalay M. (Ed) (1997) Hemşirelik Esasları El Kitabı. *Vehbi Koç Vakfi Yayınları*, İstanbul
74. Abyad A. ve ark. (1996), Constipation: common sense care of the older patient, *Geriatric*, 51(12):28-34,36

- 75.** Khan M.G. (1997) Kalp Hastalıkları Tanı ve Tedavisi (Çev. Canbek E.N.) Turgut Yayıncılık, İstanbul
- 76.** Akdemir N. (Ed) (1998) İç hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:9, İstanbul
- 77.** Norton C. (1996) The Causes and Nursing Management of Constipation, British Journal Nursing, 5(20): 1252-1258
- 78.** Shuldham C. (1999) A Review of The Impact of Pre-Operative education on Recovery from Surgery, Int J. Nurs. Stud; 36(2):171-7
- 79.** Bölükbaşı N. (2000) Kardiyak rehabilitasyon. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y, editors. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi; s.1142-58.
- 80.** www.turk-ortopedi.net/yurume/yardimci17.htm
- 81.** www.ato.org.tr/konuk/geriatri
- 82.** www.itfnoroloji.org/rehab/rehab.htm - 48k
- 83.** www.osteoporoz.org/html/rehabitasyon
- 84.** Barbara K.B. (1998) Monitoring Patients After Surgery, AORN Journal, 67 (6): 1151
- 85.** Ehrenfeld M. (1998) Nursing And Home Care In Europe. Int. Nurs. Rev 45(2): 61-64
- 86.** Yıldız K. (2003) Postoperatif Dönemde Spinal Anesteziye Bağlı Komplikasyonlar ve Hastanede Yatış Süresine Etkisi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyon
- 87.** Barash P.G., Cullen B.F., Stoelting R.K. (Çev. Elar Z., Karcı A., Öztekin S.) (1999) Klinik Anestezi El Kitabı, 3.Baskı, Logos Yayıncılık Tic. A.Ş., İstanbul
- 88.** Tuncer Y.C. (1999) Tek Doz Spinal Anestezi İle Sürekli Spinal Anestezi'nin Karşılaştırılması, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi
- 89.** Yavuz M. (1999) Laparoskopik Gününbirlik Cerrahi Uygulamaları, Laparoskopik Cerrahi Hemşireliği Kurs Notları, İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi, İzmir, s.10-11
- 90.** Kılıç S. (1993) Cerrahi Hastasının Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımına İlişkin Beklentileri, Hemşirelik Bülteni, cilt 7, sayı 30

- 91.** Güler H. (1995) Histerektomi Ameliyatı Öncesi Ve Sonrasında Ortaya Çıkan Sorunlarla Başetme De Hemşirelik Müdahalesinin Etkisi, (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Hacettepe Ünivesitesi, Ankara
- 92.** Kiliç G. (1995) Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Hasta Bakımına İlişkin Bilgi Ve Uygulama Düzeyleri, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Sivas
- 93.** www.anakarder.com
- 94.** www.geriatri.dergisi.org
- 95.** www.turkforum.net
- 96.** www.travma.org

EK – 1

HASTA TANITIM FORMU

- 1) Yaşınız:
 - a) 24 yaş ve altı
 - b) 25-44
 - c) 45-65

- 2) Cinsiyetiniz :
 - a) Kadın
 - b) Erkek

- 3) Medeni durumunuz:
 - a) Bekar
 - b) Evli
 - c) Boşanmış

- 4) Öğrenim durumunuz:
 - a) Okur yazar değil
 - b) İlkokul mezunu
 - c) Ortaokul mezunu
 - d) Lise mezunu
 - e) Üniversite mezunu

- 5) Mesleğiniz :
 - a) Memur
 - b) İşçi
 - c) Serbest
 - d) Ev Hanımı
 - e) Emekli

- 6) Sosyal güvenceniz :
 - a) Yok
 - b) Emekli sandığı
 - c) Bağ-kur
 - d) Sigorta
 - e) Yeşil kart
 - f) Diğer.....

7) Kaçınıcı kez hastaneye yatıyorsunuz ?

- a) İlk defa
- b) 2.defa
- c) 3.defa
- d) 4 ve üzeri

8) Daha önce ameliyat geçirdiniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

9) Cevabınız evet ise hangi ameliyatı geçirdiniz?

.....

10) Tanı :

11) Ameliyat esnasında uygulanan anestezi türü:

- a) Genel anestezi
- b) Spinal anestezi
- c) Epidural anestezi

12) Ameliyat öncesinde ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verildi mi ?

- a) Evet
- b) Hayır

13) Ameliyat sonrası ne zaman gaz – gaita çıkışı oldu?

- a) Post – op 0.Gün
- b) Post – op 1.Gün
- c) Post – op 2.Gün

14) Ameliyat sonrası barsak sesleri :

- a) Normal
- b) Azalmış
- c) Artmış
- d) Yok

15) Ameliyat sonrası ne zaman ayağa kalktınız ?

- a) 0 – 4 saat
- b) 5 – 8 saat
- c) 9 – 12 saat
- d) 13 – 24 saat
- e) 24 saat ve üzeri

16) Ameliyat sonrası ambulasyon ne kadar sürdü ?

.....

17) Ameliyat sonrası gün içerisindeki ambulasyon sıklığı ?

.....

18) Gaz- gaita çıkışı ayağa kalktıktan sonra mı oldu?

- a) Evet
- b) Hayır

19) Ayağa kalkma zamanı 24 saati aşıyorsa nedeni:

- a) Ağrı
- b) İsteksizlik
- c) Halsizlik
- d) Diğer

20) Ambulasyonu (ayağa kalkmanızı) kim önerdi ?

- a) Doktor
- b) Hemşire

21) Ambulasyonu kiminle birlikte uyguladınız ?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Hasta bakıcı
- d) Refakatçi

22) Ameliyat öncesi kabızlık şikayetiniz var mıydı?

- a) Evet
- b) Hayır

23) Kabızlık şikayetiniz varsa kaç gün arayla dışkılama yaptınız ?

- a) 2 günde 1 defa
- b) 3 günde 1 defa
- c) 4 gün ve üzerinde 1 defa

24) Ameliyat sonrası kabızlık şikayetiniz oldu mu ?

- a) Evet
- b) Hayır

25) Ameliyat sonrası lavman uygulandı mı ?

- a) Evet
- b) Hayır

26) Cevabınız evet ise nedeni ve ne yapıldığı hakkında bilginiz var mı ?

.....

27) Lavman uygulandıktan sonra şikayetleriniz devam etti mi ?

- a) Evet
- b) Hayır

28) Ameliyattan sonra hastanede kalış süreniz :

- a) 1 Gün
- b) 2 Gün
- c) 3 Gün
- d) 4 Gün ve Üzeri