



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HASTALARIN SOSYOKÜLTÜREL YAPILARI
VE BİREYSEL ALIŞKANLIKLARI İLE AMELİYAT SONRASI
ERKEN DÖNEM KOMPLİKASYONLAR ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

MİNA SADRADDİNİ
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL – 2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

01.06.2023

Mina Sadraddini

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında ilgi ve desteği ile bana yol gösteren, tez konumun belirlenmesi, çalışmamın planlanması, gerçekleştirilmesi ve sonuçlandırılmasında her türlü bilimsel tecrübelerini esirgemeyen benimle paylaşan çok değerli tez danışmanım

Sayın Prof. Dr. Deniz ŞELİMENE'e

Çalışmanın gerçekleştirilmesinde ve bu günlere gelmemde, sonsuz emeği olan, kıymetli zamanını ayırıp tüm içtenliği, desteği ve bilgisiyle yol gösteren, önemli katkılar sağlayan çok değerli hocam

Dr. Öğr. Üyesi Sn. Banu Kartan'a

Katkıları ve destekleri için jüri üyesi Kıymetli ve değerli hocalarım;

Prof. Dr. Sn. Aysel GÜRKAN'a

Prof. Dr.Sn. Nevin KANAN'a

Prof. Dr. Sn. Sonay GÖKTAŞ'a,

Prof. Dr. Sn. İkbâl ÇAVDAR'a,

Doç. Dr. Sn. Selda RİZALAR'a

Dr. Öğr. Üyesi. Sn. Gülten OKUROĞLU'ya

İstatistiksel anlamda çalışmama destek veren Sn. Fatih Hoca'ya

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü, Sayın Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU, ve Enstitü Müdür Yardımcısı, Sayın Prof. Dr. Hasibe KADIOĞLU ve tüm diğer Enstitü idari bölümü kadrosuna Katkıları ve destekleri için,

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticileri'ne ve Cerrahi Kliniği'nde çalışan meslektaşlarıma ve çalışmaya katılarak bu araştırmanın gerçekleşmesini sağlayan tüm hastalarım,

Teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Sevgiyle yolumu hep aydınlatan hiçbir zaman hakları, ödenmeyecek canım sevgili annem ve Bu günlere gelmemde, varlığı ile bana güç veren, beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, Hayatımın anlamı, yaşama sevincim kızım Kimiya' ya

sonsuz sevgilerimi sunuyorum.

En son.... Hayatı boyunca desteğini benden esirgemeyen, her türlü fedakârlığı, varlıklarıyla her zaman yanımda olan, bana güç veren ve elimi hiç bırakmayan çok sevdiğim yol arkadaşım, eşimin temiz ruhuna bu tezi tüm varlığım ile ithaf ediyorum.

Mina SADRADDİNİ

2023

İÇİNDEKİLER

KISITLAMALAR	i
TABLolar LİSTESİ	ii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Yaşam ve Sağlık	8
4.2. Kültür	8
4.3. Sağlıkla İlgili Kültürel Faktörler	9
4.4. Kişisel Hijyen	9
4.5. Uyku	10
4.6. Beslenme	10
4.6.1. Su Tüketimi;	11
4.6.2. Süt ve süt ürünlerinin beslenmedeki yeri	12
4.6.3. Obezite	12
4.7. Fiziksel Aktivite	12
4.8. Alışkanlıklar	13
4.8.1. Alkol	13
4.8.2. Sigara	13
4.9. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar	14
4.9.1. Ameliyat sonrası dönemde ağrı	15
4.9.2. Isı regülasyonu bozuklukları	15
4.9.3. Yara yeri komplikasyonları	16
4.9.4. Cerrahi Alan Enfeksiyonları (CAE)	17
4.9.5. Solunum sistemi komplikasyonları	18
4.9.6. Kardiyovasküler komplikasyonlar	18
4.9.7. Gastrointestinal komplikasyonlar	20
4.9.8. Üriner sistem komplikasyonları	22
4.9.9. Psikiyatrik Komplikasyonlar	23
4.9.10. Diğer Komplikasyonlar	24
4.10. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi	25
5. GEREÇ VE YÖNTEM	26
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	26
5.2. Araştırmanın Soruları	26
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:	26
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
5.4.1. Araştırmanın evreni	27

5.4.2. Araştırmanın örneklem.....	27
5.4.3. Araştırmaya dahil olma kriterleri;	27
5.5 Araştırmanın Değişkenleri	27
5.5.1.Araştırmanın bağımlı değişkenleri;	27
5.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri;.....	27
5.6. Verilerin Toplanması.....	28
5.6.1. Hasta bilgi formu (EK-3)	28
5.6.2. “Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Bilgi Formu” (EK-4),.....	28
5.6.3. Hastada Gelişen Erken Dönem Komplikasyonlar Formu (Ek-5),.....	28
5.7. Araştırmanın Uygulanması	29
5.7.1. İlk aşama:	29
5.7.2. İkinci aşama:.....	29
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
5.9. Araştırmanın Etik Yönü	30
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
6. BULGULAR	31
6.1. Batın ameliyatı uygulanan hastaların, sosyodemografik özellikleri ile erken dönem komplikasyon gelişme durumu arasındaki ilişki bulgular.....	32
6.2. Batın ameliyatı sonrası komplikasyon gelişen ve komplikasyon gelişmeyen hastaların arasındaki ilişki bulguları	38
6.3. Batın ameliyatı geçiren hastaların bireysel özellikleri ile erken dönem gelişen komplikasyonların değerlendirildiği bulguları.....	49
6.4. Batın Ameliyatı Uygulanan Hastaların Erken Dönem Komplikasyon Gelişme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Lojistik Regresyon).....	52
7. TARTIŞMA.....	55
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	78
8.1. Sonuçlar.....	78
8.2. Öneriler.....	80
9. KAYNAKLAR.....	81
10. ÖZGEÇMİŞ	112
11. EKLER	114

KISITLAMALAR

ARDS	: Akut Respiratuar Distres Sendromu
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
CAE	: Cerrahi Alan Enfeksiyonları
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KB	: Kan Basıncı
KVH	: Kardio Vasküler Hastalıkları
M Ü	: Marmara Üniversitesi
NGT	: Nazo Gastrik Tüp
PSK	: Postoperatif Solunum Komplikasyonları
TKrHRF	: Türkiye Kronik Hastalıklar ve risk Faktörleri Sıklığı
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi
ASA	: American Society of Anesthesiologists

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 6.1.1. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (N=415)	33
Tablo 6.1.2. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumlarının dağılımı (N=207)	34
Tablo 6.1.3. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile hastanede yatış nedeni arasındaki ilişki (N=415)	35
Tablo 6.1.4. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumlarının kronik hastalık öyküsüne, ilaç kullanma, daha önce cerrahi işlem geçirmeye göre dağılımı (N=415)	36
Tablo 6.2.1. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile uyku alışkanlıkları arasındaki ilişkinin dağılımı (N=415)	39
Tablo 6.2.2. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile kullanılan tuz miktarı arasındaki ilişkinin dağılımı (N=415)	40
Tablo 6.2.3. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumlarının günlük su tüketimi ve su dışındaki içeceklerin tüketimine göre ilişki durumunun dağılımı (N=415)	41
Tablo 6.2.4. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile kilo kaybı arasındaki ilişkinin dağılımı (N=415)	43
Tablo 6.2.5. Batın ameliyatı uygulanan hastalarda, BKİ durumu ile gelişen erken dönem komplikasyonlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (N=415)	45
Tablo 6.2.6. Batın ameliyatı uygulanan hastaların, erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile spor yapma alışkanlık arasındaki ilişkinin dağılımı (N=415)	46
Tablo 6.2.7. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile sigara içme ve alkol kullanma alışkanlıklar arasındaki ilişkinin dağılımı (N=415)	47
Tablo 6.3.1. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile anestezi süresi arasındaki ilişkinin dağılımı (N=415)	49
Tablo 6.3.2. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durum ile NGT ve idrar sondası takılma arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (N=415)	50
Tablo 6.4.1. Batın Ameliyatı Uygulanan Hastaların, Erken Dönem Komplikasyon Gelişme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Lojistik Regresyon)	53

Cerrahi Hastaların Sosyokültürel Yapıları ve Bireysel Alışkanlıkları ile Ameliyat Sonrası Erken Dönem Komplikasyonlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
Öğrencinin adı: Mina SADRADDİNİ

Danışman: Prof. Dr. Hayriye Deniz ŞELİMEN

Anabilim Dalı: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Genel anestezi ile açık batın ameliyatı uygulanan hastaların sosyokültürel yapıları ve bireysel alışkanlıkları ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı tasarımla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın örneklemini; İstanbul ilinde Marmara Üniversitesi (M.Ü.) Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğinde (batın ameliyatı) uygulanan ve 1 Ocak 2013 - 31 Aralık 2015 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 415 hasta oluşturdu. Araştırmada veriler, toplam 45 sorudan oluşan veri toplama formları kullanarak, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmek yöntemile ve hasta dosyasından elde edildi. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22,0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Kategorik değişkenler için frekans ve yüzde, sürekli değişkenler için ortalama ile standart sapma hesaplandı. Kategorik değişkenler arasındaki dağılım farklılıklarını incelemek amacıyla ki-kare testi yapıldı.

Bulgular: Batın ameliyatı yapılan hastaların çoğunluğu erkek, ilk ve ortaokul mezunu, normal kiloda olduğu ve çalışmadığı belirlendi. Gelişen komplikasyonların sıklıkla ameliyat sonrası ilk gün ve sırasıyla gastrointestinal, kardiyovasküler, solunum sistemi ve yara yeri komplikasyonları olarak geliştiği saptandı. Uyku problemi, kronik hastalık öyküsü, günlük içilen çay ve süt/ayran miktarı, ameliyat öncesi kilo kaybı, sigara kullanım durumu, nazogastrik tüp kullanımı, idrar sondası varlığı ile gelişen erken dönem komplikasyonlar arasında istatistiksel açıdan pozitif ilişkili anlamlı bir fark olduğu belirlendi.

Sonuçlar: Cerrahi girişimlerde en önemli sorunların başında ameliyat sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar ve bunlarla hızlı ve etkin başetme yöntemlerini uygulamadaki bilgi eksikliği gelmektedir. Bu sonuçlar ışığında, komplikasyonları önlemeye yönelik stratejilerin hazırlanması, komplikasyonların gelişimi ile ilişkili değiştirilebilir risk faktörlerinin belirlenmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Batın ameliyatı, bireysel alışkanlıklar, erken dönem komplikasyonlar

Evaluation of the Relationship Between Sociocultural Structures and Individual Habits of Surgical Patients and Early Postoperative Complications

Student's Name : Mina SADRADDINI

Advisor: Prof. Dr. Hayriye Deniz ŞELİMEN

Department: Department of Surgical Diseases Nursing

2. SUMMARY

Aim: This descriptive design was conducted to evaluate the relationship between sociocultural structures and individual habits of patients who underwent open abdominal surgery under general anesthesia and early postoperative complications.

Materials and Methods: The sample of the study; It consisted of 415 patients who were applied in the general surgery clinic (abdominal surgery) of Marmara University (M.Ü.) Pendik Training and Research Hospital in Istanbul and were hospitalized between January 1, 2013 and December 31, 2015. The data in the study were obtained by the researcher by interviewing the patients face-to-face and obtaining information from the patient file, using data collection forms consisting of 45 questions in total, which were prepared in line with the literature and expert opinions, after the purpose of the study was explained to the patients who met the sampling criteria. The data obtained in the research were analyzed using the SPSS 22.0 program. Frequency and percentage were calculated for categorical variables, and mean and standard deviation were calculated for continuous variables. Chi-square test was performed to examine the distribution differences between categorical variables.

Results: It was determined that the majority of patients who underwent abdominal surgery were male, primary and secondary school graduates, were of normal weight and were not working. It was determined that there was a statistically positive and significant difference between sleep problems, chronic disease history, daily tea and milk/ayran amount, preoperative weight loss, smoking status, nasogastric tube use, presence of urinary catheter and developing early complications.

Conclusions: One of the most important problems in surgical interventions is the postoperative complications and the lack of knowledge in applying fast and effective methods of coping with them. In the light of these results, it is important to prepare strategies to prevent complications and to identify modifiable risk factors associated with the development of complications.

Keywords: Abdominal surgery, individual habits, early complications

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Çok eski yıllardan beri insan toplulukları yaşamak için doğaya ve birbirlerine karşı oldukça zorlu bir savaş vermişlerdir. İnsanların benzerliklerinin ve farklılıklarının ortaya çıktığı bu uzun süreçte; bireyin fiziksel, mental, ruhsal, sosyokültürel bir varlık olduğu anlaşılmış ve insanın daima çevresiyle etkileşim içerisinde bulunduğu gerçeğinden yola çıkarak bütüncül sağlık yaklaşımı gündeme gelmiştir. İnsanı mekanik bir varlık olarak ele alan modern tıp uygulamalarının, insan organizmasının biyolojik yanı sıra psikolojik ve sosyal yönüyle de ilgileniyor olmasının hayati bir önem taşıdığı vurgulanmaktadır. İnsan biyolojik, psikolojik ve sosyal unsurların dinamik etkileşimleri altında olan bir organizmadır (Korucu ve ark., 2021; Ünsal, 2017; Okçay, 2009; Özyıldız, 2006). Herkes farklı genetik yapıya sahiptir. Her bireyin farklı durumlarda farklı biyolojik ve psikolojik tepkiler vermesinin sebebinin bu farklılıklar olduğu bilinmektedir. Ayrıca kişinin sosyal çevresi, tecrübe ettiği bir sağlık sıkıntısı karşısındaki davranışlarını da etkilemektedir (Korucu ve ark., 2021). Yapılan çalışmalarda, psikolojik ve sosyal faktörlerin hastalıkların ortaya çıkmasında önemli risk oluşturduğu belirtilmekte ve bu nedenle de risklerin neler olabileceği konusunun önemi vurgulanmaktadır (Ekizer, 2020; Ünsal, 2017; Turgul ve ark., 2002).

Sağlık Sosyolojisi insan-toplum ilişkisinden yola çıkarak hastalık ve sağlık kavramlarını tanımlamış ve sağlık ile hastalığın nedenlerini toplumsal bağlamda ele alarak açıklamaya çalışmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre "sağlık yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halini" ifade etmektedir. Hastalık kavramı irdelendiğinde; biyopsikososyal bir varlık olan insanın homeostatik dengesinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal durumunun bir ahenk içerisinde olmasının ne kadar önemli olduğu görülmektedir. İnsan organizmasında gelişen bu duruma çok değişik ve karmaşık yanıtlar veren bireyler; hasta olma, hastane deneyimi yaşama ve kendi bedenlerine dışardan müdahale edilme halinde bu durumu tehlike olarak algılamaktadırlar (Yardakçı., 2004). Bu nedenle de her hastayı kendi biyolojik yapısı, psikolojik özellikleri ve sosyal çevresi kapsamında değerlendirmek gerekmektedir (Ünsal., 2017).

ABD'de sağlık kavramı kişilerin, "hayatlarını devam ettirebilmelerinden", "hastalığa yakalanmamalarına", "günlük aktivitelerini gerçekleştirebilme becerilerine", "mutluluk duygusuna sahipliklerine" bununla beraber "iyilik durumunun elde edilmesine" kadar benzer olmayan hallerde tanımlar yapılmasına sebebiyet vermiştir (Aytaç ve Kurttaş., 2015).

Çevre, insanı etkileyen ve saran tüm durumları ve olayları içine alır. Biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlık olarak tanımlanan insan, biyolojik, fiziksel ve sosyal bir çevre içinde, bu ortamlardaki çeşitli etmenlerin karşılıklı etkileşimi sonucu gelişerek varlığını sürdürür (Ünsal., 2017). Kişinin hastalık olgusu hakkındaki tutumunun, alışkanlıklarının, yaşam biçiminin ve sağlık sisteminden yararlanma şeklinin kişinin sağlıklı olma durumunu etkileyen etmenlerden olduğu söylenmektedir. Dolayısıyla, kişinin herhangi bir rahatsızlık durumundaki davranışından alışkanlıklarına kadar her etkeni değerlendirmek gerekmektedir (Akbulut., 2023).

İnsanın sosyo-kültürel durumunun değerlendirmesinin de oldukça yol gösterici olduğu vurgulanmaktadır. Kültür insanların birbirleriyle ve çevresiyle etkileşimin örgütlenmiş ve birikmiş ürünüdür. Adetler, örfler, gelenek ve görenekler ile değerler bu kültür mirasının içerisinde yer alır. Kültür nesiller boyunca devam ettirilen sosyal ve etnik grup davranışlarını, inançlarını ve tutumlarını içerir. Din, dil, aile yapısı, çocuğun eğitimi ve beslenme alışkanlıkları toplumlara göre büyük ölçüde değişiklik göstermektedir (Ekizer., 2020). Kişinin sahip olduğu kültürde hastalığın tanımını, hastalığı yaşama şeklini ve hastalığın doğasını, ayrıca sosyal çevrenin kişiye olan tutumlarını da anlamlı bir biçimde etkilediği bilinmektedir (Korucu ve ark., 2021; Ekizer, 2020; Aytaç ve Kurttaş, 2015). Sağlık durumları bireysel ve çevresel faktörlerden etkilendiği kadar kültürel uygulamalardan da etkilenmektedir. Yıllardır belli kültürel özelliklerini sürdürebilmek için çaba gösteren insan toplulukları bunu sağlık davranışlarında göstermişler ve sağlık sorunlarının çözümünü kültürel birikimlerinde aramışlardır. Bu tanımdan yola çıkarak kişinin sağlığı üzerinde toplumsal kültürün doğrudan etkisinin olacağını söylemek mümkündür (Ünsal, 2017; Taşçı, 2009). Bir hastalığın hastalık olarak kabulü, tedavi usulleri toplumdan topluma büyük değişiklikler göstermektedir. İnsanın toplumsal bir ortam içerisinde hayatını sürdürmesi ve bu toplumun oluşturduğu kültürel yapıya belli bir aidiyetinin olması sağlık ve hastalık kavramlarını algılayışı üzerinde büyük etkiye sahiptir. Tıbbi sosyoloji denilen kavram ise bu insan-kültür-hastalık algısı etkileşiminden doğmuştur. Tıbbi sosyoloji hastalık üzerinde mikroorganizmalar kadar toplumun da etkisinin olduğunu ileri sürmektedir. Bir insanın sağlık ve rahatsızlık hakkındaki temel inançları kültürden kültüre değişeceği için hemşireler kültürel olarak farklı hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için kendilerinin “kültürel yeteneklerini geliştirme” ihtiyacı duyarlar (Ekizer, 2020; Yardakçı, 2004).

Günümüzde, insan yaşamının her anını etkileyen teknolojik gelişmeler bir yandan yaşamı kolaylaştırırken diğer yandan da insanları hareketsiz, sosyal yaşamdan uzak ve stresli bir yaşam biçimine yönlendirilmektedir. Dünyada sık görülen kronik hastalıklara bağlı ölümlerin

çoğundan sorumlu olan ve değiştirilebilir risk faktörleri arasında; yetersiz ve dengesiz beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, alkol ve sigara kullanımı sayılabilir (Gündüzhan, 2020; Sanrı, 2014; Hızel Bülbül, 2006). Teknolojiler, sağlık hizmetlerinin sunumu, bireylerin sağlığının sürdürülmesi, hastalıkların ortaya çıkmasının geciktirilmesi ya da engellenmesi ve sağlık sorunlarına çözüm bulmak amacı ile kullanılmaktadır. Özellikle sağlığa yönelik teknolojilerde ortaya çıkan hızlı gelişmeler, hasta bakımı kalitesinin artması, anestezi ve cerrahi tekniklerdeki gelişmeler; cerrahi girişimlerin yaygın bir tedavi yöntemi haline gelmesinde en etkin faktörlerdir. Ancak her cerrahi girişimde sorun gelişme olasılığı bulunmaktadır. Minör ya da majör girişim fark etmeksizin yapılan bütün cerrahi girişimlerden sonra hedeflenmeyen ve istenmeyen bir durum olan komplikasyonlar ortaya çıkabilir (Ünsal, 2017; Zeki Günlüoğlu, 2010).

Cerrahi girişimlerde en önemli sorunların başında ameliyat sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar ve bunlarla hızlı ve etkin baş etme yöntemlerini uygulamadaki bilgi eksikliği gelmektedir. Hastalar cerrahi komplikasyonlardan veya ameliyata bağlı olarak hayatının değişmesinden korkup (Jawaid ve Mushtaq, 2007), kaygılanırken (Shoar ve ark., 2016; Akinsulore ve ark., 2015), diğer yandan cerrahi sonrasında da ağrı (Gan, 2017; Luo ve Min, 2017), uykusuzluk (Krenk ve ark., 2014; Krenk ve ark., 2012) bulantı-kusma (Shaikh ve ark., 2016; Sherif ve ark., 2015), anksiyete (Hansen., 2015) gibi semptomlarla da başa çıkmak zorunda kalmaktadır. Teknik yöntemlere, kurallara en uygun şekilde çalışan, yüksek deneyimli ve dikkatli uygulayıcılar bile bu komplikasyonlarla karşılaşabilmektedirler (Yavaşcağlu ve ark., 2009).

Ameliyat sonrası komplikasyonlar çoğu zaman düzeltilebilirken, bazen kalıcı sekel bırakabilir ya da hastayı yaşamsal risk altına sokabilir. Cerrahi komplikasyonlar potansiyel olarak morbidite ve mortalite nedenidir (Acar., 2019). Türkiye’de ve dünyadaki nüfus artışıyla beraber bireylerin hastanelerde uzun süre tedavi ve bakım hizmetlerini alması önemli ekonomik yüke neden olmaktadır. Hastanelerde uygulanan ve uzun süren tedaviler, kişilerde hastane yatışına bağlı olarak psikolojik, fiziksel ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir (Ünsal., 2017). Bu nedenle komplikasyon gelişmemesi için yeterli bilgi akışının sağlanması ve gerekli önlemlerin alınması, komplikasyon geliştiği takdirde erken farkedilmesi ve gerekli girişimlerin hemen yapılması büyük önem taşımaktadır. Örneğin sigaranın bırakılması, aşırı şişman hastaların beden kütlelerinin azaltılması gibi yaklaşımlar komplikasyon riskini azaltmada yardımcıdır (Uras, 2010; Grubb, 2007). Cerrahi öncesi değerlendirme ile cerrahi öncesi, sırası ve sonrası gerekli önleyici tedbirlerin alınması ve tedavinin planlanması önemlidir (Acar, 2019; Glaysher ve Cresswell, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü, gelişmiş ülkelerde ölüm nedenlerinin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerde ise %40-50'sinin yaşam biçimine bağlı olduğunu bildirmektedir (Karabulut, 2018; Kolaç ve ark., 2019; Şen ve ark., 2017; Şimşek ve ark., 2012; Cürcani, 2010; Özkan, 2008; Zaybak, 2004). Günümüzde insanların değer yargıları değişmiş, davranışları ve bilgi birikimleri geçmiştekenden çok farklılaşmıştır. İnsanlar daha karmaşık ve daha yüksek beklentileri olan bireyler haline dönüşmüştür (Budak., 2005). Amaç cerrahi bir girişim sonrasında bakımın kalitesini arttırmak ve anestezi sonrası gelişebilecek komplikasyonları önceden tahmin ederek önlemek ya da komplikasyonların ortaya çıkması halinde bunlarla başa çıkabilmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Cengiz, 2018; Yavaşcağlu ve ark., 2009).

Bu kapsamda çalışma, batın ameliyatı geçiren cerrahi hastalarının sosyokültürel yapıları ve bireysel alışkanlıkları ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

Dünya üzerindeki bütün toplumlar, sağlıklı ve bilinçli gelişmiş bir nesil yetiştirmeyi hedeflerler. İnsan yaşamının sürdürülmesinin, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve korunmasının en önemli ögesi sağlıktır. Bu nedenle sağlıklı bireylerin varlığı ile değerlendirilen toplumun sağlık düzeyi, bireylerin sağlıklarının devamlılığının sağlanması ve korunmasının sorumluluğu hem bireyleri ve hem de sağlık ekibini yakından ilgilendirir. Bu sorumluluk; bireyler için kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu, önleyici ve sağlığını geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliğini gerçekleştirmesi, sağlık ekibi için ise toplumda yüksek sağlık bilinci gelişmesine yönelik girişim ve eğitimleri gerçekleştirmesi anlamına gelmektedir (Korucu ve ark., 2021; Sönmez, 2012; Ünal ve ark., 2007; Ayaz ve ark., 2005). Bireylerin fiziksel ve mental sağlıklarının yükseltilmesi aynı zamanda fiziksel ve sosyal çevresini geliştirmesine, her anlamda bilinçli bir yaşam sürdürmesine de yardımcı olur (Korucu ve ark., 2021; Şimşek ve ark., 2012; Yalçınkaya ve ark., 2007; Dickey ve Janick, 2001).

Bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için etkin kararlar almasını sağlamayı amaçlayan sağlık anlayışı günümüzdeki hasta merkezli bakım yaklaşımını ön plana çıkarmaktadır. Sağlığın tarihsel süreci içerisinde kitlesel kayıplara neden olan bulaşıcı hastalıklar bugün yerini; obezite, hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar gibi yaşam biçimine bağlı olarak da ortaya çıkabilen kronik hastalıklara bırakmıştır. Bu nedenle bireylerin sağlıklı bir toplum olma yolunda kendi gelişmelerini sağlamaları, doğru tutum ve alışkanlıkları uygulamayı kendi görevleri olarak algılamaları çok önemlidir (Ekizer, 2020; Altay, 2015; Şimşek ve ark., 2012; Ayaz ve ark., 2005). Sönmez. (2012), Karadamar ve ark., (2012), hastalık ve ölümlerin büyük çoğunluğunun bireysel ve sosyal koşullara bağlı olarak uygun tutum ve davranışlarının olmayışından kaynaklandığını, DSÖ'nün de bu sorunun çözülebilmesi için bireylerin toplumun ve ulusların değişim gereksinimini kabul eden bir yaklaşım geliştirilmesini ön gördüğünü belirtmişlerdir.

Sağlık davranışından söz edildiğinde; bireyin sağlığını korumak ve geliştirmek için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü anlaşılır (Altay, 2015; Zaybak, 2004). Bu davranışları tutum haline dönüştürebilen birey, sağlıklı yaşam kalitesini de artıracaktır (Altay, 2015; Çalmaz, 2021; Şimşek ve ark., 2012; Bozhüyük, 2010; Özkan, 2008). Bu kapsamda sağlığı geliştirebilmek için bireyler, zararlı alışkanlıklarını değiştirmeli ve bu kapsamda beslenme programını yeniden gözden geçirmek, kendi yaşına ve sağlık durumuna uygun sportif faaliyetlere yönelmek, zararlı alışkanlıklardan uzaklaşmak, uyku ve dinlenmeye yeterli vakit

ayırmak gibi temel davranışları geliştirmelidir (Ekizer, 2020; Karadamar, 2012; Yılmaz, 2012; Güler, 2008; Ayaz ve ark., 2005; Çimen, 2003).

4.1. Yaşam ve Sağlık

Bangkok Deklarasyonu'nda DSÖ, sağlığın geliştirilmesi kavramını; bireylerin kendi sağlıkları üzerinde, bilinçli bir kontrol sistemi oluşturarak fiziksel, mental ve psikolojik iyilik durumlarını yükseltmeyi ve korumayı hedeflemek aynı zamanda kişilerin kendileri için istedik sağlık düzeyine ulaşmaları yönünde yapmaları gereken, yaşam tarzı değişikliklerine yol gösteren bir bilim ve sanat dalı olarak tanımlamaktadır (Ekizer, 2020; Bozhüyük, 2010). DSÖ'nün 2005 Yılı Kronik Hastalıkların Önlenmesi Raporunda ise, dünyada her yıl aşırı kilo ve obezite nedeniyle 2,6, yüksek kolesterol düzeyi nedeniyle 4,4 ve hipertansiyon nedeniyle 7,1 milyon kişinin öldüğü bildirilmektedir (Hızel Bülül., 2006).

İnsanların sosyal ve kişiler arası etkileşim ile bireyselleşen özel yaşam biçimi ve davranışları, gerek sosyo-kültürel ve gerekse ekonomik durumlarının etkisi ile sağlığa yönelik tehditlerin farkına varamamak ya da bu tehditleri risk olarak görememek gibi bireysel davranışlar gösterebilirler (Şakar., 2012). Dolayısıyla bireyler kültür yapılarıyla, kendi toplumsal gerçekleriyle yaşamı algılayarak değerlerini ve yaşama biçimlerini oluştururlar (Ekizer, 2020; Karadağ, 2009; Aytaç, 2006).

4.2. Kültür

Çeşitli uygarlıkların kurulduğu, zengin bir folkloru sahip olan Türkiye'de modern gelişmelere karşın, geleneksel sağlık inanç ve yaklaşımları günümüzde yaygın olarak varlığını sürdürmektedir (Erbil., 2010). Bu nedenle sağlık ve hastalık kavramları; hastalıklara yaklaşım, yeni bir nesil yetiştirme, gebelik ve bebeğin doğumu sırasında yapılan uygulamalar, yemek yeme ve pişirme yöntemleri, üremeye ve cinselliğe yönelik yaklaşımları, dine bakış açıları, yas tutma şekli, insanlarla olan sosyokültürel iletişimlerine ilişkin uygulamalarda etkinliğini göstermektedir (Taşçı, 2009; Bekar, 2001). Geleneksel ve toplumsal yaklaşımlar ile birlikte yoğurulmuş olan kültürel özellikler yaşamı bütün olarak kapsayan bir yapıya sahiptir. Toplumlarda ortak bilinç oluşturan ve yaşamları şekillendiren en önemli faktör olan kültür, "bir milletin birlikte yaşadığı duygular, düşünceler, tarihsel, toplumsal ve estetik değerler, zaman içinde yaşadığı gerçeklerin" hepsini kapsamaktadır (Ünsal, 2017; Ulusoy, 2009; Meydan Uygur, 2007; Talas, 2007; Köknel, 2001). Kişinin düşüncesi, konuştuğu dili, yemek yeme ve uyku alışkanlıkları, fiziksel aktivitesi, sigara ve uyuşturucu kullanımı, hastalıklara karşı tutum ve davranışları, sağlığın geliştirilmesini etkileyen kültürel faktörler arasında sayılabilir (Korucu ve ark., 2021; Ekizer, 2020; Karadağ, 2009; Aytaç, 2006;

Tortumluoğlu, 2004). Kültür kavramı için antropologlar ve sosyologlar tarafından çeşitli tanımlar yapılmıştır, ancak “toplumlar için kültürün bir yaşam tarzı” olduğu düşüncesinde fikir birliğine varılmıştır (Okçay., 2009).

 nsanoğlu toplumsal belleğe sahip olma ve diğer canlılardan farklı olarak geneksel bir sosyokültürel yapı inşa etme özelliğiyle özetlenebilir (Bilge ve ark., 2004). Dünyaya geldikleri coğrafyada kendi toplumlarında nasıl hareket edeceklerini gösteren davranış kalıplarını hazır bulan çocuklar yaşamlarının daha sonraki dönemlerinde eski kültürel alışkanlıklarını değiştirebilir veya onun üzerine yeni şeyler ekleyebilirler. Ya lı ve deneyimli bireyler arkalarından gelenleri eğiterek, onlara toplumun kültürünü öğretirler ve benimsetirler. Böylece her toplumun kültürü, toplumsal bellek yoluyla nesilden nesle geçip üst üste eklenerek devam eder (Kaya ve ark., 2012).

Sağlık kültürü; bireylerin ya da toplumun kültürel yapılarına ilişkin temel sağlık bilgilerini alma, empati veya bütüncül yaklaşım tarzıyla anlama, bu bilgi doğrultusunda sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla kullanabilme becerisi olarak ifade edilmektedir (Demirel z ve ark., 2009). Her toplumun kültüründe sağlık sistemi geleneksel değerlerine bağlı olarak bazı değişimleri ve gelişmeleri beraberinde getirir. Bugün varlığını hala koruyan bu uygulamalar güncel sistemler üzerinde etkili olmakta ancak zaman zaman da sağlığı ve yaşam kalitesini zorlayıcı boyutlara gelebilmektedir (Korucu ve ark., 2021; Ekizer, 2020; Demirel z ve ark., 2009).

4.3. Sağlıkla İlgili Kültürel Faktörler

Sağlıkla ilgili kültürel faktörler; bireyin aile içindeki rollerini, cinsel davranışlarını, gebelik ve  ocuk sahibi olmaya yönelik tutumlarını,  ocuk yetiştirme ile ilgili davranışlarını, beslenme alışkanlıklarını, kişisel hijyene uyumlarını, içinde bulundukları ev ortamındaki koşullarını ve geleneksel sağlık davranışlarını kapsamaktadır ( akar, 2012; Demirel z ve ark., 2009; Ta cı, 2009).

4.4. Kişisel Hijyen

Sağlıklı bir birey olabilmenin yolu, kişinin kendi sağlığını korumaya yönelik davranış biçimine önem vermesinden geçer. Hemşire kuramcı Orem,  z bakım kavramını “bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik halini korumak için gerekli aktiviteleri doğru zamanlamayla başlatması ve uygulaması” olarak tanımlamaktadır. Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürmesi için kendisi için inandığı ve yaptığı koruyucu ve geliştirici uygulamalardır.

“Öz bakım” davranışlarını kapsayan kişisel hijyen, bireylerin sağlıklarını koruyarak, bu durumu devam ettirdikleri bir bakım olarak tanımlanır (Ünsal, 2017; Şimşek ve ark., 2015; Tuna Oran, 2006). Kişisel hijyenin bilinçli bir yaklaşım haline dönüşmesinde, ailenin ve çevrenin rolünün yanında, çevrenin etkisi de bulunmaktadır (Yetkin, 2008; Ünal ve ark., 2007; Bakioğlu, 2000).

4.5. Uyku

Uyku, günlük yaşam aktiviteleri içerisinde kabul edilen temel fizyolojik gereksinimlerinden biridir (Üstün ve ark., 2011). İnsan organizmasının enerjisini yenilemesi için gerekli olan bir işlevdir. Ayrıca homeostatik dengeyi destekleyici özelliği olduğu, hücrelerin yenilenmesi ve stres ile baş etmede önemli olduğu bilinmektedir (Koçoğlu ve ark., 2010). Uykunun vücudu fiziksel olarak dinlendirici etkisinin yanında kalp atımları, kan basıncı ve solunum sayısının düzenlenmesi, vücuda yararlı hormonların salınımı açısından önemlidir (Üstün ve ark., 2011). Uyku sorunları olan bireylerin düzensiz, yetersiz, konforsuz ve kalitesiz uyku durumunun uzaması halinde fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilenecektir (Fışkın., 2013). İnsanlar bir günün yaklaşık %36’sını uyuyarak ya da uyumaya çalışarak geçirmektedir. Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi ve Uyku Araştırmaları Derneği tarafından sağlığı desteklemek için yetişkinlerin düzenli olarak her gece 7 saat veya daha fazla uyuması önerilmektedir. Düzenli olarak 9 saatten fazla uyumak, genç yetişkinler, uykusuzluk sıkıntısı çekenler veya herhangi bir hastalığı olan bireyler için faydalı olsa bile diğer bireyler için 9 saatten fazla uyumasının henüz netliğe kavuşmamış olmakla birlikte sağlık sorunları riskindeki artış ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Gül Ulusoy., 2020). Ayrıca uykunun sağlıklı ve yeterli olmamasının bağışıklık sistemini bozduğu özellikle de kanserin ilk evrelerinde vücudun direncini düşürerek bireyin mücadele gücünü azalttığı kanıtlanmıştır (Velazquez ve ark., 2010; Weinhouse, 2006).

En sık rastlanan uyku problemlerinden biri uyku apnesidir ve tedavisi yapılmadığında, hipertansiyon, enfarktüs ve kalpte ritim bozukluğu gibi durumlar için yüksek risk oluşturur. Araştırmalar uyku apnesi olan hastalarda ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlarda artış olduğunu göstermektedir (Schitteck ve ark., 2020; Korkmaz ve ark., 2019; Elez ve ark., 2008, Hwang ve ark., 2008).

4.6. Beslenme

Tüm canlılar yaşamlarını sürdürebilmek için oksijen kullanarak veya oksijensiz yollarla enerjiye gereksinim duyarlar. Sağlıklı beslenme, yaş, cinsiyet ve fizyolojik durum göz önüne alınarak, kaliteli, üretken ve uzun bir yaşam için gereksinimi olan tüm besin öğelerinin yeterli

miktarda karşılanması anlamına gelmektedir (Ayhan ve ark., 2012; Brug, 2008). Beslenmenin sağlıklı ve doğru yapıldığını dört ana kavramla açıklayabiliriz. Bunlar; dengeli beslenme, yeterli beslenme, gıda çeşitliliği ve zararlı gıdaların kullanılmamasıdır (Bozhüyük, 2012; Persil, 2004). Kültürel bir unsur olan beslenmenin bireysel ve toplumsal yönleri farklılık gösterebilir. İnsan fizyolojisi doğası ve işlevi gereği yemekle doğrudan ilişkisi olduğu gibi kültürel açıdan da geleneksel uygulamaların etkisi altında kendine özgü bir yemek alışkanlığına sahiptir (Dal, 2008; Aşit, 2018).

Beslenme bozukluğu genel olarak enerji, protein ve diğer besinlerin eksikliği, fazlalığı veya dengesizliği sonucu ortaya çıkan farklı değişik klinik durumları kapsamaktadır (Kuyumcu, 2011; Şahin, 2011). Hastaların bazıları beslenme bozukluğundan daha fazla etkilenirler; ameliyat sonrası dönemdeki hastalar, kanser, yatağa bağımlı hastalar, ortopedi hastaları, nöroloji ve ağır psikiyatrik vakalar yaşlılar bu açıdan yüksek risk altındadırlar (Dal, 2008; Aşit, 2018). Hastanede özellikle uzun süreli tedavi gören hastaların belli bir kısmında beslenme bozukluğu olduğu ya da cerrahi girişim geçiren, yoğun bakım alan hastalarda sonradan geliştiği saptanmıştır. Özellikle cerrahi kliniklerinde yatan hastaların %30-65'inde beslenme bozukluğu ortaya çıktığı belirtilmektedir. Protein kalori malnutrisyonu olan hastalarda yara iyileşmesi gecikmektedir. Yapılan birçok çalışmada ameliyat albümin seviyesindeki (3g/dl) düşüklüğün ve malnutrisyonun, ameliyat sonrası komplikasyonları, cerrahi alan enfeksiyonu (CAE) gelişme riskini artırdığı gösterilmiştir (Aydın ve ark., 2012; Yentür, 2011; Taşdelen ve ark., 2008).

4.6.1. Su Tüketimi;

Su, yeryüzündeki tüm canlıların en temel kaynağıdır. İnsan vücudunun en önemli bileşenlerinden biridir ve toplam vücut ağırlığının çocuklarda yaklaşık %70'ini, yetişkinlerde %50-70'ini, yaşlılarda %50'sini su oluşturmaktadır. Yaşam için temel bir besin olan su, vücut ağırlığının %45-75' ini oluşturmaktadır. Vücut sıvı gereksinimi yaş, kronik hastalıkların varlığı, beslenme, alışkanlıklar, fiziksel aktivite, iklim gibi iç ve dış faktörlere bağlı olarak bireylerde farklılık göstermektedir. İlerleyen yaşla birlikte su tüketiminin artması gerekmektedir. Bir kısmı yiyeceklerden karşılanmak üzere yetişkin bir insanın günlük ortalama su ihtiyacı 2-3 litredir. İyi bir çözücü ve taşıyıcı olan su, insan organizmasındaki bütün biyolojik işlemlerin temelinde yer alır. Su insan yaşamının devamı için olmazsa olmazdır (Alptekin, 2019; Çelebi ve ark., 2020).

4.6.2. Süt ve süt ürünlerinin beslenmedeki yeri

Çocukluk çağından başlayarak yaşamın her döneminde beslenmede vazgeçilmez süt ve süt ürünleri, kalsiyum desteği için önemli bir besin ögesidir (Şen, 2017; Guzman ve ark., 2002; Miller ve ark., 2000; Demirgöl., 2018). Özellikle sütte bulunan proteinlerin dokuların bölünmesi ve çoğalmasında etkinliğinin yanı sıra; kalsiyum emilimi ve bağışıklık sistemi fonksiyonları üzerine olumlu etkilerinin olduğu, kan basıncını ve kanser riskini azalttığı, diş çürüklerine karşı koruyucu olduğu bilinmektedir (Yalçın., 2017; Black ve ark., 2002).

4.6.3. Obezite

Obezite tüm dünyada giderek artan bir sağlık sorunudur. Obezite; diyet, egzersiz, davranış değişikliği, farmakoterapi gibi yöntemlerle tedavi edilebileceği gibi, bu yöntemler başarısız olduğunda kullanılan tek etkili yöntem cerrahidir (Yılmaz ve ark., 2019). Obezite, kardiyovasküler hastalıkların (KVH) ve mortalitenin artmasına katkıda bulunan önemli bir risk faktörüdür. Son otuz yılda dünya çapında önemli ölçüde artan obezite prevalansı, 21. yüzyılın en ciddi halk sağlığı sorunlarından biridir. DSÖ'nün 2016 verilerine göre, dünyada 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin %39'u fazla kilolu, %13'ü obezdir. Türkiye'de ise, 15 yaş ve üzeri yetişkin nüfusun %19,9'u obez ve %33,7'si fazla kiloludur. Obezite, diyabet, kalp rahatsızlığı ve eklem ağrıları gibi kronik durumlar için direk bir risk faktörü olarak görüldüğü için obeziteye karşı sağlık bilgisi ve farkındalıkları belirlemek önemlidir (Özkan ve ark., 2020; Gürkaş ve ark., 2014; Karakaya ve ark., 2013).

Cerrahi girişim geçiren obez hastalarda, kalp-damar ve solunum sistemi komplikasyonlarının görülme riskinin, normal kiloya sahip hastalara göre daha fazla olduğu gösterilmektedir. Obez hastalarda oldukça sık görülen diğer bir durum ise obstrüktif uyku apnesi, hipoventilasyon ve karın içi basıncının artması nedeniyle aspirasyon riskidir (Usta., 2014).

4.7. Fiziksel Aktivite

Günümüzde uzun yaşamak ve sağlıklı yaş almak için yaşam kalitesini artırarak yaşamak, önemli hale gelmiştir. Bu süreçte oluşabilecek sağlık problemlerini en aza indirebilmek için temel etkenler beslenme ve fiziksel aktivitedir. Toplum sağlığı açısından fiziksel aktivitenin yetersiz olması önemli bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ tahminlerine göre dünyada ölümlerin yüzde 1,9'u, yetersiz fiziksel aktivite nedeniyle olmaktadır. Egzersizin ve sportif aktivitelerin amacı fiziksel uygunluğu geliştirmek için oksijenizasyonu sağlamak, organizmadaki metabolik süreçleri düzenlemek, hareket sisteminin işlevlerini desteklemek ve geliştirmek, iyileştirmek vücut yağ oranını azaltmak, homeostatik dengeyi sağlamaktır. Bireysel olarak

kronik hastalıkları önlemede, toplumsal olarak halk sağlığının iyileştirilmesinde etkili olan fiziksel aktivite, kadın, erkek, her yaştaki bireye fiziksel, sosyal, zihinsel ve ruhsal yararlar sağlamaktadır. Aktif yaşayan bireylerde; kalbin dakikadaki atım sayısı azalır, ritmi dñzenlenir, damarların kan akışına olan direnci azalır ve kan basıncı dñřer, akciğerlerin havalanması artar, solunum kapasitesinde artış meydana gelir, vñcudun oksijen kullanma yeteneğinin artmasına bağlı olarak vñcut direnci artar ve enfeksiyonlara karşı koruma gelişir (Can ve ark., 2014; Akyol, 2008; Baltacı ve ark., 2006).

4.8. Alışkanlıklar

4.8.1. Alkol

Binlerce yıldır ۆretilmekte ve tñkutilmekte olan alkollñ ićkilerin bazı kñltñrlerde sosyal etkinliklerin ۆnemli bir parćası olarak gñrñldñđñ, ۆođu kñltñrde ise sosyal iletişimde belli bir role sahip olduğu bilinmektedir (Altıntoprak, 2008). Ancak bağımlılık dñzeyindeki alkol alımı psikiyatrik bir durumu ifade eder (Yılmaz, 2009). Amerika Birleřik Devletleri'nde alkol tñketimine bağlı olarak ortaya ۆıkan sağlık problemlerinin, diğer bağımlılık yapan maddelerin neden olduğu problemlerden ۆç kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (şaşmaz ve ark., 2006). Dñnyanın gelişmiş ùlkelerinde alkol bağımlılığı sağlık sorunlarının ۆçñncñ sırasında yer almaktadır (Brooks, 2015; Ergñr, 2013; Donnelly, 2012; Anton, 2008). Geliřmekte olan ùlkeler ve Tñrkiye de sigara kullanımı, alkol ve madde bağımlılığı olumsuz etkileri artmaktadır (Örsal, 2009; Kutlu, 2008).

4.8.2. Sigara

Sigara tñm dñnyada, ۆzellikle de gelişmekte olan ùlkelerde, ۆnlenebilir ۆlñm nedenlerinin başında gelmektedir (Gourgiotis ve ark., 2011; Kaleli, 2010; Tekbař ve ark., 2006). Sigarayı “dñnyanın en hızlı yayılan ve en uzun sñren salgını” olarak tanımlayan DSÖ insan sağlığı ićin sigarayı kesinlikle ۆnermemektedir (Önsñz, 2009; Örsal, 2009). Gñnñmñzde, dñnyada 1.250.000.000 kişinin sigara ićtiđi, gñnde 11.000, yılda 4.000.000 kişinin sigara ićimine bağlı nedenlerle ۆldñđñ hesaplanmıştır (Hızel Bñlbñl., 2006). DSÖ raporuna gñre dñnyada her 10 kişiden birisi tñtñn ùrñnlerinin sonućlarına bağlı nedenlerden yaşamını kaybetmekte; her yıl 5 milyon kişinin sigara nedeniyle ۆlñmñ gerćekleřmektedir (Ergñr, 2013; ۆilingir ve ark., 2012; Karabulut, 2007; Ezzati, 2008) ve bu sayının, 2030'a kadar 8-10 milyona ۆıkması beklenmektedir (Ergñr, 2013; Caruthers, 2005). Tñtñnñn esas etken maddesi olan nikotin, fiziksel ve psikolojik bağımlılık yapar (Tekbař ve ark., 2006). Bu madde sinir sistemi ۆzerinde etkilere, damar yapısında bozulmalara ve bağımlılığa neden olan en ۆnemli bileşenidir (Ünñvar., 2007).

4.9. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar

Cerrahi girişimlerden sonra karşılaşılan ciddi sorunlar, ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar ve bunlarla hızlı ya da etkin baş etme yöntemlerini uygulamadaki bilgi eksikliğidir. Ameliyattan sonra 30 gün içerisinde çıkan ve istenmeyen herhangi bir durum olarak tanımlanan, ameliyat komplikasyonları standartlara en uygun şekilde davranılma halinde bile görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda komplikasyon gelişme oranlarının farklı ameliyat türü, operasyonun süresi, hastada komorbiditelerin varlığına göre ve anestezi uygulamalarına bağlı %6-50 arasında gözlemlenmekte olduğu bildirilmektedir (Koraş Sözen, 2020; O'Malley ve Revels, 2020; Yavaşcağlu ve ark., 2009). Erken ameliyat sonrası dönem, hastanın bilincinin açılmasıyla başlamakta olup hastanın ayağa kalkıp yürütmesine kadar geçen dönemi yani 72 saatlik süreyi kapsamaktadır (Vermişli ve Çam, 2015; İzveren ve Dal, 2011; Taşdemir ve Çelik, 2010). Ameliyatta anestezinin sonlaması ile hastanın tamamen iyileşerek taburcu edildiği süre olarak adlandırılan ameliyat sonrası dönem, derlenme (uyandırma), erken ameliyat sonrası ve geç dönem komplikasyonlar olmak üzere üç bölümde incelenir. Bunlardan ilk ikisi anestezinin sonlandığı andan itibaren 2-3 günlük dönemi kapsar ve bu dönemde gelişen komplikasyonlara ameliyat sonrası erken dönem, üçüncü dönemdekilere de geç komplikasyonlar (ameliyat sonrası 3-10 günler) denilmektedir (Glaysheer ve ark., 2017; Uras, 2010).

Cerrahi girişim sonrası hangi ameliyat sınıflaması olursa olsun ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski her zaman vardır (O'Malley ve ark., 2020). Yavaşcağlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada ağrının %43 ile en çok görülen komplikasyon olduğu, bunu %31,8 ile bulantı kusmanın izlediği bildirilmektedir (Yavaşcağlu ve ark., 2009). Ameliyat sonrası komplikasyon gelişiminde etkili olan risk faktörleri yaş, obezite, malnütrisyon, dehidratasyon ve sıvı-elektrolit dengesizlikleri, kronik akciğer hastalığı varlığı, kalp yetmezliği, geçirilmiş myokard infarktüsü, renal yetmezlik, kronik karaciğer hastalıkları, diyabetes mellitus, sigara ve alkol kullanımı, ameliyat süresinin uzun olması, ilaç kullanımı (kortikosteroid ve immunsupresif), yetersiz yara bakımı, inaktivite olarak bildirilmektedir (Kerwel ve ark., 2014; Saraçoğlu ve ark., 2014; Smeltzer, 2010). Ayrıca ameliyat öncesi dönemde anksiyete, duygusal stres ve depresyonun ameliyat sonrası iyileşmede gecikme gibi komplikasyonlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Bayram Akkaya, 2023; Dayılar, 2017; Avcı, 2012; Fındık ve ark., 2012).

Hastanedeki cerrahi girişimlerin %70'i batin cerrahilerdir (Wahyuni ve ark., 2019). Major batin ameliyatı sonrası hastaların %35'inde, ameliyat sonrası komplikasyonlar gelişmektedir (Pouwels ve ark., 2014). Batin ameliyatları, açık ya da kapalı (laparoskopik) ve minör ya da

majör olarak sınıflandırılmaktadır (Hemmerling, 2018). Etkili bir yöntem olmasının yanında iyileşme sürelerinin uzamasına, hastanın düzenli faaliyetlerden önemli ölçüde uzak kalmasına ve kozmetik kusurlara yol açabilmektedir (Uzman ve ark., 2017).

4.9.1. Ameliyat sonrası dönemde ağrı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'na (International Association for the Study of Pain- IASP) göre ağrı; “Var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşla gitmeyen duysal ve emosyonel deneyim” olarak tanımlanmaktadır. Ağrının algılanması kişinin cinsiyeti, içinde bulunduğu kültür, eğitim düzeyi ve geçmiş deneyimleri gibi faktörlerden etkilenir. Subjektif bir durum olup kişiden kişiye değişmektedir (Yağcı ve ark., 2019). Ameliyat sonrasında oluşan ağrı, ameliyat sonrasında ortaya çıkması beklenen akut bir ağrıdır. Cerrahi travmaya bağlı ortaya çıkan enflamatuvar sürecin de eşlik ettiği ve doku iyileşmesi ile giderek azalan ağrı türüdür (Çilingir ve ark., 2017). Akut ağrı; akut yaralanma, travma, enfeksiyon ve doku hipoksisine bağlı olarak görülüp vücutta uyarı sistemi olarak görev almaktadır. Üç ila altı ay arasında düzelen kısa süreli ağrıdır ve ameliyat sonrası dönemde görülen ağrı akut ağrıya en iyi örnektir (Orr ve ark., 2017). Kronik ağrı; uzun süreli, üç ay ya da daha fazla süre süren ağrıdır. Dokuların iyileşmesi için beklenen süreden sonra da var olup sürekli veya aralıklı olarak devam eden ağrı türüdür. Genellikle psikolojik durumlar da dahil olmak üzere çeşitli hastalık süreçleriyle ilişkilidir (Ongun ve ark., 2020). Ağrının risk faktörleri, yaş (genç>yaşlı), cinsiyet (kadın>erkek), ameliyat türü (açık cerrahi>laparoskopik cerrahi), anestezi türü (genel anestezi>periferik sinir bloğu) olarak belirlenebilir (Ndebea ve ark., 2020).

4.9.2. Isı regülasyonu bozuklukları

Hipotermi; Hipotermi, cerrahi girişimler sırasında çeşitli faktörlere bağlı olarak ısı düzenleme mekanizmasının bozulması sonucu gelişmektedir (Kurşun, 2011; Kumar, 2005). Normoterminin sağlanması için hastanın vücut ısısı düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. Hipotermi cerrahi hastalarında sık görülen bir komplikasyondur. Tüm cerrahi süreçte ya da anestezi süresi boyunca ortaya çıkabilir ve genellikle vücut sıcaklığının <36°C olması olarak tanımlanır (Gürel, 2022; Melloul ve ark., 2020). Ameliyat sırasında termoragülasyonun bozulması ve anestezi, ısı kaybını artırarak normal vücut dengesinin sağlanmasını engellemektedir (Demirarsalan., 2017). Hipotermi ameliyat sonrası ciddi kan kaybının artması, kardiyak aritmi, morbidite, mortalite ve yara enfeksiyonları gibi komplikasyonlara neden olabilir (Melloul ve ark., 2020). Soğuk ameliyathane ortamı, IV sıvıların ısıtılmadan uygulanması, anestezi türü, ameliyat türleri gibi birçok faktör hastanın vücut sıcaklığını

etkilemektedir. Hipotermiye bağılı gelişen yan etkiler, bradikardi, taşikardi, hipotansiyon, hipertansiyon, ajitasyon ve titremedir ayrıca O₂ tüketimi artışı, laktik asit ve karbondioksit üretimi kan ve kafa içi basıncın artışına neden olmaktadır (Gül., 2021). Ameliyat sonrası ve sonrası dönemde normotermiye sürdürülmesi, taburculuk süresini %40'a kadar kısaltmakta ve cerrahi alan enfeksiyonu riskini %64'e düşürmektedir (Demirarsalan., 2017). Ameliyat olan hastalar istenmeyen hipotermi gelişimi açısından da risk altındadır. Hipotermi yara iyileşmesinde gecikme, CAE ve hastanede kalış süresinde artma gibi ciddi sorunlara neden olmaktadır. Hipotermi sonrası beden ısısı dengesini tekrar sağlamak uzun zaman aldığından hipotermi oluşmadan önlenmelidir. Bu nedenle cerrahi hemşirelerinin hipotermi önleme girişimlerini bilmesi, aktif ve pasif ısıtma yöntemlerini uygulaması, vücut sıcaklığını yakından izlemesi ve normotermiyi koruması gerekmektedir (Kalkan ve ark., 2017).

Hipertermi; Ameliyat sonrası dönemde oldukça sık yaşanan sorunlardan biri de hipertermidir (Baid., 2014). Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası hipertermi görülme olasılığı %13-40 (Sarkar ve Shravan Gedam., 2020), %10-74 (Lai., 2022) oranında bildirilmiştir. Büyük cerrahi girişimlerden sonra hastaların yaklaşık %40'ında hipertermi görülür (Uras., 2010). Beden iç sıcaklığı 37°C'den 39°C'ye yükseldiğinde oksijen ve enerji tüketimi %10-25 oranında artmaktadır. Erken ameliyat sonrası dönemde yani ilk 48 saat içinde hipertermi gelişmesi, genellikle enfeksiyon dışı nedenlere bağlıdır ve %70'inden fazlası cerrahi travma kaynaklıdır (Sarkar ve Shravan Gedam., 2020). İlk 48 saat içerisinde 38°C'nin üzerine çıkması genellikle atelektazi ile ilişkilidir (Aksoy ve ark, 2012; Öncel, 2010; Öncü, 2010).

Malign Hipertermi; Ciddi bir hipermetabolik süreçtir ameliyat sırasında olabileceği gibi Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi'nde (ASBÜ) de ortaya çıkabilir. Yara yeri enfeksiyonu, solunum yolu, idrar yolu enfeksiyonu olan, uzun süre antibiyotik kullanan ve sepsisi olan hastalarda gelişebilecek inflamasyon ve enfeksiyon açısından yakından gözlemlenmelidir (Gürel., 2022). Malign hipertermi; genetik yatkınlığı olan kişilerde tetikleyici faktörlerle karşılaşıldığında meydana gelen vücut sıcaklığının aşırı yükselmesi, kas rijiditesi, kas metabolizmanın artması (hipermetabolizma) ile karakterizedir. Bunun yanı sıra yüksek sıcaklık tüm vücudu etkileyerek kalp ritminde bozulmalara, elektrolit dengesizliklerine ve organ fonksiyonlarında bozulmalara neden olabilmektedir (Aygin ve ark., 2019).

4.9.3. Yara yeri komplikasyonları

Yara iyileşmesinde gecikme; Yaranın iyileşme süreci yaranın derinliğine, genişliğine, iyileşme sürecindeki yetersiz bakıma, bireyin beslenmesine, yaşına göre farklılıklar göstermektedir. Bunun yanı sıra yara iyileşmesini etkileyen faktörler; cerrahi teknik, cerrahi

girişim yapılacak bölgenin hazırlanması, ilaçlar, sigara-alkol kullanımı, diyabet, hastanede yatış süresi olarak sayılabilir (Gençtürk, 2015; Ögce, 2015).

Yara açılması ve eviserasyon; Yara açılması, insizyonun birleşim yerinde açıklık olmasıdır. Eviserasyon ise, yaranın aşırı zorlanması nedeniyle insizyon yerinden iç organların dışarı çıkmasıdır (Ramshorst ve ark., 2010). Yara açılması ve eviserasyon kronik hastalığı olan, beslenmesi bozuk, zayıf ya da obez ve yaşlı hastalarda daha sık görülmektedir. Yara açılmasında, öksürük ve kusma nedeniyle dikişlerin aşırı derecede gerilmesi de rol oynar (Mahey ve ark., 2018).

Hematom; En sık görülen komplikasyonlardan biri yara yerinde hematoma oluşmasıdır ve yetersiz hemostaz yapılmasına bağlıdır. Antikoagülan kullanan ve koagülüpatisi olan hastalar en yüksek risk grubunu oluşturmaktadır. Yara çevresinde mavi-mor alan oluşması, yarada şişme, insizyondan koyu kırmızı akıntının olması ve ağrı hematoma varlığını göstermektedir. Şiddetli öksürme veya ciddi hipertansiyon hematoma oluşmasına sebep olabilir. Hematom, enfeksiyon riskini artırma açısından seromadan daha ciddi bir komplikasyondur (Aksoy., 2012).

Yara iyileşmesinde görülen diğer komplikasyonlar; Ameliyat sonrası dönemde başta, kanama ve hematoma olmak üzere, seroma, cerrahi alan enfeksiyonu, yaranın ayrılması, adhezyon, hipertrofik skar ve kelloid oluşumu gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (Gürkan., 2019). Cerrahi girişim sonrası yara komplikasyonları, batin ameliyatından sonra sık görülen bir durumdur ve CAE, seroma, hematoma oluşumu ve yara açılması gibi çeşitli istenmeyen klinik durumlara sebep olabilmektedir (Topcu ve ark., 2021; Ploegmakers ve ark., 2017).

4.9.4. Cerrahi Alan Enfeksiyonları (CAE)

Cerrahi alan enfeksiyonları sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar arasında en yaygın görülen ve yüksek maliyete neden olan enfeksiyonlardır (Öztürk Durmaz ve ark., 2021). Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (The Centers for Disease Control and Prevention-CDC) ile Ulusal Sağlık Güvenliği Ağı (National Health Care Safety Network-NHSN) CAE tanımını, cerrahi bir girişimi takiben veya cerrahi girişime bağlı olarak gelişen ve ameliyatı izleyen 30 veya 90 gün içinde meydana gelen enfeksiyon olarak tanımlamaktadır (Dağlı ve ark., 2020). CAE yüzeysel insizyonel, derin insizyonel ve organ/boşluk CAE olarak tanımlama kriterleri ile belirlenmiştir. Yüzeysel insizyonel CAE cerrahi girişimden sonraki 30 gün içinde gelişir ve sadece insizyon bölgesindeki deri ve subkutan dokuları içerir (Bilginer ve ark., 2019; Kalkan ve ark., 2017). Günümüzde modern cerrahinin en önemli problemlerinden birisi olmaya

devam eden CAE, infeksiyon kontrolünde ilerlemelere karşın hastanın yatış süresini uzatıp, komplikasyonlara yol açmakta, mortalite, morbidite ve maliyet artışına neden olup hastalarda antibiyotik kullanımı, yatış süresi ile tedavi maliyetinin artmasına ve iş gücü kaybına neden olmaktadır (Lin ve ark., 2019; Qvistgaard ve ark., 2019). CAE'nın mortaliteyi iki kat arttırdığı, yatış süresini uzattığı ve hastaneye tekrar başvuru beş kat artırarak fazladan ekonomik yük getirdiği bildirilmiştir (Balkan ve Çelebi, 2020; Dağlı ve ark., 2020). CAE risk faktörleri; hastaya ve cerrahi sürece bağlı risk faktörleri olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Hastaya ait risk faktörleri kısmen önlenirken, cerrahi sürece ait risk faktörleri önlenemez özelliktedir (Ploegmakers ve ark., 2017).

4.9.5. Solunum sistemi komplikasyonları

Ameliyat sonrası solunum sistemi komplikasyonları, majör cerrahi sonrası en sık görülen komplikasyonlardır ve ameliyattan 48-72 saat sonra hastaların %23'ünde ortaya çıkmaktadır (Berk Özcan., 2022). Araştırmalarda cerrahi sonrasında solunum sistemine bağlı komplikasyonların oranı %4,5 ile %76 arasında değişmekte olduğu bildirilmektedir (Velasques ve ark., 2013; Drain, 2009; Smeltzer ve ark., 2007). Batın ve damar cerrahisi sonrası komplikasyonların %10-40'ını da solunum sistemi komplikasyonları oluşturmaktadır (Mills, 2018; Weingarten, 2015). Abdominal cerrahi sonrası görülen komplikasyonların başında, pulmoner komplikasyonlar, hipoksemi, atelettazi, plevral efüzyon, pulmoner ödem, pnömotoraks, akut akciğer hasarı, akut respiratuar distres sendromu (ARDS), ameliyat sonrası solunum yetersizliği, pnömoni, pulmoner embolizm ağrı, kanama, aritmi, ortostatik hipotansiyon olduğu bildirilmektedir (Bayram Akkaya, 2023; Dikmen ve ark., 2019; Glaysher ve ark., 2017; Uğurlu ve ark., 2017; Fındık, 2016; Kerwel ve ark., 2014; İzveren ve ark., 2011). Ameliyat sonrası görülen solunum komplikasyonları, mortalite ve morbidite açısından da önem taşımaktadır (O'Malley ve ark., 2020). Hastadaki risk faktörlerine bağlı olarak ameliyat sonrası solunum komplikasyonlarının insidansı da değişiklik göstermektedir. Solunum sistemi komplikasyonları cerrahi sonrası 48-72 saat içerisinde gelişir ve hastanın klinik durumunu olumsuz yönde etkiler (Dikmen ve ark., 2019). Ameliyat sonrasında ortaya çıkan pulmoner komplikasyonların en önemlisi ARDS'dir. (Kavalcı ve ark., 2013; Bilgin, 2007; Smetana ve ark., 2006; Lawrence ve ark., 2006).

4.9.6. Kardiyovasküler komplikasyonlar

Kardiyovasküler cerrahi dışı majör cerrahiler sonrası kardiyak komplikasyonlar da sık görülmektedir (Sellers ve ark., 2018). Ameliyat sonrası kardiyovasküler sisteme ait en sık karşılaşılan komplikasyonlar kanamalar, hipovolemi ve derin ven trombozudur (Fındık.,

2016). Akut miyokard infarktüsü ve iskemi, aritmi, hipo-hipertansiyon, kardiyak arrest ise görülen diğer kardiyak komplikasyonlardır (Sellers ve ark., 2018).

Hipotansiyon ve hipertansiyon; Özellikle yaşlı cerrahi hastalarında sık görülen yandaş hastalık olarak hipertansiyon belirlenmektedir (Howell., 2004). Kadınlarda ve siyah ırkta, daha sık görülmekte olup, sanayileşmiş ülkelerdeki yetişkin nüfusun %10-20'sinde hipertansiyon bulunduğu tahmin edilmektedir. İleri yaş, aşırı kilo, aşırı alkol ve sigara kullanımı, stres, diyabet, K, Ca, Mg düzeyinde yetersizlik ve yüksek miktarda tuz alımı gibi risk faktörleri nedeniyle hipertansiyon sık görülmektedir (Özkan., 2012). Hipertansiyon, yaygın görülen ve sıklıkla ameliyattan sonra ilk 30 dakika içinde ortaya çıkan ameliyat sonrası ağrı, cerrahiye bağlı stres yanıt, endotrakeal entübasyon veya mesane distansiyonu gibi nedenler ile görülme riski artan bir komplikasyondur. Hipertansiyon kontrol altına alınamadığında kanama, miyokard iskemisi, serebrovasküler hasar, aritmi, konjestif pulmoner ödem gibi problemlere neden olabilmektedir (Gürel ve ark., 2022).

Anestezi sonrası görülen hipotansiyon, yetersiz sıvı replasmanı, yara drenajı veya kanama gibi nedenlerden dolayı genellikle hipovolemi ile gelişmektedir. Hipovolemi ayrıca anestezi ajanlar, sepsis, alerjik reaksiyonlar, ileri yaş, mekanik ventilasyon, altta yatan koroner arter ve konjestif kalp yetmezliği veya kalp kapağı hastalığı, pulmoner emboli ve travma sebebiyle de görülebilmektedir. Hastanın ameliyat öncesi kan basıncında %20-%30 oranında azalma olursa genellikle tedavi gereklidir. Şiddetli hipotansiyonda vazopressör veya inotrop ajanlar (dopamin veya epinefrin) gerekli olabilmektedir (Gürel ve ark., 2022). Ameliyatın süresi, acil olup olmaması, ameliyat sırasındaki kanama miktarı ve gelişen hipotansiyonun süresi ameliyat sırasında ve kardiyak komplikasyonlar açısından belirleyicidir. Ameliyat sonrası septisemi ve hipoksi kardiyak rezervi düşük hastalarda kardiyak komplikasyonlarının artmasına neden olabilir (Ayfer ve ark., 2011; Uras, 2010).

Ritim bozuklukları; Araştırmalara göre ritim bozuklukları kalp ameliyatı uygulanan hastalarda ameliyat sonrası dönemde %10-40 ve kalp dışı ameliyat uygulanan hastalarda %4-20 oranında görülmektedir (Kurt, 2009; Walsh ve ark., 2007). Ameliyat sonrası solunum problemleri, ileri yaş, ilaç kullanımı, hipoksemi, hiperkarpni, asidoz ve elektrolit bozuklukları genellikle kardiyak aritmilerle ilişkilidir. Anestezi ilaçları, artan sempatik sinir aktivitesi, metabolik anormallikler önceden var olan kardiyak veya pulmoner hastalıklar da hastaları aritmilere yatkın hale getirmektedir. Ayrıca sinüs taşikardisi ve sinüs bradikardisi de yaygın olarak görülmektedir. Aritmi nedeni belirlenip uygun tedavi yapılmalıdır. Elektrokardiyografi (EKG) bulguları, periferik nabızlar, apikal ve radial nabız dikkatlice değerlendirilmelidir. Cilt

rengi, nemi ve sıcaklığına bakılmalıdır. Acil durumlar için her zaman resüsitasyon ekipmanları hazır bulundurulmalıdır (Gürel ve ark., 2022).

4.9.7. Gastrointestinal komplikasyonlar

Ameliyat sonrası dönemde anestezinin etkisiyle gastrik boşalmanın azalması, bağırsak hareketlerinin yavaşlaması, cerrahi sırasında organların ellenmesi, ameliyat sonrasında sıvı elektrolit dengesindeki bozukluklar (hipokalemi, dehidratasyon gibi) ve beslenme alışkanlığının değişmesi, gastrointestinal sistem komplikasyonlarına sebep olabilmektedir. Bu komplikasyonlar arasında bulantı, kusma, abdominal distansiyon, konstipasyon, diyare, paralitik ileus, hıçkırık, akut pankreatit, akut mide dilatasyonu, anastamoz kaçağı sayılabilir (Ünver ve ark., 2019).

Konstipasyon; Konstipasyon; karın ağrısı, şişkinlik, kramplar, bulantı, kusma ve yetersiz beslenme gibi şikayetlere neden olabilen klinik bir problemdir (Karadağ Arlı., 2019). Batın cerrahisi geçiren hastalarda fizyolojik ve psikolojik nedenlerle ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sık görülen bir sorundur (Demir., 2019). Ameliyat sonrası dönemde defekasyon hissinin bastırılması, sürgü/ördek kullanma zorunluluğu, hastaların rahatsızlığını ifade etmekte güçlük çekmesi, ağrı, ağrı yönetiminde kullanılan ilaçlar (opioid ve nonopioid ajanlar), ameliyat sırasında bağırsakların elle tutulması, cerrahi girişim sonrası bağırsak hareketleri başlayıncaya kadar oral gıda alımının olmaması nedeniyle bağırsakların uzun süre boş kalması, diyet değişimi, yetersiz sıvı alımı ve en önemlisi immobilizasyon hastalarda boşaltım sorunlarının gelişimine neden olabilmektedir (Karadağ Arlı, 2019; Ünver, 2019; Schmulson ve ark., 2017; Arı ve ark., 2019; İzveren ve ark., 2011).

Diyare; Diyare genellikle artan dışkılama sıklığı ile ilişkili anormal derecede sıvı veya şekilsiz dışkı geçişi olarak tanımlanır. Artan sıklık, günde üç veya daha fazla bağırsak hareketi ile tanımlanır. Bununla birlikte, çoğu hasta diyaresini bağırsak hareketlerinin sıklığından ziyade dışkının kıvamına dayandırır. Dışkı kıvamını ölçmek zor olduğundan, ishal genellikle dışkı sıklığına veya tek başına dışkı ağırlığına göre tanımlanır. Diyare, süresi iki haftadan kısaysa akut, iki ila dört hafta arasında değişiyorsa inatçı ve dört haftadan uzun sürerse kronik olarak sınıflandırılmaktadır (Ndebea ve ark., 2020). Cerrahi girişim geçiren hastalarda cerrahinin türü kullanılan ilaçlar, tüple beslenme, enfeksiyon, anksiyete ve laksatiflerin aşırı kullanımı diyareye neden olabilmektedir. Ameliyat sonrası diyare, sıvı-elektrolit kaybına neden olarak hastanede kalış süresinin uzamasına dolayısıyla morbidite ve mortalitenin artmasına neden olabilmektedir (Bayram Akkaya, 2023; Ünver, 2019; Zhao ve ark., 2017).

Ameliyat sonrası erken dönem gelişen ileus; Ameliyat sonrasında barsak hareketlerinin normal hale dönmemesi paralitik ileusa veya mekanik tıkanıklığa bağlı olabilir. Mekanik obstrüksiyonun en sık nedeni ameliyat sonrası adhezyonlar veya internal herniasyondur. Hastaların yarısı kolorektal cerrahi sonrasında ince barsak obstrüksiyonu gelişenlerdir (Uras., 2010). Paralitik ileus veya fonksiyonel ileus olarak da adlandırılan ileus; ameliyat sonrası dönemde mide bulantısı, kusma, karın ağrısı/gerginliği ve/veya mide gazının/dışkının ameliyattan sonra geç geçişi ile karakterize anormal bir gastrointestinal motilite paternidir (Beach ve ark., 2021; Wakasugi ve ark., 2020). İleusun nedenleri arasında, ameliyat esnasında batin içi organların ellenmesi ve bu ellenmeye bağlı oluşan inflamatuvar yanıtlar, otonom sinir sistemi disfonksiyonu (gastrointestinal hareketi engelleyen sempatik sinirlerin uyarılması), hastada gelişmesi olan sıvı elektrolit değişimleri, hipokalemi, hipoalbuminemi, dehidratasyon, antikolinergik ve ağrı kesici ilaçlar (özellikle opioidler bağırsak hareketini azaltarak) kullanımı yer almaktadır (Weledji, 2020; Ünver ve ark., 2019; Pridanta ve ark., 2017). Cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası gelişen ileus, abdominal ağrıya, hastanede kalış süresinin uzamasına ve maliyetin artmasına sebep olur (Bayram Akkaya, 2023; Lafon, 2012).

Bulanti ve Kusma; Cerrahi sonrası bulanti kusma, ameliyat sonrası ilk 24-48 saat içinde gelişen bulanti, öğürme veya kusma olarak tanımlanır (Choi., 2016). Ameliyat sonrası ilk 2-6 saat içinde gelişirse erken, 6-24 saat içinde gelişirse geç ameliyat sonrası bulanti kusma olarak tanımlanmaktadır (Aygin ve ark., 2019). Amerikan Perianestezi Hemşireleri Derneği (American Society of PeriAnesthesia Nurses-ASPAN) ameliyat sonrası bulanti ve kusmayı, ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde meydana gelen bulanti-kusma olarak tanımlamakta, erken dönem, geç dönem ve gecikmiş dönemde oluşan olarak üçe ayırmaktadır. Erken dönem bulanti-kusma; ameliyat sonrası ilk 2-6 saat içinde, geç dönem ameliyat sonrası 6-24 saat içinde ve gecikmiş dönem ise, ameliyat sonrası ilk 24 saat geçtikten sonra meydana gelen bulanti ve kusma olarak tanımlanmaktadır (Maraş ve ark., 2021).

Kusma, mide ve ince bağırsak içeriğinin diyafragma ve karın kaslarının kasılması sonucu ağız yoluyla dışarı atılmasıdır ve genellikle geçici bir duydur (Elvir-Lazo ve ark., 2020; Birlikbaş ve ark., 2019; Aktaş ve ark., 2018; Uğurlu ve ark., 2017). Bulanti mekanizması subjektif olmasına bağlı olarak tam açıklanamamaktadır. Bulanti-kusma cerrahi ve anestezi ile ilgili en yaygın problemlerden biridir (Bilgen ve ark., 2018; Choi, 2016; Smith ve ark., 2012). Ameliyat sonrası sık görülen bu komplikasyon, hastaların yaklaşık %30'unu etkilemektedir (Aktaş ve ark., 2018; Apfel, 2015). Bulanti, kusma insidansının, yüksek riskli cerrahi hastalarında % 80'e kadar arttığı bildirilmiştir (Bilgen ve ark., 2018; Choi, 2016; Pierre ve Whelan, 2013).

Abdominal Distansiyon; Ameliyat sonrası erken dönemde, hastaların mide ve bağırsaklarında sıvı ve gaz birikimi sonucu genişlemeye bağlı olarak gelişir. Abdominal distansiyonun gelişmesine neden olan faktörler arasında; stres tepkisi, genel anestezi, abdominal bölgeye yapılan cerrahi girişim, travma ve narkotik analjezik kullanımı yer almaktadır. Ayrıca ameliyat sırasında bağırsakların elle tutulması distansiyon oluşumuna neden olmaktadır. Abdominal distansiyon, hastada ağrıda artış, yara iyileşmesinde bozulma, pulmoner komplikasyonlara, bulantı, kusmaya ve erken ambulasyonun gecikmesine neden olmaktadır. Buna bağlı olarak da hastanın hastanede kalış süresini uzatır. Ameliyat sonrası erken dönemde hastanın ambulasyonu abdominal distansiyonu azaltır (Bayram Akkaya, 2023; Lacy ve ark., 2021; Uras, 2012).

Ameliyat sonrası karaciğer fonksiyon bozukluğu; Genel anestezi alan hastaların %1’inde hafif sarılıktan karaciğer yetmezliğine kadar değişebilen seviyelerde karaciğer işlev bozukluğu ortaya çıkabilir (Ayfer ve ark., 2011).

4.9.8. Üriner sistem komplikasyonları

Hastalar normal olarak ameliyattan 6-8 saat sonra ek girişim gerektirmeden idrar çıkarır. Patogenezinde mesanenin boşaltılmasını sağlayan sinir mekanizmaların blokajı ve mesanenin normalden fazla dolu olması düşünülmektedir. Mesanenin 500 ml olan normal kapasitesinin üzerine çıkan durumlarda mesane kasılması inhale olur. Ameliyatın 3 saatten fazla sürme beklentisi olduğunda fazla miktarda parenteral sıvı verileceği durumlarda sonda hemen kullanılmalıdır. Akut idrar retansiyonunda ise tedavi üriner kateter/sonda takılmasıdır (Tanyer., 2009). Üriner retansiyon, anestezi veya ameliyattan sonra sık görülen bir sorundur. Cerrahi girişimlerden sonra %5-%75 oranında görülebilmektedir (Seyhan ve ark., 2019; Alsaidi, 2013). Ameliyat sonrası dönemde üriner retansiyona ek olarak, üriner sistem enfeksiyonu, akut ve kronik böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar da görülmektedir.

Genel cerrahi hastalarında ise ameliyat sonrası üriner retansiyon gelişme oranı %38 olarak ifade edilmektedir (Yaban ve ark., 2016). Üriner retansiyon oluşumu anestezi tipi, cerrahinin tipi ve süresi, intraoperatif uygulanan sıvıların miktarı, altta yatan komorbiditeler, ağrının varlığı, hastanın anksiyetesi ve perioperatif dönemde kullanılan ilaçlar gibi çeşitli nedenlere bağlı olabilir (Bayram Akkaya., 2023).

Akut böbrek yetmezliği (ABY), idrar çıkışında ani başlayan azalma ve azotlu atıkların vücutta birikmesi ile karakterize bir durumdur ve komplike cerrahi girişimler sonrasında sık görülen bir komplikasyondur. Büyük batın ameliyatları, kardiyak bypass, masif travma ve majör

damar ameliyatları sonrasında ABY görülebilir ve bazen geri dönüşü mümkün olmamaktadır (Ayfer., 2011).

4.9.9. Psikiyatrik Komplikasyonlar

Cerrahi girişim geçiren hastalarda endişe ve korku normal duygulardır. Bu duyguların kendini nasıl gösterdiği hastanın kültürel ve psikolojik yapısına göre değişkenlik gösterir. Stresin normal sayılabilecek belirtileri ile ameliyat sonrası psikoz arasında belirsiz bir sınır vardır ve bazen bu iki klinik durumu birbirinden ayırmak zor olabilir. Batın ameliyatı geçiren hastaların %0,5'inde ameliyat sonrası psikoz gelişir (Deren, 2010; Uras, 2010). Ameliyat sonrası psikiyatrik komplikasyonlardan çoğunlukla deliryum, ameliyat sonrası bilişsel fonksiyon bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu görülmektedir. Bu komplikasyonlar hastanın yaşam kalitesini azaltan, bakım gereksinimini ve maliyetini arttıran sorunlardır (Bulut ve ark., 2019).

Deliryum; Ameliyat geçiren hastalar genellikle kendilerini güvensiz ve stresli hissederler. Kaygı, yaşamı tehdit eden durumlara karşı normal bir tepkidir ve daha çok cerrahi işlem, komplikasyonlar, semptomlar, iyileşme süreci ve bakımın verilmesi ile ilgilidir. Ameliyat sonrası en sık görülen psikiyatrik komplikasyonlar arasında deliryum yer almaktadır. Deliryum bilinç düzeyindeki değişiklik, dikkatsizlik ve düzensiz düşünce ile karakterize akut bir beyin işlev bozukluğudur. Hastada deliryumun görülmesinde ağrı, hipoksemi, sıvı-elektrolit dengesizliği ve ilaç etkisi gibi nedenler ile uzun süreli hastanede yatış, kognitif bozukluk, fonksiyonel düşüş rol oynamaktadır (Gürel ve ark., 2022).

Ameliyat sonrası deliryum, düşüncelerin koordinasyon ve düzenlemesindeki güçlükler ve yavaşlamış motor işlev ile karakterizedir (Usta ve ark., 2015). Cerrahi girişim geçiren hastalarda deliryum yaygın duygudur ve hastanedeki tüm hastaların %37'sinde, batın ameliyatı geçiren hastaların %17-51'inde ameliyat sonrası deliryum gelişir (Gwon Choi, 2013; Deren, 2010; Uras, 2010).

Deliryum, hiperaktif belirtilerle (ajitasyon ve huzursuzluk ile hiperaktif alt tip) veya hipoaktif belirtilerle (uyuşukluk ve dikkatsizlik ile hipoaktif alt tip) ortaya çıkabilmektedir. Deliryumun bilinen bir tedavisi yoktur ancak perioperatif dönemde dikkatli bir yaklaşım insidansını ve şiddetini azaltabilmektedir (Gürel ve ark., 2022).

Anksiyete – Depresyon; Hastanede yatma ve cerrahi girişim geçirme, hasta için psikolojik bir stres kaynağıdır. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı önemlidir (Yavuz., 2010). Cerrahi girişimler hastalarda anestezi kaygısı, ölüm riski, ağrıdan korkma, bedenin zarar göreceği ve acı çekeceği, beden üzerinde denetimini kaybedeceği endişelerine neden olmaktadır (Dayılar ve ark., 2017; Baskın, 2019, Scott ve ark., 2015). Bunun yanı sıra

ameliyatın hasta için önemi, ameliyatla ilgili bilgi yetersizliğine bağlı bilinmeyen korkusu, olası olumsuz sonuçlar, ameliyat sonrası ağrı, aileden uzak bir çevrede bulunmak ve çeşitli tıbbi uygulamalar da anksiyete nedenleri arasında yer almaktadır (Baskın 2019; Fındık, 2012). Ameliyat öncesi anksiyete; ameliyat esnasında daha fazla anestetik madde kullanılmasına, ameliyat sonrası ağrının ve buna bağlı olarak analjezik ihtiyacının artmasına, daha fazla komplikasyonun (bulantı, kusma, yorgunluk, taşikardi, solunum sistemi problemleri vb.) ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla hastanede kalış süresini uzatarak iyileşmeyi, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Avcı ve ark., 2012). Özellikle bireylerin beden imajında değişikliğe neden olabilecek cerrahi işlem durumu söz konusu ise hastalarda sosyal izolasyon, hatta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların da görülebileceği bildirilmektedir (Dayılar., 2017). Ameliyat olmak üzere yatan hastaların depresyon düzeyleri, tıbbi tedavi amaçlı olarak yatanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastaların hastanede yatma süreleri arttıkça depresyon ortalama puanlarının da arttığı bildirilmektedir (Ofraz ve ark., 2010). Ameliyat öncesi süreçte yetersiz psikolojik hazırlık, hastanın cerrahi strese uyum gösterememesi ile sonuçlanabilmektedir (Karadağ Arlı., 2017). Bu nedenle fiziksel hastalığa eşlik eden anksiyete ve depresyonun erken tanınması ve zamanında müdahale edilmesi önemlidir (Başak ve ark., 2015). Burada yine hastayla birebir ilişki içinde olan hemşirelere önemli rol düşmektedir. İyi bir hemşirelik bakımı hastanın hissettiği anksiyeteyi minimum seviyeye indirmede etkilidir (Yavuz., 2010). Hemşire ameliyata ilişkin gerekli açıklamalar yaparak hastayı desteklemelidir ve ameliyat öncesi hastanın yaşadığı korkuyu gidermeye çalışmalıdır (Taşdemir ve ark., 2013). Ayrıca hasta anksiyete yönünden değerlendirilirken hastaya endişeli olup olmadığını sormak yerine endişelerinin neler olduğunu sormak endişenin olması beklenen bir duygu olduğu mesajını vermek, hastanın duygularını paylaşmasını kolaylaştırmaktadır (Karadağ Arlı., 2017).

4.9.10. Diğer Komplikasyonlar

Sıvı-Elektrolit dengesi komplikasyonları; Ameliyat sonrası dönemde, sahip olunan cerrahi hastalıkla beraber intrasellüler sıvılarının kaybı, cerrahi stres yanıtı, intravenöz sıvı uygulamaları ve kan transfüzyonuyla ilişkili durumlara bağlı olarak ameliyat sonrası sıvı-elektrolit bozuklukları gelişebilmektedir. Bu bozukluklar; hipo-hipervolemi, hipo-hipernatremi, hipo-hiperkalsemi gibi elektrolit dengesizlikleri ve hidrojen iyonu (asit-baz) dengesizlikleridir (Topçu ve ark., 2019).

Kas iskelet sistemi komplikasyonları; Kas iskelet sisteminde gelişebilecek komplikasyonlar gerçekleştirilen cerrahinin anatomik bölgesine bağlı olarak kas zayıflığı, atrofi, eklem

deformiteleri, donuk omuz, eklem katılığı ve kompartman sendromudur. Kas atrofileri cerrahi hastalarında yaygın olarak görülen kas-iskelet sistemi sorunlarından biridir. Açlık, uzun süre yatak istirahati, denervasyon, immobilizasyon, mekanik yükün ortadan kalkması ve yaşlılık gibi faktörlerle birlikte patolojik durumlarda da oluşan bir komplikasyondur (Göktaş., 2019).

4.10. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi

Cerrahi girişimlerde en önemli sorunların başında ameliyat sonrası ortaya çıkan komplikasyonların hızlı ve etkin baş etme yöntemlerini uygulamadaki bilgi eksikliği gelmektedir. Standartlara uygun davranan en deneyimli, en dikkatli uygulayıcılar bile bu komplikasyonlarla karşılaşabilmektedir (Yavaşcağlu ve ark., 2009). Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi ameliyattan önceki dönemde gerekli önlemlerin alınması ve hastanın ameliyata hazırlanması ile başlar. Örneğin sigaranın bırakılması, aşırı şişman hastaların beden kütlelerinin azaltılması gibi yaklaşımlar var olan riski düşürmede yardımcıdır (Uras, 2010; Grubb, 2009). Burada amaç ameliyat sonrası bakım ve anestezi sonrası gelişebilecek komplikasyonları önceden tahmin ederek önlemek veya oluşabilecek komplikasyonların üstesinden gelerek ameliyat sonrası bakım kalitesi arttırmaktır (Yavaşcağlu ve ark., 2009). Ameliyat sonrası komplikasyonlar çoğu zaman düzeltilebilirken bazen kalıcı sekel bırakabilir veya hastanın hayatına mal olabilir. Bu nedenle öncelikle komplikasyon gelişmemesi için yeterli önlem alınması, geliştiği takdirde erken fark edilmesi ve gerekli girişimlerin hemen yapılması çok önem taşımaktadır (Uras., 2010). Dünyada ve Türkiye’de sosyokültürel yapıları ve bireysel alışkanlıkları ile ameliyat sonrası komplikasyonlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi konusunda çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu çalışmada batın cerrahisi geçiren hastaların sosyokültürel yapıları ve bireysel alışkanlıkları ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma cerrahi hastalarının sosyokültürel yapıları ve bireysel alışkanlıkları ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla ilişkisel tanımlayıcı olarak tasarlandı.

5.2. Araştırmanın Soruları

1. Cerrahi hastalarının kişisel hijyeni ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasında ilişki var mıdır?
2. Cerrahi hastalarının uyku ve dinlenmesi ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasında ilişki var mıdır?
3. Cerrahi hastalarının beslenmesi ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasında ilişki var mıdır?
4. Cerrahi hastalarının fiziksel aktivite durumu ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasında ilişki var mıdır?
5. Cerrahi hastalarının alkol alışkanlığı ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasında ilişki var mıdır?
6. Cerrahi hastalarının sigara alışkanlığı ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasında ilişki var mıdır?

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma, İstanbul ilinde Marmara Üniversitesi (M.Ü.) Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğinde batın ameliyatı uygulanan hastalarla 1 Ocak 2013 – 31 Aralık 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırmanın yapıldığı hastane, üniversite bünyesinde gerçekleştirilen genel cerrahi ile günümüzde sayılı genel cerrahi klinikleri arasında olması, hasta güvenliği bilincini sahiplenilen ve cerrahi hastalıklar konusundaki eğitim ve araştırma hizmetlerine öncülük ederek, hasta kayıt ve dosyalarının düzenli doldurulması, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hasta bakımını gerçekleştiren sağlık ekibinin deneyimli kişilerden oluşması nedeniyle çalışmanın yapılması için seçildi.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

5.4.1. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bulunan Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğinde 1 Ocak 2013 – 31 Aralık 2015 tarihleri arasında genel anestezi altında batın ameliyatı uygulanan tüm hastalar oluşturdu.

5.4.2. Araştırmanın örneklem

Çalışmanın örneklemini; İstanbul'da bulunan Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğinde 1 Ocak 2013 – 31 Aralık 2015 tarihleri arasında batın ameliyatı uygulanan, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan toplam 415 hasta oluşturmuş, örneklem seçimine gidilmemiştir.

5.4.3. Araştırmaya dahil olma kriterleri;

- Türkçe konuşan,
- Türkçe okur-yazar olan,
- 18 yaş ve üstü,
- Belirtileri değerlendirebilen ve ifade edebilen (kişi-yer-zaman oryantasyonu olan, işitebilen, konuşabilen),
- İletişim problemi bulunmayan,
- Genel anestezi ile açık batın ameliyatı uygulanan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olur veren hastalar oluşturdu.

5.5 Araştırmanın Değişkenleri

5.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri;

hastada gelişen erken dönem komplikasyonlar değerlendirecek şekilde, kardiyovasküler komplikasyonları, solunum sistemi komplikasyonları, gastrointestinal sistem komplikasyonları, üriner sistem komplikasyonları, psikiyatrik komplikasyonları, yara yeri komplikasyonlarıdır.

5.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri;

cinsiyet, medeni durumu, yaş, beden kitle indeksi (BKİ), boy, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, hastanede yatış nedeni, kronik hastalık durumu, ilaç kullanımı, daha önce cerrahi işlem geçirme durumu, uyku problemi, beslenme durumu, kilo

kaybı, spor yapma durumu, sigara, alkol, anestezi süresi, idrar sondası takılma durumu ve nazogastrik tüp takılma süresidir.

5.6. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler; örneklem kriterlerine uyan hastalara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllü olanlar ile literatür doğrultusunda ve uzman kişilerin görüşleri alınarak hazırlanan 29 sorudan oluşan “Hasta Bilgi Formu” (EK-3), 8 sorudan oluşan “Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Bilgi Formu” (EK-4) ve 7 sorudan oluşan “Hastada Gelişen Erken Dönem Komplikasyonlar Formu” (EK-5) olmak üzere toplam 44 sorudan oluşan form ile araştırmacı tarafından, hastalar ile yüz yüze görüşerek, hasta dosyasından ve yakınından bilgi alınarak elde edildi.

5.6.1. Hasta bilgi formu (EK-3)

toplam 29 sorudan oluşan anket formu altı ana bölüm kapsamında hazırlandı.

Bölüm 1: *Sosyodemografik özellikler:* Yaş, BKİ, boy, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, bilgilerini içeren 7 soru,

Bölüm 2: *Tıbbi hikâye bilgileri:* Kronik hastalığın varlığı, ilaç kullanımı, daha önce herhangi bir ameliyat geçirme durumu bilgilerini içeren 3 soru,

Bölüm 3: *Uyku ve dinlenme* bilgilerini içeren 2 soru,

Bölüm 4: *Beslenme* bilgilerini içeren 10 soru,

Bölüm 5: *Fiziksel aktivite (spor yapma)* bilgilerini içeren 1 soru,

Bölüm 6: *Alışkanlıklar; Alkol, Sigara,* ile ilgili bilgilerini içeren 6 sorudan oluşmaktadır.

5.6.2. “Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Bilgi Formu” (EK-4),

ameliyat ve ameliyat sonrası bilgi formu, hastanın hastaneye yatış nedeni, anestezi süresi, idrar sondası, nazogastirik tüp (NGT) kullanımı, hastada komplikasyonun gelişip gelişmediği bilgileri içeren 7 sorudan oluşmaktadır.

5.6.3. Hastada Gelişen Erken Dönem Komplikasyonlar Formu (Ek-5),

hastada gelişen komplikasyonlar değerlendirecek şekilde yedi bölümde incelendi.

1. Kardiyovasküler komplikasyonları (Ritim bozuklukları, kardiyak arrest, ameliyat sonrası kalp yetmezliği, hipertansiyon, hipotansiyon)

2. Solunum sistemi komplikasyonları (Atelektazi, solunum güçlüğü)

3. Gastrointestinal sistem komplikasyonları (Konstipasyon, bulantı, kusma)

4. Üriner sistem komplikasyonları (İdrar retansiyonu, böbrek yetmezliği, idrar yolu enfeksiyonu)

5. Psikiyatrik komplikasyonları (Delirium, duygusal bozukluk)

6. Yara yeri komplikasyonları (Erken dönem; akıntı, kızarıklık, hematoma)

7. Diğer komplikasyonlar (Kanama, hipotermi, titreme, ateş)

5.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma iki aşamada gerçekleştirildi.

5.7.1. İlk aşama:

Araştırma için gerekli veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplandı. Yüz yüze görüşme yöntemi soruları yanıtlama oranının yüksek olması ve cevapların güvenilirliği açısından tercih edildi.

Formlar, ameliyat öncesi dönemde hasta kliniğe yattıktan sonra, uygun olduğu, sakın bir ortamda örnekleme alınması düşünülen hastalara önce çalışma ile ilgili bilgi verildi ve onamları alınarak “**Hasta bilgi formu**” yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından dolduruldu. Bu formların doldurulması yaklaşık 45-60 dakika sürdü.

5.7.2. İkinci aşama:

Genel anestezi ile açık batın ameliyatı uygulanmış hastaların ameliyat sonrası kliniğe döndükleri andan itibaren 3 gün içerisinde gelişen cerrahi komplikasyonları, “**Hastada Gelişen Erken Dönem Komplikasyonlar Formu**” ile değerlendirilip kaydedildi. Cerrahi komplikasyon ortaya çıkmayan hastalar “komplikasyon gelişmeyen” ve cerrahi komplikasyon ortaya çıkan hastalar ise “komplikasyon gelişen” grubunda değerlendirildi. Hasta taburcu olmadan önce “**Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Bilgi Formu**” araştırmacı tarafından dolduruldu. Veri toplama formundaki veriler, hastanın klinikte yatışı boyunca hastaları izleyerek, hasta dosyasından ve yakınından bilgi alınarak elde edildi. Bu formların doldurulması yaklaşık 30-45 dakika sürdü.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Kategorik değişkenler için frekans ve yüzde, sürekli değişkenler için ortalama, ile standart sapma hesaplandı, kategorik değişkenler arasındaki dağılım farklılıklarını incelemek amacıyla ki-kare testi yapıldı. Ayrıca birden çok faktörü değerlendirmek amacıyla çok değişkenli model oluşturuldu. Komplikasyon görülme risk faktörünün belirlenmesine yönelik lojistik regresyon analizi kullanılarak anlamlı değişkenler belirlendi ve ilişki odds oranı ile ifade edildi. Araştırmada hastaların sosyodemografik özellikleri, uyku ve dinlenme özellikleri, beslenme özellikleri, fiziksel aktivite özellikleri, ameliyata yönelik özellikler ve erken dönem komplikasyon gelişme durumuna göre karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma analizleri sonrasında hastada gelişen erken dönem komplikasyon durumuna etki eden risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik tahmin modeli oluşturuldu. Ayrıca hastada gelişen erken dönem komplikasyon türlerine ilişkin özelliklerin komplikasyon gelişen grupta dağılımları verildi. Çalışmanın bütününde elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Ek-6) ve çalışmanın yapıldığı hastaneden kurum izni (Ek-7) alındıktan sonra başlandı.

Çalışma verileri toplanmaya başlamadan önce katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onamları (Ek-2) alındı ve çalışma sürecinde Helsinki Bildirgesi ilkelerine uyuldu. Araştırma sağlık disiplinlerinde yaygın kabul gören, her bireyin kendine özgü bütünlüğü içinde eşsiz olduğu düşüncesi ile “*insan onuruna saygı*” ilkesi göz önünde bulundurularak yapıldı.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verilerinin tek merkezden toplanmış olmasından dolayı sonuçların genelleştirilmesinin kısıtlanması, bu araştırmanın bir sınırlılığı idi.

6. BULGULAR

Genel anestezi ile açık batın ameliyatı uygulanan hastaların sosyokültürel yapıları ve bireysel alışkanlıkları ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı tasarımla yapılan çalışmada;

6.1. Batın ameliyatı uygulanan hastaların, sosyodemografik özellikleri ile erken dönem komplikasyon gelişme durumu arasındaki ilişki bulgularına,

6.2. Batın ameliyatı sonrası komplikasyon gelişen ve komplikasyon gelişmeyen hastaların arasındaki ilişki bulgularına,

6.3. Batın ameliyatı geçiren hastaların bireysel özellikleri ile erken dönem gelişen komplikasyonların değerlendirildiği bulgulara,

6.4. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi (Lojistik Regresyon) bulgulara yer verildi.

6.1. Batın ameliyatı uygulanan hastaların, sosyodemografik özellikleri ile erken dönem komplikasyon gelişme durumu arasındaki ilişki bulgular

Bu bölümde batın ameliyatı uygulanan hastaların, sosyodemografik özellikleri ile erken dönem komplikasyon gelişme durumu arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara yer verildi (Tablo 6.1.1., Tablo 6.1.2., Tablo 6.1.3., Tablo 6.1.4)



Tablo 6.1.1. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (N=415)

ÖZELLİKLER		Komplikasyon Gelişen n=207		Komplikasyon Gelişmeyen n=208		Toplam		İstatistiksel Anlamlılık
		n	%	n	%	n	%	P
Cinsiyet	Kadın	80	38,6	97	46,6	177	43	$X^2=2,706$ $p=0,061$
	Erkek	127	61,4	111	53,4	238	57	
Medeni Durum	Bekar	24	11,6	23	11,1	47	11,3	$X^2=0,030$ $p=0,493$
	Evli	183	88,4	185	88,9	368	88,7	
Yaş	16-44 Yaş	44	21,3	58	27,9	102	24,6	$X^2=6,951$ $p=0,031$
	45-64 Yaş	85	41,1	96	46,2	181	43,6	
	65 Yaş ve üstü	78	37,7	54	26	132	31,8	
BKİ	Zayıf	12	5,8	3	1,4	15	0,36	$X^2=16,240$ $p=0,001$
	Normal	105	50,7	80	38,5	185	44,6	
	Kilolu	60	29	72	34,6	132	31,8	
	Obez	30	14,5	53	25,5	83	20	
Boy	150-165 cm	93	44,9	98	47,1	191	46	$X^2=2,015$ $p=0,365$
	166-175 cm	79	38,2	85	40,9	164	39,5	
	176 ve üstü	35	16,9	25	12	60	14,5	
Eğitim Durumu	Okur Yazar değil	35	16,9	23	11,1	58	13,9	$X^2=4,026$ $p=0,673$
	Okuma yazma biliyor	8	3,9	8	3,8	16	3,9	
	İlk ve Orta Öğretim	115	55,6	118	56,7	233	56,2	
	Lise	30	14,5	39	18,8	69	16,6	
	Önlisans	4	1,9	4	1,9	8	1,9	
	Lisans	14	6,8	14	6,7	28	6,8	
	Lisans üstü	1	0,5	2	1	3	0,7	
Çalışma Durumu	Evet	53	25,6	61	29,3	114	29,3	$X^2=0,722$ $p=0,230$
	Hayır	154	74,4	147	70,7	301	70,7	
TOPLAM		207	100	208	100	415	100	

Veriler sayı (n) ve yüzdeler (%) olarak verildi. BKİ: Beden Kütle İndeksi

Veriler, X^2 -Ki Kare ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Komplikasyon gelişen hastaların %61,4 (n=127) erkek, %41,1 (n=85) 45-64 yaş grubu, %88,4 (n=183) evli, %55,6 (n=115) ilk öğretim ve orta okul mezunu ve komplikasyon gelişmeyen hastaların %53,4 (n=111) erkek, %46,2 (n=96) 45-64 yaş grubu, %88,9 (n=185) evli ve %55,7 (n=118) ilk öğretim ve orta okul mezunu olduğu tespit edildi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, yaş ile erken dönem komplikasyon gelişme durumu açısından komplikasyon gelişen ve komplikasyon gelişmeyen hastalar arasında anlamlı bir fark ($p=0,031<0,05$) olduğu saptanmıştı.

Komplikasyon gelişen hastaların %50,7 (n=105) BKİ normal, %29,0 (n=60) fazla kilolu, %14,5 (n=30) obez, ve %5,8 (n=12) zayıf olduğu, ve Komplikasyon gelişmeyen hastaların %38,5 (n=80) BKİ normal, %34,6 (n=72) fazla kilolu, %25,5 (n=53) obez, ve %1,4 (n=3) zayıf olduğu saptandı. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda BKİ ile erken dönem

komplikasyon gelişme durumu açısından komplikasyon gelişen ve komplikasyon gelişmeyen hastalar arasında anlamlı bir fark ($p=0,001<0,05$) olduğu görüldü.

Tablo 6.1.2. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumlarının dağılımı (N=207)

	Gruplar	Frekans n	Yüzde (%)
Komplikasyon Gelişme Durumu	<i>Komplikasyon Gelişen</i>	207	49,9
	<i>Komplikasyon Gelişmeyen</i>	208	50,1
Toplam		415	100
Ameliyatın Kaçınıcı Günü Komplikasyon Geliştiği	<i>Birinci Gün</i>	101	48,8
	<i>İkinci Gün</i>	62	30
	<i>Üçüncü Gün</i>	44	21,3
	Toplam	207	100
Komplikasyonlar	Gelişen Komplikasyon	N	Yüzde (%)
Kardiyovasküler Sistem Komplikasyonları	<i>Ritim Bozuklukları</i>	90	43,5
	<i>Kardiyak Arrest</i>	2	1
	<i>Ameliyat Sonrası Kalp Yetmezliği</i>	3	1,5
	<i>Hipertansiyon</i>	39	18,8
	<i>Hipotansiyon</i>	15	7,2
	Toplam	149	72
Solunum Sistemi Komplikasyonları	<i>Atektazi</i>	5	2,4
	<i>Solunum Güçlüğü</i>	33	15,9
	Toplam	38	18,3
Sindirim Sistemi Komplikasyonları	<i>Konstipasyon</i>	19	9,2
	<i>Bulantı</i>	60	29
	<i>Kusma</i>	78	37,7
	Toplam	157	75,9
Üriner Sistem Komplikasyonları	<i>İdrar Retansiyonu</i>	9	4,3
	<i>Böbrek Yetmezliği</i>	7	3,4
	<i>İdrar Yolu Enfeksiyonu</i>	1	0,5
	Toplam	17	8,2
Psikiyatrik Komplikasyonlar	<i>Delirium</i>	2	1
	<i>Duygusal Bozukluk</i>	7	3,4
	Toplam	9	4,4
Yara Yeri Komplikasyonları	<i>Yara Yeri Komplikasyonları</i>	56	27,1
Diğer Komplikasyonlar	<i>Kanama</i>	5	2,4
	<i>Hipotermi</i>	3	1,5
	<i>Titreme</i>	7	3,4
	<i>Ateş</i>	26	12,6

Araştırmaya katılan (n=415) hastaların %49,9 (n=207)'unda batın ameliyatı sonrası erken dönem **komplikasyon** gelişimi tespit edildi. Gelişen erken dönem komplikasyonların %48,8'i (n=101) birinci gün, %30'u (n=62) ikinci gün ve %21,3'ü (n=44) üçüncü günde olduğu bulundu.

Kardiyovasküler komplikasyonlar toplam 149 komplikasyonun, %43'ü (n=89) ritim bozuklukları, %18,8'i (n=39) hipertansiyon, %7,2'si (n=15) hipotansiyon, %1,5'i (n=3) ameliyat sonrası kalp yetmezliği ve %1'i (n=3) kardiyak arrest saptandı. **Solunum sistemi** komplikasyonlar, toplam 38 komplikasyonun %15,9'u (n=33) solunum güçlüğü ve %2,4'ü (n=5) atelettazi saptandı. **Sindirim sisteme bağı** toplam 157 komplikasyonun %37,7'si (n=78) kusma, %29'u (n=60) bulantı ve %9,2'si (n=19) konstipasyon saptandı. **Üriner sistemi komplikasyonlar** toplam 17 komplikasyonun %4,3'ü (n=9) idrar retansiyonu, %3,4'ü (n=7) böbrek yetmezliği ve %0,5'i (n=1) idrar yolu enfeksiyonu tespit edildi. **Psikiyatrik komplikasyonlar** toplam 9 komplikasyonun %4'ü (n=7) duygusal bozukluk ve %1'i (n=2) delirium tespit edildi. **Yara yeri komplikasyonları** %27,1 (n=56) ve **diğer komplikasyonlar** toplam 41 komplikasyonun, %12,6'sı (n=26) ateş, %3,4'ü (n=7) titreme, %2,4'ü (n=5) kanama ve %1,5'i (n=3) hipotermi olduğu bulundu.

Tablo 6.1.3. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile hastanede yatış nedeni arasındaki ilişki (N=415)

ÖZELLİKLER		Komplikasyon Gelişen		Komplikasyon Gelişmeyen		p
		n	%	n	%	
Hastanede Yatış Nedeni	Kolon Ca	40	19,3	39	18,8	$X^2=52,960$ $p=0,002$
	Mide Ca	35	16,9	29	13,9	
	Rektum Ca	28	13,5	33	15,9	
	Pankreas Ca	22	10,6	14	6,7	
	Karaciğer Tm	17	8,2	7	3,4	
	Kolesistit	11	5,3	14	6,7	
	Kist Hidatik	7	3,4	10	4,8	
	Appandisit	7	3,4	21	10,1	
	Safra kese Tm	7	3,4	6	2,9	
	Karın içi Kitle	3	1,4	6	2,9	
	İnguinal Herni	0	0,0	11	5,3	
	İleus	8	3,9	0	0,0	
	FAP	4	1,9	2	1,0	
	Mide Perforasyonu	2	1,0	3	1,4	
	Sigmoid Perforasyonu	3	1,4	2	1,0	
	Spelenomegali	3	1,4	1	0,5	
	Böbrek Tm	2	1,0	2	1,0	
	Barsak yapışıklık	3	1,4	0	0,0	
	Crohn Hastalığı	3	1,4	0	0,0	
	Surrenal Tm	0	0,0	2	1,0	
	Diğer *	2	1,0	6	3,0	
TOPLAM		207	100	208	100	

Veriler sayı (n) ve yüzdelik (%) olarak verildi.

Veriler, $X^2 = \text{Ki Kare}$ ve $P < 0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

FAP: Familial Adenomatous Polyposis

*Travma, Mezanter İskemisi, Pilor Stenoza, Özofajit, Bilier Striktür, Lenfoma, Rektal Prolaps, Endometriyoma.

Komplikasyon gelişen grubun %19,3'ünün (n=40) kolon CA, %16,9'unun (n=35) mide CA, % 13,5'inin (n=28) rektum CA, %10,6'sının (n=22) pankreas CA ve **komplikasyon gelişmeyen** grubun %18,8'inin (n=39) kolon CA, % 15,9'unun (n=33) rektum CA, %13,9'unun (n=29) mide CA ve %6,7'sinin (n=14) pankreas CA, *hastanede yatış nedeni olduğu* ilk dört sırada yer aldığı belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, hastanede yatış nedeni ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p=0,002 < 0,05$).

Tablo 6.1.4. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumlarının kronik hastalık öyküsüne, ilaç kullanma, daha önce cerrahi işlem geçirmeye göre dağılımı (N=415)

Kronik Hastalık Öyküsü, İlaç Kullanma, Daha önce Cerrahi İşlem		Komplikasyon Gelişen		Komplikasyon Gelişmeyen		P
		n	%	n	%	
Kronik Hastalık Durumu	Evet	115	55,6	94	45,2	$X^2=4,457$ $p=0,022$
	Hayır	92	44,4	114	54,8	
	Toplam	207	100	208	100	
Diyabet	Evet	46	40	30	31,9	$X^2=1,461$ $p=0,144$
	Hayır	69	60	64	68,1	
Kalp Yetmezliği	Evet	22	19,1	17	18,1	$X^2=0,037$ $p=0,496$
	Hayır	93	80,9	77	81,9	
Astım	Evet	12	10,4	10	10,6	$X^2=0,002$ $p=0,568$
	Hayır	103	89,6	84	89,4	
Hipertansiyon	Evet	51	44,3	53	56,4	$X^2=2,997$ $p=0,056$
	Hayır	64	55,7	41	43,6	
KOA*H*	Evet	8	7	7	7,4	$X^2=0,019$ $p=0,549$
	Hayır	107	93	87	92,6	
Diğer**	Evet	30	26,1	26	27,7	$X^2=0,065$ $p=0,460$
	Hayır	85	73,9	68	72,3	
	Toplam	115	100	94	100	
İlaç Kullanma Durumu	Evet	118	57	101	48,6	$X^2=2,970$ $p=0,052$
	Hayır	89	43	107	51,4	
	Toplam	207	100	208	100	
Daha önce Cerrahi İşlem Geçirme Durumu	Evet	127	61,4	132	63,5	$X^2=0,197$ $p=0,366$
	Hayır	80	38,6	76	36,5	
	Toplam	207	100	208	100	

Veriler sayı (n) ve yüzdelik (%) olarak verildi.

Veriler, $X^2 = \text{Ki Kare}$ ve $P < 0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

*KOA*H: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

** Parkinson, Böbrek Yetmezliği, Troid, Osteoporoz, Romatizmal Hastalıklar, Epilepsi, Migren, Gastrit, Akdeniz Anemisi.

*** Birden fazla Kronik hastalık öyküsü mevcuttur.

Komplikasyon gelişen grubunun % 55,6'sının (n=115), komplikasyon gelişmeyen grubunun ise % 45,2'sinin (n=94) kronik hastalık öyküsü olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda **kronik hastalık öyküsü** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p=0,022 < 0,05$).

Komplikasyon gelişen grubunun % 44,3'ünün (n=51) hipertansiyon, % 0,4'ünün (n=46) diyabet, %19,1'inin (n=22) kalp yetmezliği, %10,4'ünün (n=12) astım, %7'sinin (n=8) KOAH ve %26,1'inin (n=30) diğer kronik hastalıklar ve **komplikasyon gelişmeyen** grubunun %56,4'ünün (n=53) hipertansiyon, %31,9'ünün (n=30) diyabet, %18,1'inin (n=17) kalp yetmezliği, %10,6'sının (n=10) astım, %7,4'ünün (n=7) KOAH ve % 27,7'sinin (n=26) ise diğer kronik hastalıkları olduğu belirlendi.

Hastaların **ilaç kullanımına** bakıldığında; Komplikasyon gelişen grubunun %57'sinin (n=118), komplikasyon gelişmeyen grubunun ise %48,6'sının (n=101) kronik hastalık nedeni ile ilaç kullanım öyküsü olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kullanılan ilaçlar ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,052>0,05$).

Hastaların **daha önce cerrahi işlem geçirme** durumuna bakıldığında; Komplikasyon gelişen grubunun %61,4'ünün (n=127), komplikasyon gelişmeyen grubunun ise %63,5'inin (n=132) **cerrahi işlem öyküsü** olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda cerrahi işlem öyküsü ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,366>0,05$).

6.2. Batın ameliyatı sonrası komplikasyon gelişen ve komplikasyon gelişmeyen hastaların arasındaki ilişki bulguları

Bu bölümde batın ameliyatı sonrası, komplikasyon gelişen ve komplikasyon gelişmeyen hastaların arasındaki ilişki bulgulara yönelik yer verildi (Tablo 6.2.1, Tablo 6.2.2, Tablo 6.2.3, Tablo 6.2.4, Tablo 6.2.5, Tablo 6.2.6, Tablo 6.2.7).



Tablo 6.2.1. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile uyku alışkanlıkları arasındaki ilişkinin dağılımı (N=415)

Uyku Alışkanlığı		Komplikasyon Gelişen n=207		Komplikasyon Gelişmeyen n=208		P		
		n	%	n	%			
Uyku Problemi Durumu	<i>Evet veya kısmen</i>	71	34,3	44	21,1	$X^2=9,089$ $p=0,011$		
	<i>Hayır</i>	136	65,7	164	78,8			
	Toplam	207	100	208	100			
Uyku Problemi Türü	<i>Hiç Bir Zaman Uyuyamıyor</i>	31	43,7	15	34,1	$X^2=6,038$ $p=0,110$		
	<i>Uyku Saatim Düzenli Değil</i>	7	9,8	12	27,3			
	<i>SolunumSıkıntısı İle Uyanma Horlama vb Yaşama</i>	33	46,5	17	38,6			
	Toplam	71	100	44	100			
Komplikasyonlar		Uyku Problemi Var n= 115		Uyku Problemi Yok n=300		Toplam N=415		İstatistiksel Anlamlılık
		n	%	n	%	N	%	P
Ritim Bozuklukları	<i>Evet</i>	29	25,2	60	20	89	21,4	$X^2=1,343$ $p=0,153$
	<i>Hayır</i>	86	74,8	240	80	326	78,6	
Hipertansiyon	<i>Evet</i>	11	9,6	28	9,3	39	9,4	$X^2=0,005$ $p=0,537$
	<i>Hayır</i>	104	90,4	272	90,7	376	90,6	
Hipotansiyon	<i>Evet</i>	5	4,3	10	3,3	15	3,6	$X^2=0,246$ $p=0,405$
	<i>Hayır</i>	110	95,7	290	96,7	400	96,4	
Solunum Güçlüğü	<i>Evet</i>	15	13	18	6	33	8	$X^2=5,635$ $p=0,018$
	<i>Hayır</i>	100	87	282	94	382	92	
Bulantı	<i>Evet</i>	14	12,2	46	15,3	60	14,4	$X^2=0,671$ $p=0,257$
	<i>Hayır</i>	101	87,8	254	84,7	355	85,6	
Kusma	<i>Evet</i>	22	19,1	56	18,7	78	18,8	$X^2=0,012$ $p=0,508$
	<i>Hayır</i>	93	80,9	244	81,3	337	81,2	
Ateş	<i>Evet</i>	6	5,2	19	6,3	25	6	$X^2=0,183$ $p=0,434$
	<i>Hayır</i>	109	94,8	281	93,7	390	94	
Yara Yeri Komplikasyonları	<i>Evet</i>	24	20,9	32	10,7	56	13,5	$X^2=7,414$ $p=0,006$
	<i>Hayır</i>	91	79,1	268	89,3	359	86,5	

Veriler Sayı (n) ve yüzdelik (%) olarak verildi.

Veriler, $X^2=$ Ki Kare ve $P<0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Komplikasyon gelişen grubunun %65,7'sinin (n=136) uyku problemi yaşamadığını ve %34,3'ünün (n=71) ise kısmen veya uyku problemi yaşadığı belirlendi. **Komplikasyon gelişmeyen** grubunun %78,8'inin (n=164) uyku problemi yaşamadığını, %21,1'inin (n=44) uyku problemi yaşadığını veya kısmen yaşadığını, belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda **uyku problemi** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. ($p=0,011<0,05$).

Uyku problemi türünü incelediğinde; Komplikasyon gelişen grubun %9,8'inin (n=7), komplikasyon gelişmeyen grubun %27,3'nun (n=12) uyku saatinin düzenli olmadığı, komplikasyon gelişen grubun %43,7'sinin (n=31) ve komplikasyon gelişmeyen grubun

%34,1'inin (n=15) hiç bir zaman uyuyamadığını, komplikasyon gelişenlerin %46,5'inin (n=33), komplikasyon gelişmeyenlerin %38,6'ünün (n=17) solunum sıkıntısı ile uyanma, horlama vb. yaşadığı belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda uyku problemi türü ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,110>0,05$).

Batın ameliyatı uygulanan hastalarda, gelişen erken dönem komplikasyonlar ile uyku problemi arasındaki ilişkiyi incelediğinde;

Uyku problemi olan hastaların %25,2'sinin (n=29) ve uyku problemi olmayan hastaların %20'sinin (n=60) **ritim bozuklukları** olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, iki grup arasında anlamlı bir fark ($p=0,153>0,05$) bulunmadı.

Uyku problemi olan hastaların %13'ünün (n=15), uyku problemi olmayan hastaların %6'sının (n=18) **solunum güçlüğü çektiği** belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, iki grup arasında anlamlı bir fark bulundu ($p=0,018<0,05$).

Uyku problemi olan hastaların %20,9'unun (n=24) ve uyku problemi olmayan hastaların %10,7'sinin (n=32) **Yara yeri komplikasyonları** olduğu tespit edildi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, iki grup arasında anlamlı bir fark bulundu ($p=0,006<0,05$).

Tablo 6.2.2. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile kullanılan tuz miktarı arasındaki ilişkinin dağılımı (N=415)

Tuz Kullanma Alışkanlığı		Komplikasyon Gelişen		Komplikasyon Gelişmeyen		P
		n	%	n	%	
Kullanılan Tuz Miktarı	Tuzsuz /az tuzlu	63	30,5	60	28,8	$X^2=5,588$ $p=0,232$
	Normal	87	42	105	50,5	
	Tuzlu	44	21,3	28	13,5	
	Aşırı Tuzlu	13	6,3	15	7,2	
TOPLAM		207	100	208	100	

Veriler sayı (n) ve yüzdelik (%) olarak verildi.

Veriler, $X^2=$ Ki Kare ve $P<0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Komplikasyon gelişen grubun **kullanılan tuz miktarı**, %42'sinin (n=87) normal miktarda, %21,3'ü (n=44) tuzlu, %30,5'i (n=63) tuzsuz / az tuzlu, %6,3'ü (n=13) aşırı tuzlu kullandığı belirlendi. Komplikasyon gelişmeyen grubun % 50,5'i (n=105) normal miktarda, %13,5'i (n=28) tuzlu, %28,8'sinin (n=60) tuzsuz /az tuzlu, %7,2'sinin (n=15) aşırı tuzlu kullandığı belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kullanılan tuz miktarı ile erken dönem komplikasyon gelişme durumu arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,232>0,05$).

Tablo 6.2.3. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumlarının günlük su tüketimi ve su dışındaki içeceklerin tüketimine göre ilişki durumunun dağılımı (N=415)

Günlük Sıvı Tüketim Alışkanlığı		Komplikasyon Gelişen		Komplikasyon Gelişmeyen		P
		n	%	n	%	
Günlük İçilen Su Miktarı	<i>Tüketmiyor /1000cc den az</i>	134	59,9	121	57,7	$X^2=2,187$ $p=0,335$
	<i>1000 cc ve üstü</i>	73	40,1	87	42,3	
	Toplam	207	100	208	100	
Günlük İçilen Çay Miktarı	<i>Tüketmiyor / 300cc den az</i>	36	17,4	71	34,1	$X^2=22,835$ p=0,00
	<i>300 cc ve üstü</i>	171	82,6	137	65,9	
	Toplam	207	100	208	100	
Günlük İçilen Kahve Miktarı	<i>Tüketmiyor / 100 cc den az</i>	198	95,6	199	95,7	$X^2=3,613$ $p=0,164$
	<i>100 cc ve üstü</i>	9	4,3	9	4,3	
	Toplam	207	100	208	100	
Günlük İçilen Taze Meyve Suyu Miktarı	<i>Tüketmiyor / 300cc den az</i>	187	90,3	197	94,8	$X^2=3,856$ $p=0,145$
	<i>300cc ve üstü</i>	20	9,7	11	5,2	
	Toplam	207	100	208	100	
Günlük İçilen Süt, Ayran Miktarı	<i>Tüketmiyor / 300cc den az</i>	192	92,8	166	80,2	$X^2=26,908$ p=0,000
	<i>300 cc ve üstü</i>	15	7,2	42	19,8	
	Toplam	207	100	208	100	
Günlük İçilen Asitli İçecek Miktarı	<i>Tüketmiyor / 300 cc den az</i>	185	89,4	195	93,7	$X^2=3,993$ $p=0,136$
	<i>300 cc ve üstü</i>	22	10,6	13	6,3	
	Toplam	207	100	208	100	

Veriler sayı (n) Ve yüzdelik (%) olarak verildi.

Veriler, X^2 = Ki Kare ve $P<0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı

Komplikasyon gelişen hastaların %40,1'inin (n=73), komplikasyon gelişmeyen hastaların %42,3'unun (n=87) günlük içilen Su miktarı 1000cc ve üstü, komplikasyon gelişen grubun %59,9'unun (n=134) ve komplikasyon gelişmeyen grubun %57,7'sinin (n=121) günlük içilen Su miktarı, tüketmiyor / 1000 cc den az, belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda **günlük içilen su miktarı** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu ($p=0,335>0,05$) saptanmadı.

Komplikasyon gelişen hastaların %82,6'sının (n=171) komplikasyon gelişmeyen grubun %65,9'unun (n=137), günlük tüketilen çay miktarı 300 cc ve üstü, komplikasyon gelişen grubun %17,4'u (n=36), komplikasyon gelişmeyen grubun %34,1'i (n=71), günlük tüketilen çay miktarı, tüketmiyor / 300 cc den az, belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, **günlük tüketilen çay miktarı** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi (**$p=0,00 <0,05$**).

Komplikasyon gelişen hastaların %95,6'sı (n=198), komplikasyon gelişmeyen grubun %95,7'si (n=199) günlük kahve tüketmediği / 100 cc altı, belirlendi. Komplikasyon gelişen grubun %4,3'ünün (n=9) 100 cc ve üstü, ve komplikasyon gelişmeyen grubun %4,3'ünün (n=9) 100 cc ve üstü, günlük kahve tükettiği belirlendi. yapılan istatistiksel analiz sonucunda, ***günlük tüketilen kahve miktarı*** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmedi ($p=0,164>0,05$).

Komplikasyon gelişen hastaların %90,3'ünün (n=187), komplikasyon gelişmeyen hastaların %94,8'inin (n=197) günlük taze meyve suyu tüketmediği veya 300 cc altı tükettiği belirlendi. Komplikasyon gelişen hastaların %9,7'sinin (n=20) ve komplikasyon gelişmeyen hastaların %5,2'sinin (n=11), 300 cc ve üstü günlük taze meyve suyu tükettiği tespit edildi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, ***günlük tüketilen taze meyve suyu miktarı*** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark belirlenmedi ($p=0,145>0,05$).

Komplikasyon gelişen hastaların %7,2'sinin (n=15), komplikasyon gelişmeyen hastaların %19,8'inin (n=42), günlük içilen *süt/ayran* miktarı 1000 cc ve üstü, komplikasyon gelişen grubun %92,8'inin (n=192) ve komplikasyon gelişmeyen grubun %80,2'sinin (n=166) günlük içilen *süt/ayran* miktarı, tüketmiyor/1000 cc den az, belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, ***günlük tüketilen süt/ayran miktarı*** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p=0,00 <0,05$).

Komplikasyon gelişen hastaların %89,4'i (n=185) ve komplikasyon gelişmeyen hastaların %93,7'si (n=195) günlük asitli içecekler tüketmediği veya 300 cc altı tükettiği belirlendi. komplikasyon gelişen hastaların %10,6'sı (n= 22), komplikasyon gelişmeyen hastaların %6,3'ü (n=13) günlük 300 cc ve üstü, asitli içecekler tükettiği belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, ***günlük tüketilen asitli içecekler miktarı*** ile erken dönem komplikasyon gelişme arasında anlamlı bir fark ($p=0,136>0,05$) bulunmadı.

Tablo 6.2.4. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile kilo kaybı arasındaki ilişkinin dağılımı (N=415)

Kilo Kaybı		Komplikasyon Gelişen		Komplikasyon Gelişmeyen		P		
		n	%	N	%			
Son 3 ayda Kilo Kaybı Durumu	Evet	133	64,3	110	52,9	X ² =5,523 p= 0,012		
	Hayır	74	35,7	98	47,1			
	Toplam	207	100	208	100			
Kilo Kaybının Nedeni	Hastalığa Bağlı	112	84,2	73	75,5	X ² =6,446 p=0,092		
	Diyet	5	3,8	8	7,3			
	Bilmiyorum	7	5.2	3	2,7			
	Diğer*	9	6,8	16	14,5			
	Toplam	133	100	110	100			
Komplikasyonlar		Kilo kaybı var		Kilo Kaybı Yok		Toplam		P
		n	%	n	%	n	%	
Ritim Bozuklukları	Evet	55	22,6	34	19,8	89	21,4	X ² =0,491 p=0,282
	Hayır	188	77,4	138	80,2	326	78,6	
Hipertansiyon	Evet	25	10,3	14	8,1	39	9,4	X ² =0,546 p=0,287
	Hayır	218	89,7	158	91,9	376	90,6	
Hipotansiyon	Eve	12	4,9	3	1,7	15	3,6	X ² =2,949 p=0,070
	Hayır	231	95,1	169	98,3	400	96,4	
Solunum Güçlüğü	Evet	20	8,2	13	7,6	33	7,9	X ² =0,062 p=0,478
	Hayır	223	91,8	159	92,4	382	92,1	
Bulantı	Evet	39	16	21	12,2	60	14,4	X ² =1,201 p=0,170
	Hayır	204	84	151	87,8	355	85,6	
Kusma	Evet	51	21	27	15,7	79	19	X ² =1,847 p=0,109
	Hayır	192	79	145	84,3	337	81	
Yara Yeri Komplikasyonları	Evet	45	18,5	19	11	64	15,4	X ² =4,311 p=0,025
	Hayır	198	81,5	153	89	351	84,6	
TOPLAM		243	100	172	100	415	100	

Veriler sayı (n) ve yüzdelik (%) olarak verildi.

Veriler, X^2 Ki Kare ve $P<0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı

* Spor Yapma, Sürekli Çalışma, Stres ve Travma yaşama

Komplikasyon gelişen hastaların %64,3'ünün (n=133), komplikasyon gelişmeyen hastaların %52,9'unun (n= 110) **son 3 ayda kilo kaybı** görüldü. Komplikasyon gelişen hastaların %84,2'sinin (n=112), komplikasyon gelişmeyen hastaların %75,5'inin (n=73) **kilo kaybı nedeni** hastalığa bağlı olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, **Son 3 ayda kilo kaybı** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,012<0,05$).

Batın ameliyatı uygulanan, kilo kaybı olan hastalar toplam (n=243) %22,6'sının (n=55), kilo kaybı olmayan hastaların toplam (n=172) %19,8'inde (n=34) ritim bozuklukları görüldü. Kilo kaybı ile **ritim bozuklukları** arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,282>0,05$).

Batın ameliyatı uygulanan kilo kaybı yaşayan hastalarda %10,3'ünün (n=25), kilo kaybı olmayan hastalarda %8,1'inde (n=14) hipertansiyon belirlendi. Kilo kaybı ile **hipertansiyon** arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,287>0,05$).

Batın ameliyatı uygulanan kilo kaybı olan hastaların %4,9'ünün (n=12), kilo kaybı olmayan hastaların %1,7'sinde (n=3) hipotansiyon olduğu belirlendi. Kilo kaybı ile **hipotansiyon** arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,070 > 0,05$).

Batın ameliyatı uygulanan kilo kaybı olan hastaların %8,2'sinde (n=20), kilo kaybı olmayan hastaların %7,6'sında (n=13), solunum güçlüğü belirlendi. Kilo kaybı ile **solunum güçlüğü** arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,478 > 0,05$).

Batın ameliyatı uygulanan kilo kaybı olan hastaların %16'sının (n=39), kilo kaybı olmayan hastaların ise %12,2'sinde (n=21) bulantı görüldü. Kilo kaybı ile **bulantı** arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,170 > 0,05$).

Batın ameliyatı uygulanan kilo kaybı olan hastaların %21'inde (n=51), kilo kaybı olmayan hastaların %15,7'sinde (n=27) kusma görüldü. Kilo kaybı ile **kusma** arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,109 > 0,05$).

Batın ameliyatı uygulanan kilo kaybı olan hastaların %18,5'inin (n=45), kilo kaybı olmayan hastaların %11'inde (n=19) yara yeri komplikasyonları görüldü. Kilo kaybı ile **yara yeri komplikasyonları** arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p=0,025 < 0,05$).

Tablo 6.2.5. Batın ameliyatı uygulanan hastalarda, BKİ durumu ile gelişen erken dönem komplikasyonlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (N=415)

Komplikasyonlar		Zayıf		Normal		Kilolu		Obez		Toplam		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ritim Bozuklukları	Evet	6	40	41	22,2	26	19,7	16	19,3	89	21,4	$X^2=3,593$ $p=0,309$
	Hayır	9	60	144	77,8	106	80,3	67	80,7	326	78,6	
Hipertansiyon	Evet	--	--	18	9,7	14	10,6	7	8,4	39	9,4	$X^2=1,897$ $p=0,594$
	Hayır	15	100	167	90,3	118	89,4	76	91,6	376	90,6	
Hipotansiyon	Evet	2	13,3	8	4,3	2	1,5	3	3,6	15	3,6	$X^2=6,004$ $p=0,111$
	Hayır	13	86,7	177	95,7	130	98,5	80	96,4	400	96,4	
Solunum Güçlüğü	Evet	2	13,3	15	8,1	10	7,6	6	7,2	33	8	$X^2=0,684$ $p=0,877$
	Hayır	13	86,7	170	91,9	122	92,4	77	92,8	382	92	
Bulantı	Evet	5	33,3	36	19,5	15	11,4	8	9,6	64	15,4	$X^2=9,797$ $p=0,020$
	Hayır	10	66,7	149	80,5	117	88,6	75	90,4	351	84,6	
Kusma	Evet	6	40	45	24,3	20	15,2	7	8,4	78	18,8	$X^2=15,111$ $p=0,002$
	Hayır	9	60	140	75,7	112	84,8	76	91,6	337	81,2	
Yara Yeri Komplikasyonları	Evet	5	33,3	30	16,2	14	10,6	7	8,4	56	13,5	$X^2=8,996$ $p=0,029$
	Hayır	10	66,7	155	83,8	118	89,4	76	91,6	359	86,5	
TOPLAM		15	100	185	100	132	100	83	100	415	100	

Veriler sayı (n) ve yüzdelik (%) olarak verildi.

Veriler, X^2 = Ki Kare ve $P<0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

* Birden fazla komplikasyon öyküsü mevcuttur

Batın ameliyatı uygulanan BKİ zayıf olan hastaların %40'ının (n=6), BKİ normal olan hastaların %22,2'sinin (n=41), BKİ kilolu olan hastaların %19,7'sinin (n=26) ve BKİ obez olan hastaların %19,3'ünde (n=16) ritim bozuklukları görüldü. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, BKİ ile erken dönem gelişen **ritim bozuklukları** arasında anlamlı bir fark ($p=0,309>0,05$) saptanmadı.

Batın ameliyatı uygulanan BKİ normal olan hastaların %9,7'sinde (n=18), BKİ kilolu olan hastaların %10,6'sında (n=14), BKİ obez olan hastaların %8,4'ünde (n=7) hipertansiyon belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, BKİ ile erken dönem gelişen **hipertansiyon** arasında anlamlı bir fark ($p=0,594>0,05$) saptanmadı.

Batın ameliyatı uygulanan BKİ zayıf olan hastaların %13,3'ünde (n=2), BKİ normal olan hastaların %4,3'ünde (n=8), BKİ kilolu olan hastaların %1,5'inde (n=2) ve BKİ obez olan hastaların %3,6'sında (n=3) hipotansiyon görüldü. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, BKİ ile erken dönem gelişen **hipotansiyon** arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,111>0,05$).

Batın ameliyatı uygulanan BKİ zayıf olan hastaların %13,3'ünde (n=2), BKİ normal olan hastaların %8,1'inde (n=15), BKİ kilolu olan hastaların %7,6'sında (n=10) ve BKİ obez olan hastaların %7,2'sinde (n=6) solunum güçlüğü belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, BKİ ile erken dönem gelişen **solunum güçlüğü** arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,877>0,05$).

Batın ameliyatı uygulanan BKİ zayıf olan hastaların %33,3'ünde (n=5), BKİ normal olan hastaların %19,5'inde (n=36), BKİ kilolu olan hastaların %11,4'ünde (n=15) ve BKİ obez olanların %9,6'sında (n=8), bulantı görüldü. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda BKİ ile gelişen erken dönem **bulantı** arasında anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,020 < 0,05$).

Batın ameliyatı uygulanan BKİ zayıf olan hastaların %40'ında (n=6), BKİ normal olan hastaların %24,3'ünde (n=45), BKİ kilolu olanların %15,2'sinde (n=20) ve BKİ obez olan hastaların %8,4'ünde (n=7) kusma görüldü. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda BKİ ile gelişen erken dönem **kusma** arasında anlamlı bir fark bulundu ($p=0,002 < 0,05$).

Batın ameliyatı uygulanan BKİ zayıf olan hastaların %33,3'ünde (n=5), BKİ normal olan hastaların %16,2'sinde (n=30), BKİ kilolu olanların %10,6'sında (n=14) ve BKİ obez olan hastaların %8,4'ünde (n=7) yara yeri komplikasyonları görüldü. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda BKİ ile gelişen erken dönem **yara yeri komplikasyonlar** arasında anlamlı bir fark saptandı ($p=0,029 < 0,05$).

Tablo 6.2.6. Batın ameliyatı uygulanan hastaların, erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile spor yapma alışkanlık arasındaki ilişkinin dağılımı (N=415)

Spor Yapma Durumu		Komplikasyon gelişen		Komplikasyon Gelişmeyen		P
		N	%	N	%	
Spor Yapma Durumu	Evet	48	23,2	51	24,5	$\chi^2=1,245$ $p=0,537$
	Hayır	150	72,5	152	73,1	
	Yaptım, Bırakım	9	4,3	5	2,4	
	Toplam	207	100	208	100	

Veriler Sayı (n) ve yüzdelik (%) olarak verildi.

Veriler, χ^2 = Ki Kare ve $P < 0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Komplikasyon gelişen grubun %23,2'sinin (n=48) ve komplikasyon gelişmeyen grubun %24,5'inin (n=51) spor yapma alışkanlığı olduğu belirlendi. Komplikasyon gelişen grubun %4,3'ü (n=9) ve komplikasyon gelişmeyen grubun %2,4'ünün (n=5) spor yapıp bıraktığı belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, **spor yapma durumu** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,537 > 0,05$).

Tablo 6.2.7. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile sigara içme ve alkol kullanma alışkanlıklar arasındaki ilişkinin dağılımı (N=415)

Sigara içme ve alkol kullanma alışkanlıkları		Komplikasyon Gelişen		Komplikasyon Gelişmeyen		P
		n	%	n	%	
Sigara İçme Durumu	Evet	59	28,5	47	2,6	$X^2=3,172$ $p=0,205$
	Hayır	94	45,4	112	53,8	
	Bıraktım	54	26,1	49	23,6	
TOPLAM		207	100	208	100	
Günlük İçilen Sigara Adedi	10 Adet ve Altı	15	13,3	19	19,8	$X^2=6,833$ $p=0,033$
	11-20 Adet	62	54,9	61	63,5	
	21 Adet ve yukarı	36	31,9	16	16,7	
TOPLAM		113	100	96	100	
Kaç Yıl Sigara İçtiği	5 Yıl ve Altı	--	--	1	2,1	$X^2=2,425$ $p=0,297$
	6-15 Yıl	5	8,5	7	14,9	
	16 Yıl ve yukarı	54	91,5	39	83	
TOPLAM		59	100	47	100	
Sigarayı Bırakma Zamanı	1-6 Ay	15	27,8	2	4,1	$X^2=11,058$ $p=0,011$
	1-9 Yıl	20	37	28	57,1	
	10-20 Yıl	15	27,8	15	30,6	
	20 Yıl ve yukarı	4	7,4	4	8,2	
TOPAM		54	100	49	100	
Alkol Alışkanlığı	Evet	33	15,9	28	13,5	$X^2=0,509$ $p=0,283$
	Hayır	174	84,1	180	86,5	
TOPLAM		207	100	208	100	

Veriler sayı (n) ve yüzdelik (%) olarak verildi.

Veriler, X^2 = Ki Kare ve $P<0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Komplikasyon gelişen grubun %28,5'inin (n=59), komplikasyon gelişmeyen grubun %22,6'sının (n=47) **sigara içme alışkanlığı** olduğu belirlendi. Komplikasyon gelişen grubun %26,1'inin (n=54), komplikasyon gelişmeyen grubun %23,6'sının (n=49) sigara içme alışkanlığını bıraktıkları belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda **sigara içme alışkanlığı** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,205> 0,05$).

Komplikasyon gelişen sigarayı bırakan hastaların %37'sinin (n=20) 1-9 yıl, %27,8'inin (n=15) 10-20 yıl, %27,8'inin (n=15) 1-6 Ay, %7,4'ünün (n=4) 20 yıl ve üstü, zamandan beri sigarayı bıraktıkları belirlendi. Komplikasyon gelişmeyen sigarayı bırakan hastaların, %57,1'inin (n=28) 1-9 yıl, %30,6'sının (n=15) 10-20 yıl, %8,2'sinin (n=4) 20 yıl ve üstü, zamandan beri sigarayı bıraktıkları belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, **sigarayı bıraktığı süre** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,011 <0,05$).

Komplikasyon gelişen grubun %54,9'u (n=62) 11-20 adet, %31,9'u (n=36) 21 adet ve üstü, %13,3'ü (n=15) 10 adet ve altı, komplikasyon gelişmeyen hastaların %63,5'i (n=61) 11-20 adet, %19,8'i (n=19) 10 adet ve altı, %16,7'si (n=16) 21 adet ve üstü günlük sigara adedi içtikleri belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda **günlük içilen sigara adedi** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ($p=0,033 < 0,05$).

Komplikasyon gelişen grubun %91,5'inin (n=54) 16 yıl ve üstü, %8,5'inin (n=5) 6-15 yıl, komplikasyon gelişmeyen grubun %83'ünün (n=39) 16 yıl ve üstü, %14,9'unun (n=7) 6-15 yıl, sigara içtikleri süre olarak belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda **sigara içildiği süre** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,297 > 0,05$).

Komplikasyon gelişen grubun %15,9'unun (n=33), komplikasyon gelişmeyen grubun %13,5'inin (n=28) **alkol kullanma alışkanlığı** olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, alkol kullanma alışkanlığı ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,283 > 0,05$).

6.3. Batın ameliyatı geçiren hastaların bireysel özellikleri ile erken dönem gelişen komplikasyonların değerlendirildiği bulguları

Bu bölümde, batın ameliyatı uygulanan hastaların, **anestezi, ameliyat ve ameliyat sonrası bilgiler** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumu arasındaki ilişki bulgulara yer verildi (Tablo 6.3.1, Tablo 6.3.2).

Tablo 6.3.1. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumları ile anestezi süresi arasındaki ilişkinin dağılımı (N=415)

		Komplikasyon Gelişen		Komplikasyon Gelişmeyen		P
		n	%	N	%	
Anestezi Süresi	60 dk Altı	5	2,4	31	14,9	$X^2=33,105$ $p=0,000$
	60-180 dk	124	59,9	137	65,9	
	181-300 dk	66	31,9	30	14,4	
	300 dk Yukarı	12	5,8	10	4,8	
	Toplam	207	100	208	100	

Veriler sayı (n) ve yüzdelik (%) olarak verildi. Veriler, $X^2=$ Ki Kare ve $P<0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Komplikasyon gelişen grubun %59,9'unun (n=124) 60-180 dk, %31,9'unun (n=66) 181-300 dk, %5,8'inin (n=12) 300 dk üstü, % 2,4'ünün (n=5) 60 dk altı, **komplikasyon gelişmeyen** grubun % 65,9'unun (n=137) 60-180 dk, %14,9'unun (n=31) 60 dk altı, % 14,4'ünün (n=30) 181-300 dk ve %4,8'inin (n=10) 300 dk üstü anestezi süresi olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, **anestezi süresi** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p=0,000 < 0,05$).

Tablo 6.3.2. Batın ameliyatı uygulanan hastaların erken dönem komplikasyon gelişme durumu ile NGT ve idrar sondası takılma arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (N=415)

NGT Takılma Durumu		Komplikasyon Gelişen		Komplikasyon Gelişmeyen		P
		n	%	N	%	
NGT	Evet	199	96,1	162	77,9	$X^2=30,531$ $p=0,000$
	Hayır	8	3,9	46	22,1	
	Toplam	207	100	208	100	
NGT Kalış Süresi	6 Saat ve altı	30	15,1	38	23,5	$X^2=12,350$ $p=0,006$
	7-24 Saat	115	57,8	101	62,3	
	25-72 Saat	36	18,1	19	11,7	
	72 Saat yukarı	18	9	4	2,5	
	Toplam	207	100	208	100	
İdrar Sondası Takılma Durumu		Komplikasyon Gelişen		Komplikasyon Gelişmeyen		p
		n	%	N	%	
İdrar Sondası	Evet	201	97,1	169	81,2	$X^2=26,965$ $p=0,000$
	Hayır	6	2,9	39	18,8	
	Toplam	207	100	208	100	
İdrar Sondası Kalış Süresi	6 Saat ve altı	2	1	2	1,2	$X^2=18,917$ $p=0,000$
	7-24 Saat	24	11,9	39	23,1	
	25 -72 Saat	99	49,3	96	56,8	
	72 Saat yukarı	76	37,8	32	18,9	
	Toplam	207	100	207	100	

Veriler Sayı (n) Ve Yüzdelik (%) Olarak Verildi.

Veriler, $X^2=$ Ki Kare ve $P<0,05$ Anlamlılık düzeyinde Yorumlandı

Komplikasyon gelişen grubun % 96,1'inde (n=199) ve **komplikasyon gelişmeyen** grubun %77,9'unda (n=162) NGT takıldığı belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, **NGT takılma** durumu ile erken dönem komplikasyon gelişme duruma bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p=0,000 <0,05$)

Komplikasyon gelişen grubun %57,8'inin (n=115) NGT kullanma süresi 7-24 saat, %18,1'inin (n=36) 25-72 saat, %15,1'inin (n=30) 6 saat ve altı, %9'unun (n=18) 72 saat yukarı ve **komplikasyon gelişmeyen** grubun %62,3'ünün (n=101) 7-24 saat, %23,5'inin (n=38) 6 saat ve altı, %11,7sinin (n=19) 25-72 saat, %2,5'inin (n=4) 72 saat yukarı olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, **NGT kullanma süresi** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumu arasında iki grup arasında anlamlı bir fark ($p=0,006 <0,05$) olduğu belirlendi.

Komplikasyon gelişen grubun % 97,1'inin (n=201) ve **komplikasyon gelişmeyen** grubun %81,2'sinin (n=169) idrar sondası takıldığı belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda **idrar sondası takılma** durumu ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark bulundu ($p=0,000 <0,05$).

Komplikasyon gelişen grubun %49,3'ünün (n=99) 25-72 saat, %37,8'inin (n=76) 72 saat üstü, %11,9'unun (n=24) 7-24 saat, %1,2'sinin (n=2) 6 saat ve altı, **komplikasyon gelişmeyen** grubun %56,8'inin (n=96) 25-72 saat, %23,1'inin (n=39) 7-24 saat, %18,9'unun (n=32) 72 saat üstü, %1,2'sinin (n=2) 6 saat ve altı idrar sondası kalma süresi olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, **idrar sondası kalma süresi** ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,000 < 0,05$).



6.4. Batın Ameliyatı Uygulanan Hastaların Erken Dönem Komplikasyon Gelişme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Lojistik Regresyon)

Bu bölümde, batın ameliyatı uygulanan hastaların, erken dönem komplikasyon gelişme durumunun (bağımlı değişkenin) etkileyen faktörlerin belirlenmesi için lojistik regresyona ilişkin bulgulara yer verildi. (Tablo 6.4.1)

Lojistik regresyon modelinde risk faktörlerinin belirlenmesi için modele alınacak ilişkili ve temsil oranı yüksek değişkenler belirlenmiştir. İlişki analizleri incelendiğinde; yaş, BKİ, kronik hastalık durumu, uyku problemi durumu, günlük içilen çay miktarı, günlük içilen süt ve ayran miktarı, son 3 ayda kilo değişikliği olma durumu, günlük içilen sigara adedi, sigarayı bıraktıysa ne zaman bıraktığı, anestesi süresi, idrar sondası takılma durumu, NGT kullanılma durumu parametreleri ile lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

Bağımlı değişkenin (Erken dönem komplikasyon gelişme durumu) pozitif olması 1, negatif olması 0 olarak alınmıştır. Erken dönem komplikasyon gelişme durumuna etki eden risk faktörlerini belirlemek üzere yapılan analiz istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Modele ilişkin katsayılar aşağıda verilmektedir.

Tablo 6.4.1. Batın Ameliyatı Uygulanan Hastaların, Erken Dönem Komplikasyon Gelişme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Lojistik Regresyon)

Bağımsız Değişkenler	B	S.Hata	p	OR	(%95 Cİ) Güvenlik Aralığı	
					Alt	Alt
Yaş			,735			
Yaş(1)	-,741	,975	,447	,477	,071	3,223
Yaş(2)	-,520	1,134	,647	,595	,064	5,494
Bki			,049			
Bki(1)	-1,751	,732	,017	,174	,041	,729
Bki(2)	-1,482	,879	,092	,227	,041	1,272
Kronik hastalık durumu(1)	-,116	,668	,862	,890	,241	3,295
Uyku problemi durumu(1)	-1,604	,755	,034	,201	,046	,883
Günlük içilen çay miktarı			,105			
Günlük içilen çay miktarı(1)	-1,071	1,836	,560	,343	,009	12,520
Günlük içilen çay miktarı(2)	1,240	1,459	,395	3,457	,198	60,345
Günlük içilen süt ayran miktarı			,052			
Günlük içilen süt ayran miktarı(1)	-,346	,849	,684	,708	,134	3,737
Günlük içilen süt ayran miktarı(2)	2,231	1,013	,028	9,306	1,277	67,825
Son 3 ayda kilo değişikliği olma durumu(1)	,797	,654	,223	2,219	,615	7,999
Günlük içilen sigara adedi			,808			
Günlük içilen sigara adedi(1)	-,035	,879	,968	,965	,172	5,407
Günlük içilen sigara adedi(2)	,482	1,000	,629	1,620	,228	11,499
Sigarayı bıraktıysa ne zaman bıraktığı			,037			
Sigarayı bıraktıysa ne zaman bıraktığı(1)	-3,214	1,109	,004	,040	,005	,353
Sigarayı bıraktıysa ne zaman bıraktığı(2)	-2,977	1,218	,014	,051	,005	,554
Sigarayı bıraktıysa ne zaman bıraktığı(3)	-3,142	1,457	,031	,043	,002	,751
Anestesi süresi			,867			
Anestesi süresi(1)	,365	,694	,599	1,440	,369	5,616
Anestesi süresi(2)	,263	1,314	,841	1,301	,099	17,071
İdrar sondası takılma durumu(1)	-1,388	1,593	,384	,250	,011	5,669
NGT kullanılma durumu(1)	-3,945	1,835	,032	,019	,001	,705
Sabit	-1,674	1,223	,171	,187		

Batın ameliyatı uygulanan hastaların, **Beden kitle indeksi** fazla kilolu hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riski, zayıf ve normal hastalara oranla 0,174 kat (**Odds Oranı; 0.174. p= 0.071. güvenlik aralığı (%95 CI); 0.041-0.729**) daha düşük olduğu saptanmıştır.

Batın ameliyatı uygulanan hastaların, **Uyku problemi** olmayan hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riski, uyku problemi olan hastalarla oranla 0,201 kat (**Odds Oranı; 0.201. p= 0.034 güvenlik aralığı (%95 CI); 0.046-0.883**) daha düşük olduğu saptanmıştır.

Batın ameliyatı uygulanan hastaların **Günlük içilen Süt/Ayran** miktarı 300cc ve üzeri olan hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riski, süt ayran tüketmeyenlere göre 9,306 kat, (**Odds Oranı; 9.306 p= 0.028 güvenlik aralığı (%95 CI); 1.277-67.825**) daha düşük olduğu saptanmıştır.

Batın ameliyatı uygulanan hastaların, **Sigarayı bırakma süresi 1-9 yıl** olan hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riski, 1-6 ay olanlara göre 0,040 kat (***Odds Oranı; 0.040 p= 0.004 güvenlik aralığı (%95 CI); 0.005-0.353***) daha düşük olduğu saptanmıştır.

Batın ameliyatı uygulanan hastaların, **Sigarayı bırakma süresi 10-20 yıl** olan hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riski, 1-6 ay olanlara göre 0,051 kat (***Odds Oranı; 0.051 p= 0.014 güvenlik aralığı (%95 CI); 0.005-0.554***) daha düşük olduğu saptanmıştır.

Batın ameliyatı uygulanan hastaların, **Sigarayı bırakma süresi 20 yıl ve üstü** olan hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riski, 1-6 ay olanlara göre 0,043 kat (***Odds Oranı; 0.043 p= 0.031 güvenlik aralığı (%95 CI); 0.002-0.751***) daha düşük olduğu saptanmıştır.

Batın ameliyatı uygulanan hastaların, **NGT** kullanılmayan hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riski, NGT kullanılanlara göre 0,019 kat (***Odds Oranı; 0.019. p= 0.032 güvenlik aralığı (%95 CI); 0.001-0.705***) daha düşük olduğu saptanmıştır.

Diğer parametrelerin erken dönem komplikasyon gelişme riski istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır (***p>0,05***).

7. TARTIŞMA

Modern tıp uygulamalarının, insan organizmasının biyolojik, psikolojik ve sosyal yönüyle ilgileniyor olmasının yaşamsal önemi olduğu vurgulanmaktadır (Korucu ve ark., 2021; Ünsal, 2017). Her bireyin genetik yapılarının eşsizliği nedeniyle değişik durumlarda birbirinden ayrı biyolojik ve psikolojik tepkiler vermesinin sebebinin bu farklılıklar olduğu bilinmektedir. Ayrıca kişinin bulunduğu sosyal çevre, eğitim durumu, sağlığı algılayışı, hijyenik alışkanlıkları, beslenme durumu gibi faktörler tecrübe ettiği bir sağlık sıkıntısı karşısındaki davranışlarını da etkilemektedir (Korucu ve ark., 2021). Yapılan çalışmalarda, psikolojik ve sosyal faktörlerin hastalıkların ortaya çıkmasında önemli risk oluşturduğunu belirtmekte ve bu nedenle de risklerin neler olabileceği konusunun önemi vurgulanmaktadır (Ekizer, 2020; Ünsal, 2017). Bu kapsamda çalışmada genel anestezi ile açık batın ameliyatı uygulanan hastaların sosyokültürel yapıları ve bireysel alışkanlıkları ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi incelendi.

Sosyodemografik verilerden yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu incelendiğinde; Saylam ve ark. (2009) abdominal cerrahi yapılan 461 hastayla yaptıkları çalışmada, 279'u (%60,5) 9 yaş ve altı, 154'u (%33,4) 60-74 yaş arası, 28'i (%6,1) 75 yaş ve üstü bulunurken, 0-59 yaş arası grupta olan hastaların 47'sinde (%16,8) komplikasyon geliştiği, 60-74 yaş arası grupta hastaların 51'inde (%33,1), 75 yaş ve üstü hastaların 10'unda (%35,7) komplikasyon geliştiği, 0-59 yaş hasta grubunda diğer iki gruba göre komplikasyon görülme anlamı olarak daha düşük ($p<0.05$) olduğu bildirilmiştir. Taşdelen ve ark.'nın (2008) cerrahi alan infeksiyonunun yaşla doğru orantılı olarak arttığını bildiren çalışmalarında, 65 yaş üzerinde olan hastalarda hastane infeksiyonu gelişme oranının üç-beş kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Berrisford ve ark., (2005) mortalite riski açısından hastaları değerlendirdikleri çalışmalarında, solunum sıkıntısı derecesi, ASA (Amerikan Anesteziyologlar Derneği) skoru ve yaştan mortaliteyi bağımsız olarak etkileyen faktörler olduğunu belirtmişlerdir. Bittner ve ark. (1996) 70 yaş üstü ve altı olarak gruplayıp yaptıkları çalışmada, total gastrektomi sonrası genç hastalara göre yaşlı hastalarda komplikasyon gelişme oranının anlamı olarak yüksek olduğunu, benzer şekilde Park ve ark. (2005) gastrik kanser cerrahisi ile ilgili yaptıkları çalışmada 50 yaş üstü olan hastalarda daha genç hastalara göre komplikasyonların daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmada yaş gruplarına göre dağılımda hastaların çoğunun 65 yaşının üstünde olması ile komplikasyon gelişme oranı arasında anlamı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Literatür ile çalışma bulguları benzerlik göstermektedir.

İzveren ve ark.'nın (2011) çalışmasında abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunların belirlenmesi amacıyla cerrahi kliniğinde yatan ve abdominal

cerrahi girişim uygulanan, 67 hastadan %62.7'sinin erkek, %67.2'sinin evli olduğu ve %32.8'inin ilk okul mezunu saptanmıştır. Sosyodemografik bulgularımız çalışmalarda yer alan hasta profiline benzerlik göstermektedir.

Literatürde komplikasyonların yarısının postoperatif ilk 1 saatte, %75'inin ise postoperatif ilk 5 saatte görülmekte olduğu ve bunların prognozunun intraoperatif dönemdekilere göre daha kötü olduğu belirtilmektedir. Yüksek ASA değeri, acil ameliyatlar, 2-4 saat süren anestezi uygulamaları, abdominal ve ortopedik ameliyatlar en yüksek komplikasyon riskine sahip olanlar arasında sayılabilir (Özmen ve ark., 2020). Koraş Sözen.'nin (2020) ameliyat sonrası gelişen erken dönem komplikasyonların değerlendirilmesi amacıyla cerrahi uygulanan 161 hasta ile yaptığı çalışmada, hastaların %49,4'ünde çeşitli komplikasyonlar geliştiği ve bu komplikasyonların sırasıyla %31,3'lük bir oranla ağrı, %29 bulantı-kusma, %11,5 titreme, %8,4 hipotansiyon, %7,6 baş ağrısı, %3,8 bradikardi, %2,3 hipertansiyon, %2,3 dispne, %2,3 oligüri ve %1,5 oranında hipotermi olduğu bildirilmiştir. Literatürde bu komplikasyonların görülme sıklıklarının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Hines ve ark.'nın (1992) yapmış olduğu çalışmada abdominal ameliyatların genel cerrahi operasyonlarında komplikasyon oranının çok daha fazla olduğu belirtilmiştir. Yavaşcağlu ve ark.'nın (2009) çalışmasında bu oran %35,5 ile bu çalışmayı destekler niteliktedir. Mevcut çalışmada, 18-64 yaş arası en sık karşılaşılan erken ameliyat sonrası komplikasyonların ağrı, bulantı-kusma ve titreme olduğu belirlenmiştir ve bu komplikasyonların 65 yaş ve üstü hastalara kıyasla 18-64 yaş arasında görülme sıklığının yüksek, istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

İzveren'in (2011) çalışmasında, abdominal cerrahi sonrası görülen GİS'e ilişkin sorunlar arasında ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın ağrıdan sonra en sık görülen sorunlardan olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada ameliyatın tipi, anestezi prosedürü ve hastanın özelliklerine göre ameliyat sonrası bulantı-kusma insidansının %14-82 arasında değiştiği de belirtilmiştir. Başoğlu ve ark.'nın (2000) anestezi sonrası hastaları değerlendirdikleri çalışmada, bulantı-kusmanın (%9,8) en yüksek oranda komplikasyon olarak geliştiği saptanmıştır. Mevcut çalışmada hastaların bulantı sorununun ameliyat sonrası I. gün %35,8, II.gün %23,9 ve III. gün %14,9 şeklinde giderek azaldığı saptanmıştır. Bu çalışmada bulantı-kusma oranının %66.7 yüksek çıkma nedeninin sadece abdominal cerrahi müdahale yapılan hastalar ile çalışılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kaçmaz.'ın (2001) çalışmasında toraks dışı operasyonlardan sonra solunumsal komplikasyon insidansının %9-69 arasında değiştiği bulunmuştur. Kocabaş. (1996) toraks dışı majör cerrahi uygulanan hastalarda postoperatif solunum komplikasyonları (PSK) sıklığı, %10-30 arasında bildirilmiştir. 43 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analizde, postoperatif solunum

komplikasyonları (PSK) oranı üst abdominal cerrahi için %19,7, alt abdominal cerrahi için %7,7, herhangi bir abdominal cerrahi için %14,2 olarak bildirilmiştir (Smetana ve ark., 2006). Kroenke ve ark.'nın (1992) çalışmalarında ise, postoperatif pulmoner komplikasyonların major abdominal cerrahide %56 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Pulmoner komplikasyon insidansı major abdominal cerrahi uygulanan hastalarda en yüksek orandadır. Bu çalışmada postoperatif solunum komplikasyon (PSK) oranı %18,3 olarak saptanmış ve literatür bilgisine paralel olarak bulunmuştur.

Yavaşcaoglu ve ark.'nın (2009) yaptıkları çalışmada, erişkinlerde ameliyat sonrası dönemde genel anestezi ve santral rejyonal blok uygulanarak operasyona alınan 18-65 yaş arasındaki 4082 olgunun postoperatif 12 ve 24 saatlerde görülen anestezi komplikasyonları incelenerek 1458 olguda komplikasyon geliştiği bildirilmiştir. Erişkinlerde genel anestezi sonrası görülen komplikasyonların %27,2'i genel cerrahi sonrası rapor edilmiş olup toplam kaydedilen komplikasyon sayısı 1627 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada ağrı %43 ile en çok görülen komplikasyon iken %31,8 bulantı kusma, %6,1 üşüme-titrete %4,9 hipertansiyon, %3,6 hipotansiyon ve % 3.3 dispne geliştiği saptanmış ve tüm komplikasyonlar içinde kardiyak arrest görülme oranı ise %0,4 olarak bulunmuştur.

Taşdelen ve ark.'nın (2008) yaptıkları çalışmada, kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda gelişen cerrahi alan infeksiyonların risk faktörlerinin belirlenmesi için kolorektal cerrahi uygulanan toplam 161 hastanın çalışmaya alındığı ve bu hastaların 43'ünde cerrahi alan infeksiyonu geliştiği, bunlardan 30'unun yüzeysel infeksiyon olarak geliştiği ve yaş ile hastane yatış gününün infeksiyon gelişiminde rol oynayan risk faktörleri olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada yara yeri komplikasyonları %27,1 oranında belirlenmiş ve Taşdelen ve ark.'nın çalışmasına benzerlik göstermiştir.

Literatürde komplikasyonların yarısının postoperatif ilk 1 saatte, %75'inin ise postoperatif ilk 5 saatte görülmekte olduğu belirtilmektedir. (Pazar, 2013; Özmen, 2020; Sözen, 2020). Bu çalışmada komplikasyonların %48,8'i postoperatif ilk günde görülmekte olduğu belirlenmişken ilk sırada gastrointestinal komplikasyonlar %75,9, ardından kardiyak komplikasyonlar %72, yara yeri komplikasyonları %27,1 ve solunum sistemi komplikasyonları %18,3 oranlarıyla görülmüştür. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlılık gösteren komplikasyonların aritmiler, solunum güçlüğü, bulantı kusma ve yara yeri komplikasyonları olduğu ve yapılan benzer araştırmalarla paralellik gösterdiği belirlenmiştir.

Araştırmada hastaların yarıdan fazlasının (%55,3) gastrointestinal kanser hastalığı olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de en sık görülen 10 kanserden, gastrointestinal sistem kaynaklı

olanlar görülme sıklığına göre kolorektal kanser dördüncü, mide kanseri altıncı ve pankreas kanserleri dokuzuncu sırada yer almaktadır. Gastrointestinal sistem kaynaklı tümörlerin tanı, evreleme ve özellikle tedavi aşamalarında organ koruyucu cerrahiler gibi karmaşık ve morbiditesi yüksek cerrahi girişimler uygulanabilmektedir (Akkapula., 2022). Komplikasyon gelişen hastaların %60,3 ve komplikasyon gelişmeyenlerin %54,3 kanser hastası olduğu belirlenmiştir. Hastanede yatış nedeni ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark ($p=0,002$) olduğu belirlendi.

Yaşın artmasıyla birlikte HT, ateroskleroz, KOAH gibi yandaş hastalıkların görülme insidansı artmaktadır. Bu yandaş hastalıkların bulunması ise genel anestezi sonrası morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır (Bilgin ve ark., 2007) abdominal cerrahi sonrası pulmoner komplikasyon riskinin değerlendirdikleri çalışmada 80 olgunun yandaş hastalık değişkenindeki 1 birimlik artışın komplikasyon olma olasılığını 150,2 kat arttırdığı ($p=0,001$) sonucuna ulaşmışlardır. Aynı çalışmada 80 olgunun, yandaş hastalık olup olmasına göre sınıflandırıldığında; 20 olguda (%25) hipertansiyon (HT), 2 olguda (%2,5) diabetes mellitus (DM), 4 olguda (%5) kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olmak üzere 26 olguda (%32,5) yandaş hastalık tespit edildiği bildirilmiştir. Saylam ve ark.'nın (2009) abdominal cerrahisi yapılan 461 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların %53,3'ünde yandaş hastalık yok iken, %35,3'ünde bir yandaş hastalık, %8,02'sinde iki yandaş hastalık ve %3,2'sinde üç yandaş hastalık olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada çok değişkenli analizde, sigara ve yandaş hastalığın pulmoner komplikasyon oranını anlamlı olarak arttırdığı tespit edildi ($p=0,038$, $p=0,001$). Komplikasyon gelişen hastaların %90'ında yandaş hastalık saptanmışken, komplikasyon gelişmeyenlerde bu oran %24,3 olarak bulundu ($p=0,001$). Olguların operasyona alınmadan önce yandaş hastalığı olmayan hastaların %14,5'inde komplikasyon gelişirken, operasyondan önce en az bir tane yandaş hastalığı olan hastalarda %33,1 oranında komplikasyon gelişti. Yandaş hastalığı olmayan hastalara göre bir ya da birden fazla yandaş hastalığı olarak operasyona alınan hastalarda komplikasyon gelişme oranı açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Birçok çalışma yandaş hastalıkların postoperatif komplikasyonları ve mortaliteyi artırdığı yönünde sonuçlar belirtmektedir (Balci ve ark., 2020; Bayar ve ark., 2016; Kılıç ve ark., 2019; Bektaş ve ark., 2016; Şahutoğlu ve ark., 2021). Bu yüzden hasta operasyona alınmadan önce yandaş hastalık ortadan kaldırılamayacaksa da tedavi ile kontrol altına alınmalıdır. Mevcut çalışmada komplikasyon gelişen grubun %55,6 ve komplikasyon gelişmeyen grubun %45,2'sinde kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kronik hastalık öyküsü ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki

grup arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ($p=0,022$). Sonuçların yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Türkiye’de en sık görülen ilk 5 kronik hastalığın; %28,4’le hipertansiyon, %15’le diyabet, %9,8’le kalp hastalıkları, %6,8’le romatizmal hastalıklar ve %5,5’la astım olduğu, belirtilmektedir (Altuntaş ve ark., 2015). Araştırmada hastaların en sıklıkla saptanan hastalıklar her iki grupta da hipertansiyon, diyabet, kalp yetmezliği ve astım olarak belirlenmiştir ve bu açıdan iki grup arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı görüldü. Çalışma sonuçlarının literatüre paralel olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda komplikasyon gelişen grubunun %57’sinde, komplikasyon gelişmeyen grubunun ise %48,6’sında kronik hastalık nedeni ile ilaç kullanım öyküsü olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kullanılan ilaçlar ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Yapılan literatür taramasında farklı ilaçların kullanımının erken dönem komplikasyon gelişimine etkisine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Uykusuzluk, ameliyat sonrası dönemde deliryum riskinin ve ağrıya duyarlılığın artmasına, daha fazla kardiyovasküler olaylara ve daha kötü iyileşmeye yol açar (Su ve Wang., 2018). Leung ve ark.’nın (2015) çalışmasında, cerrahi öncesinde ciddi uyku sorunu yaşayan kişilerde cerrahi sonrası deliryumun daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir. Uykusuzluğa bağlı semptomlar birkaç günlük uykusuzlukla kendini gösterirken, daha önceden uyku bozukluğu olan hastalar ise semptomlar açısından daha yüksek risk grubundadır (Hillman., 2017). Uyku çeşitli çevresel, sosyal, psikolojik ve patolojik faktörlerden etkilenebilir (Liao ve ark., 2011; Hillman, 2017). Yapılan bir sistematik derlemede, hastanede yatış sırasında ağrı, nefes darlığı, noktüri ve kardiyak fonksiyon gibi fiziksel faktörlerin yanında çevresel faktörlerin de uyku bozuklukları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Liao ve ark., 2011). Uyku problemi türünün incelendiğinde; komplikasyon gelişen grubun %9,8’inin ($n=7$), komplikasyon gelişmeyen grubun %27,3’nün ($n=12$) uyku saatinin düzenli olmadığı, komplikasyon gelişen grubun %43,7’sinin ($n=31$) ve komplikasyon gelişmeyen grubun %34,1’inin ($n=15$) hiçbir zaman uyuyamadığını, komplikasyon gelişenlerin %46,5’inin ($n=33$), komplikasyon gelişmeyenlerin %38,6’sının ($n=17$) solunum sıkıntısı ile uyanma, horlama vb. yaşadığı belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda uyku problemi türü ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,110>0,05$) ancak uyku problemi olan hastaların %13’ünün ($n=15$), uyku problemi olmayan hastaların %6’sının ($n=18$) solunum güçlüğü çektiği benzer şekilde uyku problemi olan hastaların %20,9’unun ($n=24$) ve uyku problemi olmayan hastaların %10,7’sinin ($n=32$) yara yeri komplikasyonları

olduğu tespit edildi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, iki grup arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Bu sonuçlar literatür ile uyumludur. Yara yeri komplikasyonları ile ilişki olmasına bağlı literatürde çalışma bulunamadı.

Kenneth R. Casey ve ark.'nın (2015) kohort çalışmasında, 1465 Obstruktif uyku apnesi tanısı ile genel cerrahi ve damar cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası kardiyopulmoner komplikasyon gelişme durumları incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($p=0,001$), benzer şekilde Mokhlesi ve ark.'nın (2013) çalışmasında da Obstruktif uyku apnesi ve kardiyopulmoner komplikasyonlar arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Klemann ve ark. (2015) beş çalışmanın sonucunu analiz ettikleri bir sistematik derlemede, ameliyat sonrası uyku kalitesinin cerrahinin tipine (açık veya laparoskopik), analjezik uygulamasına ve ağrı düzeyine bağlı olarak değiştiğini göstermiştir. Dolan ve ark. (2016) elektif ortopedik cerrahi sonrası ağrının uyku kalitesini düşüren en önemli etken olduğunu, bildirmiştir. Cerrahi stres, hem uyku bozukluklarına hem de değişen ağrı algısına yol açmaktadır. Orbach-Zinger ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada sezeryan ameliyatı olan hastaların preoperatif uyku kalitesinin kötü olmasının ameliyat sonrası daha şiddetli ağrı skorları ve artmış analjezik alımı ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Mevcut çalışmada komplikasyon gelişen grubunun %65,7'sinin ($n=136$) ve komplikasyon gelişmeyen grubunun %78,8'inin ($n=164$) uyku problemi yaşamadığı belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda uyku problemi ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,011$).

Tuz yapısındaki sodyum ile vücutta sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanmasında ve kan basıncının düzenlenmesinde önemli rol oynar. Fazla tüketildiğinde kalp hastalıkları olmak üzere pek çok önemli rahatsızlığa neden olmaktadır. Yetişkin insanların tükettikleri günlük ortalama tuz seviyesi tavsiye edilen miktarın çok üstündedir ve diyetle alınan tuzun çoğu işlenmiş gıdalardan gelmektedir (Akgün ve ark., 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlıklı bir insanın günlük tüketmesi gereken tuz miktarını 5g olarak belirlemiş olsa da birçok endüstrileşmiş ülkede günlük tuz tüketiminin 9-12g Türkiye'de günlük ortalama 15g olduğu rapor edilmiştir (Akgün., 2018). Türk toplumunda gençlerde tuzlu yemek tüketiminin daha sık (%25) olduğu saptanmıştır. Gençlerde hazır gıda tüketimi ileri yaşlara göre daha yaygındır (Akgün, 2018., Horasan, 2013). Hipertansiyon, kalp damar hastalıklarının oluşumunda önemli bir risk faktörü olup fazla tuz tüketiminin hipertansiyon gelişiminde etkili olduğu ise uzun zamandan beri bilinmektedir. Kalp ve damar hastalıkları tüm dünyada ölümlerin başlıca nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Akgün., 2018).

Börekçi. (2015) çalışmasında, diyabetik hastaların tuz tüketim miktarı ile diyabetin metabolik kontrolünü ve bireylerin beslenme alışkanlıklarını değerlendirerek bu bireyler için uygun beslenme önerilerinin uygulanmasının önemini vurgulamaktadır. Bu araştırma, önceden Tip 2 diyabet tanısı konmuş, 19-64 yaş arasında olan, oral antidiyabetik ilaç ve/veya insülin kullanan 103 birey üzerinde yürütülmüştür. Diyabet süresi ile günlük tuz tüketimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Tuz tüketimi ve diyabetin metabolik kontrol göstergeleri arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki gözlenmezken bireylerin sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri ile günlük tuz tüketimi arasında pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Mevcut araştırmada komplikasyon gelişen grubun %42'sinin tuz tüketimi normal tuzlu, %27,6'sı tuzlu veya aşırı tuzlu şeklinde saptanmıştır. Komplikasyon gelişmeyen grubun %50,5'i normal miktarda, %20,7'si tuzlu veya aşırı tuzlu tüketildiği belirlendi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kullanılan tuz miktarı ile erken dönem komplikasyon gelişme durumu arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,232$).

Türk yemek kültüründe yemeklere ilave tuz eklenmesi nedeniyle çalışma gruplarımızdaki hastaların normal tuzlu olarak belirten hastalarında aslında günlük tüketilmesi gereken tuz miktarından daha fazla tükettikleri düşünülmektedir ve çalışma bulguları literatürü desteklemektedir.

Su, insan yaşamı için en önemli öğelerden biridir. Yetişkin bir insanın beden ağırlığının %60 kadarı sudur. Bu suyun yaklaşık %60'ı hücre içi sıvıda %40'ı ise hücre dışı sıvıda yer alır (Güneş, 2021; Baysal, 2020). Toplam vücut sıvısının %2'sinin kaybı vücudun susuz kaldığını göstermektedir. %3 kaybında fiziksel performans ve kan hacminde azalma; %5 kaybında konsantrasyon bozukluğu; %8 kaybında aşırı yorgunluk, baş dönmesi, solunum güçlüğü; %10 kaybında ise dolaşım bozukluğu, aşırı yorgunluk, kas spazmı ve böbrek yetmezliği görülmektedir. Vücut toplam suyunun azalması hipotansiyona neden olabilmektedir. Aşırı sıvı kaybı vücut ısının normalin üstüne ($>37,5$) çıkmasına neden olarak sağlık riskine sebep olabilmektedir. Yeterli suyu alım miktarı yetişkin kadınlar için günlük 2L (litre) ve yetişkin erkekler için günlük 2,5L'dir (Koşkulu., 2022). Sıvı tüketimi, fiziksel aktivite, hastalık ve iklim değişiklikleri hesaba alarak ayarlanmalıdır (Karabulut Gül ve ark., 2020).

Kafa karışıklığı, baş ağrısı, baş dönmesi, cilt kuruluğu, cilt turgorunun azalması, dudaklarda kuruluk, idrar renginin koyulaşması, vücut ağırlığı kaybı, hidrasyonun değerlendirilmesine yardımcı olabilecek unsurlardandır. Dehidratasyon durumunda mide ve duodenum mukozal yapısı bozulmaktadır. Bu bozulma neticesinde aside karşı engel zayıflamakta, gastrit ve ülser riski artmaktadır. (Çavak, 2022; Baysal, 2020; Merdol, 2020; Baysal, 2013). Astım hastalığında bronşların kontraksiyonu ve akciğer dokusunda histamin miktarı artmaktadır. Su

tüketiminin artması histamin üretimini azaltmaktadır (Baysal., 2013). Ağız sağlığının bozulması ve yutma sorunları pulmoner enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Bu da ölüm riskinin artması ile ilişkilidir (Hagglund ve ark., 2017). Taze sıkılmış meyve suları, bitki çayları, süt, ayran ve çorbalar sıvı ihtiyacının karşılanması için tercih edilebilecek en iyi kaynaklardır. Çay, kahve, kola gibi içecekler kafein içerdikleri için idrar çıkışında artışa sebep olmaktadır (Rakıcıoğlu ve ark., 2009). Uygun vücut hidrasyonunu korumak, fiziksel ve zihinsel sağlığı, hastalığı ve rahatsız edici semptomları önlemede önemli bir factor belirlenmiştir (Rosborg ve ark., 2019).

Türker'in. (2017) 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme alışkanlıkları, beslenme durumları ve yaşam kalitesini değerlendirmek için yaptığı çalışmada 210 yaşlı bireyin %72,9'unun günde 1500 mL'den az su tükettiği belirlenmiştir. Muz ve ark.'nın (2017) Türkiye'de evde ve huzurevinde yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlıların su tüketimi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada; huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin %77.1'inin, evde yaşayanların ise %72,7'sinin günde 4 bardaktan az su tükettiği ve her iki grupta da su tüketiminin yetersiz olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Klaus ve ark.'nın. (2015) bakım evinde kalan yaşlı bireylerin kabızlık prevalansını araştırmak üzere 87 yaşlı bireyle yaptıkları çalışmada; %42,52'lik kabızlık tespit edilmiş ve bireylerin %19,5'inin 500cc'den az, %37,9'unun 500-999cc arasında, %17,2'sinin 1000-1499cc arası, %24,1'inin 1500-2000cc arası ve %1.1'inin 2000cc üzerinde su tükettiği, ortalama su tüketme miktarının 700cc olduğu bildirilmiştir.

Laparoskopik kolesistektomi olan hastalarda yapılan bir çalışmada, deney grubuna (n=30) ameliyat sonrası 4. saatte 200cc ılık su verilirken, kontrol grubuna (n=30) ameliyat sonrası 8. saatte oral beslenme başlanmıştır. Ameliyat sonrası erken dönemde ılık su tüketiminin hastalarda ilk gaz çıkarma, defekasyona çıkma ve hastanede kalma süresini azaldığı belirlenmiştir (Çalışkan., 2016). Bir başka çalışmada, abdominal jinekolojik cerrahi geçiren hastalarada ameliyat sonrası 2. ve 4. saatler arasında 45-50cc su, sonrasında her saat 100cc su, bağırsak sesi ile gaz çıkımı olduğunda sıvı tüketimi şeklinde erken oral sıvı uygulanmıştır. Erken oral hidrasyon ileusun önlenmesinde, konforun artmasında ve hastanede kalış süresinin azaldığı etkili olduğu belirlenmiştir (Sarı ve ark., 2019). Çin'de yapılan bir çalışmada ise kolorektal cerrahi sonrasında deney grubundaki hastalara (n=473) ameliyat sonrası erken dönemde 0.5 cc/kg ile sınırlı olmak üzere su içirilmiştir. Diğer çalışmalardan farklı olarak erken oral hidrasyonun deney grubu ile kontrol grubu (n=500) arasında bağırsak hareketlerini başlatma süresi yönünden fark olmadığı belirlenmiştir (Yin X. ve ark., 2019).

Araştırmalara göre yetersiz sıvı tüketiminin neden olduğu sorunlar arasında üriner taş hastalığı (Borghi ve Meschi., 1996), ortostatik hipotansiyon (Schroeder ve Bush., 2002), konstipasyon (Kiely ve Lembo., 2000), üriner sistem kanseri (Hemelt ve ark., 2010) ve kolon kanseri (Christ., 2001) sayılabilir. Alptekin.'in (2019) yaşlı bireylerde su tüketim miktarının yeterliliğini ve su tüketim özelliklerini belirlemek amacıyla 221 yaşlı bireyin olduğu bir çalışmada, katılımcıların günlük içtikleri su miktarı ortalama 4.0 ± 2.1 su bardağı olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin %84.2'si suyun tadını sevmeme sebebinin su tüketim durumlarını etkilediğini belirtmişlerdir. Su haricinde en fazla tercih edilen içeceğin %88.7 oranında çay olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada komplikasyon gelişen grubun %59,9'unun ve komplikasyon gelişmeyen grubun %57,7'sinin günlük içilen su miktarı, "tüketmiyor/1000cc'den az" olarak belirlendi. yapılan analiz sonucunda günlük içilen su miktarı ile erken dönem komplikasyon gelişme durumunda, iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu ($p=0,335$) saptanmamıştır. Yetersiz su tüketimi ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar gelişimine rol oynayan hastalıkların oluşumu için zemin hazırladığı düşünülmektedir.

Çay, toplumumuzda geleneksel ve kültürel bir içecektir. Çay, kahve gibi içeceklerin tüketiminin fazla olması su içme isteğini azaltmaktadır. Ancak çay, kahve ve kola gibi içecekler kafein içermekte ve kafein diüretik etkisi ile idrar çıkışında artmaya sebep olmaktadır. Su yerine kafein içeren içeceklerin alımı, diüretik etki sonucunda sıvı gereksinmesini arttırmakta ve dehidratasyona katkıda bulunmaktadır (Yıldırım Çavak., 2022). Yapılan çalışmalarla çayın, antioksidatif, antiinflamatuvar, antimutajenik, antikarsinojenik, antiobezite, hipokolesterolemik, antiaterosklerotik, antidiyabetik, antibakteriyal, antiviral, yaşlanmayı geciktirici gibi değişik farmakolojik etkileri olduğu gösterilmiştir. Günde tüketilen 6-10 kupa bardağı çayın (yaklaşık 960-1600mL) kronik hastalıklardaki riski azaltmaktadır. Yapılan çalışmalara göre, düzenli olarak çay içenlerin sağlıklı bir yaşam tarzına da sahip oldukları ifade edilmiştir (Tosun ve ark, 2005; Çelik, 2006). Yardımcı ve ark.'ın (2011), 65 yaş ve üzeri bireylerin hipertansiyon varlığı ve beslenme alışkanlıklarını belirlemek amacıyla 110 yaşlı bireyi inceledikleri çalışmada, katılımcıların içecek tercihlerinde ilk sırada çayın yer aldığını ve günlük içtikleri ortalama çay miktarının $4,72 \pm 3.02$ çay bardağı olduğunu, ayrıca katılımcıların %27,3'ünün günde ≥ 7 bardaktan fazla çay içtiğini belirlemişlerdir. Yang ve ark.'nın (2002) çay tüketimi alışkanlığının Çin toplumunda hipertansiyon üzerindeki koruyucu etkisinin olup olmadığı ile ilgili yaptıkları çalışmada; günde 120cc yeşil veya siyah çayı bir yıldan fazla bir süre ile tüketen kişilerde hipertansiyon riskinin önemli derecede azaldığını belirlenmiştir. Kolorektal cerrahi geçiren hastalarda çay ($n=30$) ve kahvenin ($n=28$) ameliyat sonrası günde üç kez ve 100cc miktarda

verildiği bir başka çalışmada, kahve grubunda ilk defekasyon süresinin daha erken ve hastanede kalma süresinin daha kısa olduğu ayrıca ameliyat sonrası dönemde komplikasyon görülme oranı çay grubunda (%36,67) kahve grubuna (%14,29) göre daha fazla olarak bulunmuştur (Piric, 2019). Buna benzer olarak, Hasler-Gehrer (2019) elektif laparoskopik kolorektal rezeksiyon sonrası hastaların günde üç kez ve 150ml miktarda çay (n=59) ve kahve (n=56) tükettiği çalışmada kahve grubunun ilk bağırsak hareketleri daha erken sürede başlamış ve hastanede kalma süresi daha kısa bulunmuştur. Gruplar arasında minör/majör komplikasyon gelişme durumu yönünden ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Phutsisen ve ark. (2019) Tayland’da yapılan bir araştırmada jinekolojik cerrahi geçiren kadın hastaların ameliyat sonrası sabah erken mobilizasyonu sağlanarak bir gruba (n=45) 120cc ılık su, diğer gruba (n=45) ise aynı miktarda çay içirilmiştir. Çay içen grupta ilk bağırsak hareketi süresi ve ilk defekasyona çıkış süresi ılık su tüketen gruba göre daha kısa olup, gruplar arasında ileus semptomları ve katı gıdaya geçiş süresi yönünden fark tespit edilmemiştir. Bu çalışmada komplikasyon gelişen hastaların %82,6’sının ve komplikasyon gelişmeyen grubun %65,9’unun günlük tüketilen çay miktarı 300cc ve üstü olduğu bulundu. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, günlük tüketilen çay miktarı ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p=0,00). Günlük 300cc ve üstü çay tüketen hastalarda gelişen erken dönem komplikasyon oranları yüksek olduğu tespit edildi. Günlük çay tüketim miktarı 300cc ve üstü olan hastaların %16,6’sında bulantı, % 24,7’sinde ritim bozuklukları ve %21,1’inde kusma görüldü. Bulantı, kusma ve ritim bozuklukları ile günlük içilen çay miktarı arasında anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p=0,036, p=0,013, p=0,011). Hastaların çay/kafein tüketim miktarının standart olmaması, hastaların ilave analjezik ve antiemetik gereksinimleri gibi parametrelerin değerlendirilmemesi gibi bazı sınırlılıklar yer almaktadır. Konuyla ilgili yeterli kanıt olmaması nedeniyle çay içmenin gelişen erken dönem komplikasyonlarla etkilerinin değerlendirilmesine ilişkin yeni çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Kafein, tüm dünyada en çok tüketilen psikoaktif maddelerden biridir. Dünya nüfusunun yaklaşık %80’i her gün kafein içeren içecekler tüketmektedir. Dünya çapında, kahve (%71) en çok tüketilen kafein içerikli içecek olmasıyla birlikte, alkolsüz içecekler (%16) ve çay (%12) bunu takip etmektedir. Kafein tüketiminin, kardiyovasküler sistem, anksiyete, hafıza, uyku, depresyon ve agresyon açısından insan sağlığı üzerindeki etkisi olduğu düşünülmektedir (Özpalas ve ark., 2017). Literatürde kolorektal cerrahi geçiren hastalarla yürütülen çalışmalar incelendiğinde; elektif kolektomi sonrası deney grubuna (n=40) ameliyat sonrası günde 3 kez 100cc miktarda, sütsüz, şekerli kahve ve kontrol grubuna (n=40) aynı miktarda su

verilmiştir. Araştırma sonucunda kahve tüketen hastalarda ilk bağırsak hareketi süresi, katı diyet tolerans ve ilk gaz çıkışı süresi daha erken belirlenmiştir (Müller ve ark., 2012).

Kafein sistolik ve diyastolik kan basıncını (KB), birkaç saat süreyle 5-15mmHg yükseltir. Ancak ardından kafein alımı ile oluşan bu akut KB yükseltici etkiye karşı hemen tolerans gelişir. 12 saatlik bir sürede tolerans büyük ölçüde kaybolur. Günde 3-4 fincan kahve içerek alınan kafeinin KB'yi yükseltici etkisi hipertansif hastalarda farklılık gösterir. Bu nedenle kafeinin KB'yi yükseltici etkisi her hastada KB ölçülerek kontrol edilmelidir. Anlamli KB yükseltici etkisi saptanırsa kafeinsiz içecekler önerilmelidir (Börekçi., 2015). Dulskas ve ark.'nın (2015) çalışmasında aynı sıklık ve miktarda kafeinli kahve (n=30), kafeinsiz kahve (n=30) ve su (n=30) ameliyat sonrası hastalara verilmiştir. Ameliyat sonrası bağırsak hareketlerinin sırasıyla kafeinsiz kahve, kafeinli kahve ve su tüketen grupta başlamış olduğu tespit edilmiştir. Laparoskopik ventral rektapeksi ameliyatı sonrası 5. saatte ve ameliyat sonrası günden ilk dışkılamaya kadar günde üç kez ve 100cc miktarda kahve (n=23) ve ılık su (n=23) tüketen hastalarda kahve grubunun ilk gaz çıkışı ve ilk defekasyon süresinin daha erken olduğu belirlenmiştir (Hayashi ve ark., 2019). Türkiye'de yapılan jinekolojik cerrahi sonrası kahve tüketiminin bağırsak hareketliliğine etkisinin incelendiği Güngördük ve ark.'nın (2017) çalışmasında, deney grubuna (n=58) ameliyat sonrası gün başlanarak, günde üç kez 150ml kafeinli kahve verilmiştir. Kontrol grubuna (n=56) ise rutin klinik bakım verilmiştir. Araştırma sonucunda kahve tüketen hastalarda ilk gaz çıkışı, ilk defekasyon, ilk bağırsak hareketi ve katı diyet tolerans süresinin daha erken olduğu belirlenmiştir. Yine jinekolojik cerrahi geçiren hastalarla yapılan bir başka çalışmada kahve tüketen hastalarda (n=49) ılık su tüketenlere (n=47) göre ilk gaz çıkışı, ilk defekasyon, ilk bağırsak hareketi ve katı diyet tolerans süresinin daha erken olduğu belirlenmiştir. Postoperatif ileus oranı ılık su grubunda %14,9 ve kahve grubunda %2 olarak saptanmıştır (Güngördük ve ark., 2020). 606 hastanın sonuçlarının dahil edildiği bir çalışmada kahve tüketiminin kolorektal ve jinekolojik cerrahi sonrası ilk defekasyon süresini azalttığı ancak sezaryen üzerinde etkili olmadığı bildirilmektedir (Cornwall ve ark., 2020). Mevcut çalışmada komplikasyon gelişen hastaların %87,9'u ve komplikasyon gelişmeyen grubun %82,2'sinin günlük rutinlerinde kahve tüketmediği belirlendi. Yapılan analiz sonucunda, günlük tüketilen kahve miktarı ile erken dönem komplikasyon gelişme durumuna bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p=0,164). Araştırma kapsamına alınan hastaların kahve tüketimi düşük oranda olduğu için erken dönem gelişen komplikasyonlarla bir ilişki tespit edilmedi. Kahve içmenin gelişen erken dönem komplikasyonlarla etkilerinin değerlendirilmesine ilişkin yeni çalışmalara gereksinim vardır.

Süt ve süt ürünleri, süttten elde edilen yoğurt, peynir, kefir, ayran, dondurma, süt tozu gibi ürünlerdir. Süt ürünleri yüksek kalitede protein, kalsiyum ve fosfor içerir. Bu grup ürünler çinko, tiamin, riboflavin, niasin, B6 ve B12 yönünden de iyi bir kaynaktır. Ayrıca süt yağında A, D, E ve K vitaminleri bulunur (Baysal., 2020). Süt ve süt ürünlerinin düzenli tüketimi kalsiyum için iyi bir kaynaktır. Yetişkinlerde ise kardiyovasküler hastalıklar, tip II diyabet, kolon kanseri gibi hastalıklardan korunmada önemlidir (TÜBER., 2016). Doymuş yağ alımının ve kolesterol tüketiminin diyetle kısıtlanması gereken kişilerin yağ miktarı azaltılmış sütleri ve süt ürünlerini tercih etmesi önerilir (Baysal, 2020; Koşukulu, 2022). Kültürümüzde önemli bir yere sahip olan yoğurt, içme sütünden sonra en çok işlenen süt ürünüdür. Zengin bir süt ürünü olan yoğurt fonksiyonel bir gıda olarak değerlendirilmekte ve insan beslenmesinde önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir (Şireli ve ark., 2012; Behare ve ark., 2015). Yapılan araştırmalarda yoğurt tüketiminin artışıyla kan-lipid profilinin iyileştiği ve kan basıncının düşürülmesinin sağlandığı bildirilmiştir. Bunun yanında yoğurdun diyabet yönetimi, ishal tedavisi, kilo yönetimi, bağırsak mikroplarını azaltıcı etkileri de çalışmalarla desteklenmiştir. Yoğurdun, gıda kaynaklı alerjiler ve intoleransların ortaya çıkışını kontrol altına alabildiği, osteoartrit ve romatoid artrit için birçok semptomunu ortadan kaldıracı olduğu bildirilmektedir (Kızılaslan ve ark., 2016; Behare ve ark., 2015). Yoğurt, besleyici değerinin yüksek ve sindiriminin kolay olması, sindirim sistemini düzenlemesi, bağışıklık sistemini güçlendirmesi, laktoz intoleransı olan kişiler tarafından da rahat tüketilmesi sebebiyle insan beslenmesinde çok önemli bir yere sahiptir. Yoğurdun antimikrobiyel ve antikarsinojenik etkilerinin olduğu yapılan araştırmada tespit edilmiştir. doku gelişimi ve gıda alerjisi olmak üzere birçok rahatsızlık üzerine etkisi bulunmaktadır. Fonksiyonel süt ürünlerinde kolesterol ve hipertansiyonu kontrol altına alan ürünler ile omega-3 yağ asitleridir. *Lactobacillus helveticus* bakterisi hipertansiyon üzerinde inhibe edici etkisi bulunan peynir yapımı ve süttün fermentasyonunda kullanılmaktadır. Omega-3'ün kalp sağlığına son derece faydalı olduğu bulunmaktadır (Kızılaslan., 2016). Vücut ağırlığı kaybı ve sağlıklı kilonun sürdürülmesi ile süt ürünleri üzerine yapılan çalışmalarda yoğurt tüketimi ile bireyler daha az kilo almışlardır. Çalışmalarda yoğurt tüketimi ile bel çevresinin de daha az artış olduğu belirlenmiştir (Jacques ve ark., 2014). Yoğurt gibi fermente süt ürününün kolorektal kanserden koruduğunu savunan bir çalışmada, yoğurt alımı ile kolorektal kanser riski arasında ters ilişki bulunmuş ve yoğurdun koruyucu etkisinin erkeklerde fazla olduğu belirlenmiştir (Pala ve ark., 2011). Wang. (2013) yetişkinlerde beslenme kalitesinin yoğurt tüketimi ile ilişkilendirildiği 6526 kişi ile yapılan bir çalışmada, kadınların %64'ü, erkeklerin %41'inin yoğurt tükettiği ayrıca yoğurt tüketimiyle düşük trigliserit, glukoz, sistolik kan basıncı ve insülin direncini seviyeleri arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulgularının süt, süt ürünleri tüketimi ve

erken dönem komplikasyon gelişmesi açısından literatür bilgisine ve yapılan çalışma sonuçlarına uyumlu olduğu düşünülmektedir.

DSÖ. (2021) beslenmeye bağlı olarak görülebilen hastalıkların artık tüm ülkelerde önemli bir sağlık sorunu ve ölüm nedenlerinden biri olduğunu vurgulamaktadır. Yetersiz beslenme, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde hala yüksek bir prevalansa sahip olduğu için en önemli halk sağlığı sorunu olarak görülürken; gelişmiş ülkelerde ise yetersiz ve dengesiz beslenmenin neden olduğu hastalıklar halk sağlığında birincil önemde kabul edilmektedir. DSÖ, sağlığın başlıca belirleyicilerinin; sosyal, ekonomik ve fiziksel çevre ve ayrıca kişinin bireysel özellikleri ve davranışları olduğunu belirtmiştir. Kişisel sağlığı korumanın önemli bir yolu ve sağlıklı yaşam biçimini oluşturan önemli faktörlerden biri de sağlıklı beslenmedir (DSÖ, 2013; TÜBER, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yağlı ve tuzlu fast food, asitli içecekler, şekerli besinler tüketen çocukların hem obezite ve hem de yetersiz beslenmeden etkilendiğini belirtmiştir. Aşırı enerji alımı ile oluşan çocukluk çağı obezitesinin yetişkinlikte tüm organ sisteminlerini etkileyerek; komorbiditeye neden olan hipertansiyon, alkole bağlı olmayan karaciğer hastalıkları, insülin direnci, dislipidemi, pulmoner hastalıklar, tip 2 diyabet, psikolojik problemlere yol açmakta olduğu bildirilmiştir (Isganaitis ve ark., 2005; Ilgaz ve ark., 2012).

Hastalıkların önlenmesi ve iyileşmenin hızlandırılması için besin çeşitliliği de önem taşımaktadır. Taze sebze ve meyveler, et ve benzeri besinler, süt ve süt ürünleri, ekmek ve tahıl grubundaki besinler her gün gereksinmeye bağlı kalarak birlikte tüketilmelidir. Bu durumda ihtiyaç duyulan karbonhidrat, protein, yağ, vitamin, mineral, posa ve su karşılanmaktadır. Günümüzde kardiyovasküler hastalıklar, pek çok kanser türü, obezite, hipertansiyon, diyabet, alerjik hastalıklar, osteoporoz gibi birçok kronik hastalığın önleminde besinlerin rol oynadığı bilinmektedir (Yıldırım Çavak., 2022).

Malnütrisyon protein, enerji ve vitaminlerin eksikliğini içeren değişik derecelerde yetersiz beslenme olarak tanımlanan bir durumdur. Hastanede yatan malnütrisyonlu hastalarda mortalite ve morbidite oranları iyi beslenenlere göre daha yüksektir. Kas kütlesinde azalma, periferik ödem, zayıflık ve immün sistemde bozukluklarla karakterizedir. Hastaneye yatırılan hastalar arasında malnütrisyon insidansı en yüksek grubu kanserli hastalar oluşturur. Anoreksi, hastalığın bir sonucu olarak iştahta azalma veya tamamen iştah kaybı olarak tarif edilir. Anoreksi sıklıkla kilo kaybına neden olur, bazen de kaşeksiye kadar ilerleyebilir. Malnütrisyonun kardiyovasküler sistem üzerine etkileri de ağır bir tablo yaratır. Orta derecede hipotansiyon, bradikardi, kardiyak outputta düşme, santral venöz basınçta ve oksijen

tüketiminde azalma gibi ciddi etkiler yaratır (Lemone ve ark., 2004; Gündoğdu, 1996; Kömürcü, 2004). Kanser hastalarının ölüm nedenleri arasında en yaygın olarak görülen kanser kaşeksisidir. 400 otopsilik bir araştırma serisinde kanserden ölüm nedenlerinin %22'sinden kaşeksi sorumlu bulunmuştur. Kanserli hastalar ölmeden önce %80 olasılıkla kaşektiktirler. Özellikle, gastrointestinal sistem ve akciğer kanserlerinde belirgindir. Anoreksi ve ağırlık kaybı kanser teşhis edildiğinde %40–50 sıklıkta, hastalığın ileri evre aşamasında ise %50-70 oranında görülmeye başlar (Kömürcü., 2004).

Kanserli hastaların %30-80'inde hastalığın bir döneminde kilo kaybı ortaya çıkar. Tümör hücrelerinden ve immün sistemden salınan mediyatörler, santral sinir sistemini etkileyerek iştahı baskılar, anabolik aktiviteyi azaltır ve katabolik aktiviteyi artırır. Bunların dışında tümör, yerleşim yerine göre, fiziksel olarak besin alınmasını engelleyebilir. Ayrıca antikanser tedavilerin komplikasyonları malnütrisyonun tetiklenmesinde rol oynayabilir (Uysal ve ark., 2020).

Isabel ve ark. (2003) hastaneye yatan hastaların beslenme durumları ile morbidite ve mortalite oranları, hastanede kalış süresi ve maliyet arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla hastaların hastaneye yattıktan sonraki ilk 72 saat içinde beslenme durumlarını değerlendirmişlerdir. Malnütrisyonu olan hastaların %27'sinde çeşitli komplikasyonlar (pulmoner enfeksiyon, üriner enfeksiyon, yara enfeksiyonu ve sepsis, intraabdominal abse, solunum ve kalp yetmezliği, kardiyak arrest) geliştiğini ve mortalite oranının %12,4 olduğunu, hastanede kalış süresinin 16,7 gün uzadığını ve maliyet oranının da arttığını saptamışlardır.

Pham ve ark.'nın (2006) çalışmalarında, 438 cerrahi hastasının beslenme durumları değerlendirmiş, hastalar A) beslenme durumu iyi olan hastalar, B) orta derecede malnütrisyonu olan hastalar, C) ciddi malnütrisyonu olan hastalar olmak üzere 3 gruba ayırmışlardır. Ciddi malnütrisyonu olan hastalarda, kilo kaybı, kas zayıflığı, subkütanöz yağ dokusu kaybı, fonksiyonel kapasite ve gastrointestinal semptomlar olduğunu ve C grubu hastalarda postoperatif enfeksiyon oranının A ve B grubu hastalarından önemli oranda yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Enfeksiyon oranlarını, A grubu hastalarda %6, B grubu hastalarda %11 ve C grubu hastalarda %33,6 olarak saptamışlardır.

Literatürde malnütrisyonun özellikle major gastrointestinal cerrahi hastalarında önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olduğu belirtilmektedir. Gastrik kanser nedeniyle gastrektomi olan 800 hasta ile yapılan bir çalışmada, malnütrisyon saptanan 152 hastada daha fazla CAİ geliştiği belirlenmiştir (Kalkan ve ark., 2017).

Mevcut çalışmada komplikasyon gelişen hastaların %64,3'ünün ve komplikasyon gelişmeyen hastaların %52,9'unun son aylarda kilo kaybı olduğu görüldü. Komplikasyon gelişen hastaların %84,2'sinin komplikasyon gelişmeyen hastaların %75,5'inin kilo kaybının hastalığa bağlı olduğu belirlendi. Kilo kaybı ile erken dönem komplikasyon gelişiminde iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,012$). Literatür ile uyumlu olarak komplikasyon gelişen hastalarda, kilo kaybı ile yara yeri komplikasyonları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p=0,025$).

Obezite dünyanın her yerinde en önemli sağlık problemi olarak görülmektedir. Çok az sayıdaki hasta, sadece morbid obezitenin direkt etkisiyle kaybedilmektedir ancak obeziteyle ilişkili pek çok dejeneratif hastalık hastanın yaşam süresini kısaltmaktadır. Obez bir hasta normal ağırlıktaki bir hastaya göre 2/3 oranında daha fazla cerrahiye bağlı ölüm riskine sahiptir. Obez hastalarda gecikmiş gastrik boşalma, yara iyileşmesinin gecikmesi, yara yeri infeksiyonları, sternal ayrılma, atriyal fibrilasyon ve solunum sistemine ilişkin problemlerde artış olduğu gösterilmiştir. Buna karşın, vücut ölçüsünün hastane mortalitesi üzerine bir risk oluşturmadığı iddia edilmektedir. (Şahin ve ark., 2008).

Obezite ve hipertansiyon arasındaki ilişkiyi gösteren araştırmalarda beden kütle indeksi (BKİ) değeri 27kg/m^2 'nin üzerinde olan ve aşırı kilolu kişilerin hipertansiyon risklerinin, aşırı kilolu olmayan kişilerden üç kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Beden ağırlığı, olması gerekenin %20 üzerinde olanlarda hipertansiyon sıklığı normal ağırlıktakilerin iki katıdır. Özellikle bel/kalça oranı KB ile önemli ilişki göstermektedir. Obez hipertansiflerde dislipidemi, insülin direnci, kardiovasküler olay, DM sıklığı yüksektir. Başlangıçta 5kg zayıflama, hipertansif hastaların çoğunda anlamlı KB düşmesine yol açar. Kontrollü klinik çalışmalarda 1 kg zayıflamanın sistolik ve diyastolik KB'da 1,6 mmHg ve 1,3 mmHg düşme sağladığı gösterilmiştir. Birlikte fiziksel egzersiz uygulanırsa KB'da düşme artmaktadır (Börekçi., 2015).

Altan.'ın (2019) yaptığı çalışmada, yüksek BKİ, özellikle komplikasyon oranları ($p<0,001$), ileus ($p=0,02$) ve üriner sistem olayları ($p=0,03$) için risk faktör olduğunu, yüksek BKİ ile cerrahi alan enfeksiyonu riski ($p<0,001$) ve anastomoz kaçağı ($p=0,02$) arasında anlamlı ilişki tespit edildiğini bildirmiştir.

Çöğür (2015) kolorektal cerrahi girişim uygulanan 52 hasta ile yaptığı çalışmada, obezite sınırı ve üzerindeki ($\text{BKİ} \geq 30$) hastaların sayısının $n=13$ (%25) olduğu ve komplikasyon ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir ($p=0,264$).

Malnütrisyon kanser hastalarında sık görülen bir komplikasyon olup en yüksek malnütrisyon prevalansına sahip kanser türlerinden biri gastrointestinal sistem kanserleridir. Cerrahi operasyonlar, azalmış besin alımı, iştahsızlık, tümöre bağlı inflamasyon, psikososyal etkiler, kemoterapi, radyoterapi ve tedavinin getirdiği yükler malnütrisyonun başlıca nedenleridir (Abbasoğlu., 2015). Uygulanan tedavi yöntemleri de beslenme ile ilişkili olup, hastanın beslenme durumuna paralel olarak etkinliğini göstermektedir (Aksoy., 2018). Ayrıca bakteriyel floradaki değişiklikler veya belirgin intestinal enfeksiyonlar malabsorpsiyon ve diyareyi artırmaktadır. Malnütrisyon ile ilgili tüm gastrointestinal değişiklikler enflamasyon ve intestinal bariyer fonksiyonunda bozulmaya neden olmaktadır. Kanserli hastalardaki malnütrisyon prevalansı ise diğer hastalara göre çok daha fazladır. yaklaşık %20 ila %70 arasında olduğu bildirilmiştir (Ryan., 2016). Malnütrisyon prevalansını ve özellikle kemoterapinin yaşlı hastalarda beslenme durumuna etkisini inceleyen bir derlemede, kemoterapi alması yaşlı hastalarda kaşeksinin oldukça yaygın olduğu ve malnütrisyon prevalansının %83'e kadar çıktığı bulunmuştur. (Pekcan, 2018; Göngör, 2012).

Kanser hastalarında düşük kas kütlesi postoperatif komplikasyonlar için bir risk faktörü olarak tanımlanır. Serum albümin ve prealbümin seviyeleri, preoperatif dönemde postoperatif komplikasyonlar için güçlü bir belirleyicidir (Maurício ve ark., 2018).

Preoperatif dönemde malnütrisyonun, Vietnam'da yapılan retrospektif bir çalışmaya göre gastrointestinal kanserli hastalar arasındaki cerrahi sonuçları etkilediği belirlenmiştir. Zhou ve ark. (2017) mide kanseri hastaları ile yaptıkları prospektif bir çalışmada sarkopeninin düşük beden kütle indeksi, düşük serum albümin, düşük hemoglobin ve yüksek NRS-2002 skorları ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Vücut ağırlığı denetimi kanserli hastalarda büyük önem taşır (Kushi., 2012). Preoperatif dönemde kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada NRS-2002 yüksek olan hastaların, düşük BKİ ($p<0.001$), yüksek ASA skoru ($p=0.010$), büyük tümör ($p<0.001$) ve daha ileri evre kansere sahip oldukları tespit edilmiştir (Kwag ve ark., 2014).

Paudel ve ark. (2019) majör gastrointestinal cerrahi uygulanan hastaların % 44,4'ündeki malnütrisyonu (NRS skoru ≥ 3) ve % 47,6'sında ameliyat sonrası komplikasyonu değerlendirmişlerdir Ortalama NRS skoru, komplikasyonu olan hastalarda, komplikasyonu olmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir. ($p=0.016$). Düşük serum albümin, BKİ ve lenfosit sayısı, NRS-2002 tarafından değerlendirilen malnütrisyon ve komplikasyonları ile korele bulunmuştur.

Gastrointestinal sistem kanserli hastalar cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, tümöre bağlı inflamasyon, artan enerji, besin ögesi ihtiyaçları, azalan oral alım ve psikososyal etkiler nedeniyle malnütrisyonu yatkın bir hasta grubudur.

Malnütrisyon, postoperatif komplikasyonlar için risk faktörü olduğundan nütrisyonel riske sahip tüm cerrahi hastaları (özellikle üst gastrointestinal cerrahi geçirecek hastalar) için erken enteral beslenme faydalıdır. Perioperatif oral/enteral immünonütrisyon ürünlerin kullanımı iyileşme sürecini hızlandırabilir. (Arı., 2019).

Azalmış besin alımı çok çeşitli sonuçlara neden olabilmektedir. Bulantı, kusma, ağız kuruluğu, mukozit, konstipasyon, diyare, malabsorbsiyon, ilaç komplikasyonları ve enfeksiyonlar hastanın besin alımını azaltabilir (Arends ve ark., 2017). Major cerrahi operasyonlarının katabolik süreçlere yol açtığı bilinmektedir (Zhang ve ark., 2014). Özellikle GİS kanserleri preoperatif ve postoperatif dönemde oral beslenmenin büyük ölçüde kısıtlanması, emilim bozuklukları ve bulantı, kusma gibi komplikasyonlarla seyrettiği için katabolik süreci harekete geçirir (Arends, 2017; Weimann, 2017). Yetersiz beslenmenin olumsuz cerrahi sonuçlarla korele olduğu gösterilmiştir (Arends., 2017).

Mevcut çalışmada, , komplikasyon gelişen hastaların %60,3'ü kanser hatalığı olduğu ve BKİ postoperatif komplikasyon oranlarıyla ilişkili olarak tespit edilmiş olup, ($p=0,001$), anlamlı komplikasyonların belirleyicileri arasında, batın ameliyatı uygulanan BKİ zayıf olan hastaların %33,3'ünde ve BKİ obez olanların %9,6'sında bulantı ($p=0,020$), BKİ zayıf olan hastaların %40'ında ve BKİ obez olan hastaların %8,4'ünde kusma ($p=0,002$), BKİ zayıf olan hastaların %33,3'ünde ve BKİ obez olan hastaların %8,4'ünde yara yeri komplikasyonları görüldüğü belirlendi ($p=0,029$). Çalışma bulgularının literatür bilgisine uyumlu olduğu düşünülmektedir. Batın ameliyatı uygulanan hastaların, Beden kütle indeksi fazla kilolu hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riski, zayıf ve normal hastalara oranla 0,174 kat daha düşük olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte obezitenin cerrahi sonrası gelişen diğer komplikasyonlara etkisi konusunda çok net veriler olmadığı için ve obezitenin farklı şekillerde sınıflandırılması ve cerrahi komplikasyonlar için tek şekilli bir form kullanılmaması gibi nedenler de sonuçların farklı olmasına neden olabilmektedir.

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı (TKrHRF) çalışmasında (Nüfusu=63.202), boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite açısından erkeklerin yüzde 23'ü yeterli, yüzde 22'si orta ve yüzde 55'i düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahip iken, kadınlarda sırasıyla yüzde 13, yüzde 18 ve yüzde 69 oranlarında fiziksel aktivite yapıldığı bildirilmiştir. Bulgular özellikle kadınlarda belirgin olmak üzere Türk toplumunun fiziksel aktivite düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Boş zaman aktivitelerine göre yeterli

düzeyde fiziksel aktivite yapanlar erkeklerin beşte biri, kadınların ise onda birini oluşturmaktadır (Ünal ve ark., 2013). Fiziksel yönden inaktif olmak meme ve kolon kanser oluşum riskinde %21-25, diyabet riskinde %27 ve iskemik kalp hastalıkları riskinde %30'luk bir paya sahip olduğu için dünya mortalitesini risk faktörleri arasında dördüncü sıradadır. Yapılan bir çalışmada egzersizin kolon/kolorektal kanser riskini ortalama %40-50 oranında azalttığı, meme kanseri açısından da düzenli egzersiz yapan kadınlarda riskin ortalama %30-40 oranında azaldığı bildirilmektedir. Fiziksel yönden aktif olmamak dünya genelinde toplum sağlığını etkilemekte ve KVVH, diyabet, kanser, yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri ve obezite gibi çeşitli hastalık risklerini artırmaktadır (Cornelissen ve ark., 2011). Yapılan bir çalışmada BKİ 25 kg/m² üzerinde olan bireylerin düşük fiziksel aktivite yaptıkları, %61,7'sinin düzenli spor ve egzersiz yapmadığı tespit edilmiştir (Aşit., 2018). Cornelissen ve ark.'nın (2011) 1012 kişiyi içeren 28 randomize kontrollü çalışmanın inceledikleri çalışmasında, devamlı yapılan egzersizlerin kan basıncını düşürdüğü ve vücut yağ-trigliseritlerini azalttığı tespit edilmiştir. Düzenli fiziksel aktivitenin yaşlanma ile birlikte genel olarak azalan immun sistem fonksiyonları üzerine olumlu etkilerinin olabildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Fiziksel olarak aktif olmayanlarda enfeksiyon görülme ihtimali, düzenli fiziksel aktivite yapanlara göre daha fazladır (Yeşil ve ark., 2015). Bu çalışmada komplikasyon gelişen grubun %23,2'sinin ve komplikasyon gelişmeyen grubun %24,5'inin (n=51) spor yapma alışkanlığı olduğu belirlendi. Spor yapma durumu ile erken dönem komplikasyon gelişiminde, iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,537). Ancak literatür bilgisine paralel olarak bu çalışmada da fiziksel aktivite düzeyinin yetersiz olduğu belirlenmiştir.

Sigara bulaşıcı olmayan hastalıkların ve önlenabilir ölümlerin en önemli nedenidir. Tüm nedenlere bağlı ölümlerin erkeklerde %16'sı kadınlarda ise %7'si sigaraya bağlıdır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında en önemli ölüm nedenlerinden birisi olan iskemik kalp hastalıklarının da önemli değiştirilebilir nedenlerinden birisidir. Günde bir adet sigara içilmesi bile miyokard enfarktüsü riskini artırmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin yaklaşık %11,4'ünün sigaraya bağlı olduğu düşünülmektedir. INTERHEART çalışmasında ilk miyokard enfarktüsü ve inme için değiştirilebilir risk faktörleri incelendiğinde 9 risk faktörünün miyokard enfarktüsü riskinin >%90'ını açıkladığı görülmüştür. Sigara kullanımı ile ilgili verisi olan 10 epidemiyolojik çalışmanın (n=122383) analizinde sigara kullanımı prevalansı tüm grupta %30,5, kadınlarda %15,7, erkeklerde ise %46,1 bulunmuştur (Özer ve ark., 2018). Türkiye'de sigara prevalansı 2017 yılında 15 yaş ve üstü erkeklerde %43,6, kadınlarda %19,7, toplamda %31,6 iken; 2025 yılında erkeklerde %26,5, kadınlarda %6,7, toplamda %16,3 olması beklenmektedir ve her yıl 8 milyondan fazla kişi tütün kullanımı

nedeniyle yaşamını yitirmektedir. (Cengizoglu ve ark., 2021). Sigara içmek tüm akciğer kanseri kaynaklı ölümlerin yaklaşık %90'ına, KOAH kaynaklı ölümlerin yaklaşık %80'ine neden olur. Kadınlarda akciğer kanserine bağlı ölümler, meme kanserine bağlı ölümlerden daha fazla görülmektedir. Tütün kullanımı; kansere bağlı ölümlerin %27'sinden, tüm solunum sistemine bağlı ölümlerin %35'inden ve kardiyovasküler sisteme bağlı ölümlerin %13'ünden sorumludur (Kesler., 2020).

Bilgin ve ark.'nın (2007) abdominal cerrahi sonrası pulmoner komplikasyon riskinin değerlendirdikleri çalışmalarında, 36 erkek, 44 kadın toplam 80 hastanın sigara öyküleri değerlendirildiğinde; %35'inin sigara içicisi, %20'inin daha önce içmiş ancak ameliyattan en az 1 yıl önce bırakmış olduğu, %45'inin hiç sigara içmediği tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, sigara içmiş veya halen içmekte olanlarda komplikasyon oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (%80, $p= 0,172$). Sigara, KOAH'dan bağımsız olarak solunum yetmezliğini ve komplikasyonları arttıran önemli bir faktördür. Sigara içenlerde içmeyenlere göre komplikasyon riski 4 kat daha yüksektir. Sigaranın kesilmesinden yaklaşık 12 saat sonra karboksihemoglobin seviyesi normale gelmeye başlar ve kanın oksijen içeriğine önemli katkısı olur. Bu riski en aza indirmek için elektif cerrahilerde minimum 8 hafta önce sigaranın kesilmesi gerekir. Sigara içenlerde postoperatif pulmoner komplikasyon riski yaklaşık 6 kat artmıştır. Bu pulmoner komplikasyonların azaltılması için en az 6-8 haftalık sigarasız bir dönem geçirme önerilmektedir (Baykan ve ark., 2017). Cerrahi hastalarına girişimden en az 6-8 hafta önce sigaranın bırakılması, gelişebilecek komplikasyonları önlemede yararlı olmaktadır (Güneş, 2020; Çağlayan ve ark., 2002; BMA Tobacco Control Resource Centre, 2006; Moller ve Tonnesen, 2006; Yılmazlar, 2002). Bu sürenin sağlanması mümkün olmadığında, kısa bir süre bırakılmasının ameliyat için yararlı olduğu belirtilmektedir (Yılmazlar., 2002).

Türkiye'de 19,2 milyon kişi (%31,6) halen tütün ürünü kullanmaktadır. Günde içilen ortalama sigara sayısı 18'dir ve sigara içenlerin %21'i sigarasını uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde içmektedir; 15-34 yaş arasında tütün kullananların %15'i her gün tütün kullanmaya 15 yaş altında başlamışlardır; kullanıma 18 yaş ve altında başlayanların oranı %57,5'dir; sigaraya ortalama başlama yaşı 17'dir; daha önce her gün tütün kullananların %13,6'sı tütün kullanmayı bırakmıştır (Öntaş., 2019). Yapılan bir metaanalizde 107 çalışma değerlendirilmiş ve sigara içicilerinde postoperatif mortalite artışına rastlanmamışken, yara komplikasyonları, enfeksiyon, nörolojik komplikasyonlar, yoğun bakıma kabul ve pulmoner komplikasyon oranında artış bulunmuştur. Sigara içicilerinde postoperatif pulmoner komplikasyon riskinde yaklaşık 2,5 kat artış gösterilmiştir. Bu metaanalizde sigara içiminin preoperatif 4-8 hafta

önce bırakılmasının postoperatif komplikasyon riskini azalttığı tespit edilmiştir (Seracoğlu., 2014). Turan ve ark. 2011'de yaptıkları araştırmada aktif sigara içicilerde; miyokard infarktüsü, ameliyat sonrası kalp durması ve inme, derin ven trombozu ve sepsis oranları daha yüksek bulunmuştur. Bektaş Uysal.'ın (2016) 2528 olgulu çalışmasında, olguların %59'unun kadın, %41'inin erkek ve %26,7'sinin sigara içmekte olduğu, erkeklerin anlamlı şekilde kadınlardan fazla sigara içmekte olduğu ($p<0,001$), sigara içenler ve içmeyenler arasında hipertansiyon sıklığı açısından anlamlı fark saptandığı bildirilmiştir ($p<0,001$). Araştırmamızda komplikasyon gelişen grubun %28,5'i ve komplikasyon gelişmeyen grubun %22,6'sının sigara içme alışkanlığı olduğu belirlendi ($p=0,205$). Sigara içen hastaların yarıdan fazlasının 10 yıl ve daha uzun süredir sigarayı bıraktığı ($p=0,011$) ve yarıdan fazlasının günde 11-20 adet ve üstü sigara içtiği ($p=0,011$) saptandı. Sigara içtiği süre açısından hastaların yarısından fazlasında 10-16 yıldan fazla sigara tüketimi olduğu belirlendi ($p=0,297$). Çalışma bulgularının literatür bilgisine ve yapılan çalışma sonuçlarına uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre alkol kullanımı hastalık, sakatlık ve ölümlerin önemli risk faktörlerinden biridir. Alkol tüketimi sonucunda genellikle kardiyovasküler komplikasyon nedeniyle her yıl ortalama 3,3 milyon ölümlerle sonuçlanmaktadır. Dünya genelindeki tüm ölümlerin ise %5,9'unun alkol tüketiminden kaynaklandığı bilinmektedir (DSÖ., 2014). Dünya'da ve Türkiye'de tütün, alkol ve uyuşturucu madde kullanım oranları artmakta, bu maddelere başlama yaşı da gittikçe düşmektedir (Arıcı ve ark., 2021). Yapılan çalışmalar sonucunda alkol kullanımının yaşam boyu riski kadınlarda %10, erkeklerde %20; alkol bağımlılığının yaşam boyu riski ise kadınlarda %3-5, erkeklerde %10'dur. Araştırmaların çoğunluğunun ortak görüşü kardiyovasküler sistem üzerine hafif-orta derecede alkol tüketiminin faydalı olduğu, fazla tüketiminin ise sağlığı olumsuz etkilediği yönündedir (Aşit, 2018; Arıcı ve ark., 2021). Alkol tüketimi de sigara gibi postoperatif komplikasyonlar için risk faktörüdür ve alkol bağımlılığı olan hastalarda enfeksiyon, pulmoner komplikasyon, hastanede kalış süresinin uzaması ve yoğun bakım ünitesine yatma riski artar. Alkol tüketiminin de sigara gibi ameliyattan 4 hafta önce sonlandırılması önerilmektedir (Biricik ve Güneş., 2020). Haşıl Korkmaz ve ark.'nın (2013) çalışmalarında, yetişkinlerin fiziksel aktivite düzeyleri ile sosyo-ekonomik düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ve alkol kullanan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin, alkol kullanmayan bireylerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir ayrıca istatistiksel olarak alkol kullanan ve kullanmayan bireyler arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Alkol kullanımı önemli sağlık ve sosyal sorunlara yol açması nedeniyle izlenmesi gereken bir risk faktörüdür. Türkiye'de bu güne kadar yapılan çalışmalarda ve eldeki verilerde alkol tüketimi azdır. Bu durumun kültürel ve dini etkilere

bağlı olmasının yanı sıra, sosyal baskı nedeniyle eksik bildirimlerin de olabileceği düşünülmelidir. Mevcut çalışmada komplikasyon gelişen grubun %15,9'unun komplikasyon gelişmeyen grubun %13,5'inin alkol kullanma alışkanlığı olduğu belirlendi ($p=0,283$). Bulguların literatür bilgisi ile uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Kroenke. (1992) yaptığı bir çalışmada KOAH'lı 89 hastada uygulanan cerrahi süresi ile komplikasyon gelişme oranları sınıflandırıldığında; cerrahi süresi 1 saattan az olanlarda komplikasyon oranı %4, 1-2 saat olanlarda %23, 2-4 saat olanlarda %38 ve 4 saattan fazla olanlarda %73 olarak bildirilmiştir. Benzer başka çalışmada operasyon süresi uzadıkça solunumsal komplikasyon riskinin arttığı gösterilmiştir. Özellikle 3-4 saatten uzun süren operasyonlardan sonra pnömoni riskinin beş kat artmakta olduğu saptanmıştır (Kaçmaz., 2001). Çöğürlü.'nün (2015) kolorektal cerrahi girişim uygulanan 52 hasta ile yaptığı çalışmada, ortalama ameliyat süresi 138,75 ($\pm 77,83$) dakika (min:35-max:390dk), ortalama yatış süresi ise 15,03 ($\pm 14,27$) gün olarak belirlenmiş, ameliyat süresi ve yatış süresi ile hastaların komplikasyon derecesi karşılaştırıldığında ameliyat süresi ile komplikasyon derecesi arasında anlamlı fark bulunduğu belirtilmiştir. Bilgin ve ark.'nın (2007) abdominal cerrahi sonrası 80 olgunun değerlendirildiği çalışmasında, ameliyat süresi 90 dk. ve üzerinde olan olgu sayısının $n=23$ (%28,7) olduğu, komplikasyon olanlarla olmayanlar arasında ameliyat süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemekle birlikte, komplikasyon olan olgularda sürenin daha uzun olduğu saptanmıştır ($p=0,156$).

Hawa Keita ve ark.'nın (2005) ortopedi, damar, göğüs, batin ve üroloji cerrahisi uygulanan 313 hasta ile yaptıkları çalışmada, ameliyat süresi 60 dk ve üstü, anestezi süresi 80 dk ve üstü ve en önemli olan risk faktörü olarak yaşın 50 ve üstü olduğu hastalarda, %16 oranında hastada idrar retansiyonu gelişimi belirlenmiştir.

Taşdelen ve ark.'nın (2008) kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda gelişen cerrahi alan infeksiyonlarındaki risk faktörlerinin belirlenmesi için 161 kolorektal cerrahi uygulanan hasta ile yaptıkları çalışmada, bu hastaların 43'ünde cerrahi alan infeksiyonu geliştiği, bunlardan 30'unun yüzeysel infeksiyon (cerrahi yara infeksiyonu) ve 13'ünün ise organ boşluk infeksiyonu olduğu, yaş, hastane yatış günü ve transfüzyon infeksiyon gelişiminde rol oynayan risk faktörleri olarak saptandığı bildirilmiştir. Bu çalışmada anestezi süresi uzadıkça komplikasyon gelişme riskinin arttığı gösterilmiştir ($p=0,000$) ve bulguların literatüre paralel olduğu tespit edilmiştir.

Abdominal cerrahi sonrası rutin nazogastrik (NG) dekompresyon uygulanması ile bağırsak fonksiyonlarının daha hızlı normale döneceği ve aspirasyon riskinin azaltılacağı düşü-

nlmektedir. Abdominal cerrahi sonrası rutin NG dekompresyon (bağırsak fonksiyonları geri dönene kadar) uygulanması ile postoperatif bulantı, kusma, oral alımı tolere edemeyen veya semptomatik abdominal distansiyon gelişen hastalarda selektif NG dekompresyon uygulanması (NG tüpün erken dönemde çekilmesi, bazı hastalarda hiç uygulanmaması) karşılaştırıldığında, selektif NG dekompresyon uygulanan grupta daha az pulmoner komplikasyon geliştiğı, bağırsak fonksiyonlarının daha erken dönemde kazanıldığı ve anastomoz kaçak oranında artış olmadığı saptanmıştır. Ayrıca, selektif dekompresyon uygulanan hastalarda bulantı, kusma ve abdominal distansiyon oranlarında artış gözlenmemiştir (Nelson., 2007). İnvaziv girişimlerin uygulanması, süreleri ve sayılarının mortaliteyle ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmektedir. Colpan ve ark.'nın (2005) çalışmalarında, entübasyon ve süresi, mekanik ventilasyon, enteral beslenme ve TPN'nin mortaliteyi artırmada etkili olduğu bildirilmiştir. Erbay ve ark. (2003) mekanik ventilasyon ve NGT uygulanmasının mortaliteyi artırmada etkili, ancak üriner kateter ve cerrahi drenlerin mortalite üzerinde etkili olmadığını, Sevim ve ark. (2011) ise NGT uygulamasının sepsisli hastalarda mortaliteyi artırdığını bildirilmişlerdir. Mevcut çalışmada, NGT kullanılmayan hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riski, NGT kullanılanlara göre 0,019 kat ($p=0,032$) daha düşük olduğu ve bulguların literatüre paralel olduğu saptandı.

Hastane kaynaklı idrar yolu enfeksiyonu gelişen hastaların %60-80'inde enfeksiyon gelişmesinde kalıcı üriner kateterlerin sorumlu olduğu ve üriner kateterin her gün için hastada %5-10 enfeksiyon riskini artırdığı belirtilmektedir. Kateter kullanım süresi kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının en önemli belirleyicisidir. Hastanede yatan hastaların %15-25'inde kalıcı üriner kateter kullanılmaktadır. Üriner kateterlerin kullanım oranı yoğun bakım nitelerinde (YB) %75-90'lara çıkmaktadır (zalp., 2021). Van den Broek ve ark. (2011)'un çalışmasında üriner kateter kullanım uygunluğunun sağılanmasına ve kateter sürelerinin kısalmasına karşı kateterize edilen hastalarda üriner enfeksiyon görülme sıklığının azalmadığı bildirilmektedir. Kateterizasyon süresinin azalmasına rağmen hastalarda enfeksiyon oluşması, enfeksiyona neden olabilecek diğerk faktörlerin etkisi olduğu şeklinde yorumlanabilir (zalp., 2021).

Atakan Nemli ve ark.'nın (2021) 129 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastaların serviste kaldıkları süre boyunca %43,4 idrar ve/veya üriner kateterinde mikroorganizma üreme olduğu, üriner kateterizasyon süresinin 1-17 gün arasında değışmekte olup, hastaların %82,9'unda kateterizasyon 0-7 gün sürerken, %17,1'inde 7-17 gün arasında sürdüğü izlenmiştir. Ayrıca kateterizasyonun 0-7 gün sürdüğü hastaların %37,4, 7-17 gün süren hastaların %72,7 idrar ve/veya kateter lümeni içinden üreme saptandığı, üriner

kateterizasyonu 7-17 gün arasında süren hastalarda, 0-7 gün kateterize olan hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde üremenin yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,002$). Çalışmada üriner kateterizasyon süresinin >7 gün olmasının ($p=0,002$) geçici üriner kateterizasyon uygulanan hastalarda idrar veya üriner kateter içinden mikroorganizmaların üreme riskini 3.2 kat arttırdığı saptanmıştır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada nozokomiyal üriner sistem enfeksiyonlarının %97,3’ünün üriner kateterizasyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Esen ve ark., 2004). European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) bu oranı %63 olarak bildirmiştir (Bouza ve ark., 2001).

Birçok çalışmada üriner kateterizasyon süresinin uzaması, kadın cinsiyet, kateter bakımında yapılan hatalar, ileri yaş, sistemik antimikrobiyallerin kullanılmaması, diyabet öyküsü gibi değişkenler üriner enfeksiyon gelişiminde risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalar üriner kateterizasyon süresinin, üriner enfeksiyon gelişiminde en önemli risk faktörü olduğunu göstermiştir. Tissot ve ark. (2001) kateterizasyon süresinin 11 günden fazla olmasının bu riski 20 kat arttırdığını, Wald ve ark. (2008) majör cerrahi ameliyat geçiren 35904 hasta ile yaptıkları çalışmalarında üriner kateterizasyon süresinin 2 günden uzun olduğu hastalarda üriner enfeksiyon gelişimi riskinin başka hastalara oranla anlamlı olarak yüksek olduğunu, Colau ve ark. (2001) prostat ameliyatı uygulanan 101 hastada, üriner kateterizasyon süresinin 3 günü geçmesinin, üriner enfeksiyon gelişimi açısından anlamlı risk faktörü olarak tespit edildiğini bildirmişlerdir. Atakan Nemli ve ark.’nın (2021) geçici üriner kateterizasyon uygulanan 129 hasta ile yaptıkları çalışmalarında, hastaların 56’sında (%43,4) idrar ve/veya kateterinde mikroorganizma üremiş olup, 73’ünde (%56,6) herhangi bir üreme saptanmadığı belirlenmiştir. Mevcut çalışmada da komplikasyon gelişen grubun üriner kateterizasyon süresinin >72 saattan fazla olmasının ($p=0,000$) komplikasyon gelişmeyen gruba göre anlamlı olarak fark tespit edildi. Çalışmanın sonuçları bu açıdan literatürle uyumludur. Üriner kateterizasyonun mümkün olan en kısa sürede sonlandırılmasıyla komplikasyon gelişme riski indirilebilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Genel anestezi ile açık batın ameliyatı uygulanan hastaların sosyokültürel yapıları ve bireysel alışkanlıkları ile ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı tasarımla yapılan çalışmada elde edilen veriler incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

Hastaların tanıtıcı özelliklerinden elde edilen sonuçlar;

- Batın ameliyatı yapılan hastaların çoğunluğunun erkek olduğu, ilk ve ortaokul mezunu ve normal kiloda olduğu,
- Hastaların çoğunluğunun çalışmadığı ve gelir düzeyinin orta olduğu,
- Hastaların çoğunluğunda komplikasyonun **birinci gün** geliştiği,
- Gelişen komplikasyonların çoğunluğunun sırasıyla, gastrointestinal, kardiyovasküler sistem, yara yeri komplikasyonları ve solunum sistemine bağlı olduğu,
- Hastaların çoğunluğunun hastanede **yatış nedeninin kanser** hastalığı (kolon, mide, rektum ve pankreas kanseri) olduğu,
- Hastaların çoğunluğunun **daha önce cerrahi işlem** geçirme öyküsü olduğu,
- Hastaların çoğunluğunun en az bir **kronik hastalık** (hipertansiyon, diyabet ve kalp yetmezliği) hikayesi olduğu belirlendi.

Batın ameliyatı geçiren hastaların bireysel özellikleri ile erken dönem gelişen komplikasyonların sonuçlarında;

- Batın ameliyatı yapılan ve uyku problemi olan hastaların, ameliyat sonrası gelişen erken dönem komplikasyonlarla ilişkisi olduğu, **Uyku problemi** olmayan hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riski, uyku problemi olan hastalara oranla 0,201 kat daha düşük olduğu,
- Hastaların çoğunluğunda tüketilen **tuz miktarının** normal veya az tuzlu olduğu,
- Hastaların çoğunluğunun günlük tüketilen **su miktarı** 1000cc'den az, **çay miktarı** 300cc ve üstü, süt ve ayran 300cc'den az olduğu, 300cc üstü çay içen hastalarda komplikasyon oranının yüksek olduğu ve **günlük içilen Süt/Ayran** miktarı 300cc ve üzeri olan hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riskinin süt ayran tüketmeyenlere göre 9,306 kat daha düşük olduğu,

- Hastaların büyük bir kısmında ameliyat öncesi **kilo kaybı** olduğu, kilo kaybı olan hastalarda komplikasyon gelişme riskinin yüksek olduğu,
- Hastaların, **Beden kütle indeksi** fazla kilolu olanlarda erken dönem komplikasyon gelişme riskinin, zayıf ve normal kilolu hastalara oranla 0,174 kat daha düşük olduğu,
- Hastaların çoğunluğunun ameliyat öncesi günlük **spor yapma** alışkanlığının olmadığı,
- Batın ameliyatı yapılan hastaların ameliyat öncesi dönemde günlük **sigara** tükettiği, günde 11-20 adet ve üstü tüketimlerinin olduğu ve çoğunluğunun 16 yıldan daha uzun süre sigara tükettiği,
- **Sigarayı bırakma süresi 1-9 yıl** olan hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riskinin, 1-6 ay olanlara göre 0,040 kat daha düşük olduğu,
- **Sigarayı bırakma süresi 10-20 yıl** olan hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riskinin, 1-6 ay olanlara göre 0,051 kat daha düşük olduğu,
- **Sigarayı bırakma süresi 20 yıl ve üstü** olan hastalarda erken dönem komplikasyon gelişme riskinin, 1-6 ay olanlara göre 0,043 kat daha düşük olduğu,
- Hastaların çoğunluğunun **alkol** kullanmadığı,
- Batın ameliyatı yapılan hastaların çoğunluğunun **anestezi süresinin** 60-180 dk olduğu ve anestezi süresi uzadıkça komplikasyon gelişme riskinin yüksek oranda arttığı,
- Hastaların çoğunluğuna **idrar sondası** takıldığı ve idrar sondası takılan hastalarda komplikasyon gelişme riskinin yüksek olduğu,
- Hastaların çoğunluğuna NGT takıldığı ve **NGT** kullanılmayan hastalarda, erken dönem komplikasyon gelişme riskinin, NGT kullanılanlara göre 0,019 kat daha düşük olduğu saptandı.

8.2. Öneriler

- Yeterli, dengeli beslenme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi açısından cerrahi işlemler öncesi tüm hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi,
- Sigara içmenin sağlık üzerine zararlı etkileri ve cerrahi girişimlerde gelişen komplikasyonların arttığı, bunlara bağlı hastanede kalma süresinin uzadığı hasta ve yakınlarına aktararak ameliyattan en az 2-8 hafta öncesinde sigaranın bırakılması ve sigarayla mücadele programlarına devam edilmesi,
- Hastada var olan yandaş hastalıkların operasyona alınmadan önce yandaş hastalık ortadan kaldırılamayacaksa da tedavi ile kontrol altına alınması,
- Hastanın ameliyat öncesi ve sonrası dönemde de risk faktörleri göz önünde bulundurularak komplikasyonların önlenmesine yönelik hasta bakımının sağlanması,
- Ameliyat öncesi dönem önleme girişimleri olarak öncelikle hastaya ait risk faktörlerinin kontrol altına alınması,
- Elektif ameliyatlardan önce mevcut enfeksiyonların belirlenmesi ve mümkünse tedavi olana kadar ameliyatın ertelenmesi,
- Kilo kaybı, kas zayıflığı, subkütanöz yağ dokusu kaybı, fonksiyonel kapasite ve gastrointestinal semptomları olan hastalara, özel dikkat gösterilmesi,
- CAİ'ye neden olan risk faktörlerinin bilinmesi, önlemeye yönelik girişimlerin uygulanması, CAİ ile baş edebilmek için kurumsal davranış, kılavuzlara uyum, cerrahi kliniklerde ve ameliyathanede çalışan hemşirelerin, enfeksiyonları önleme girişimlerini doğru ve hızlı şekilde, güncel bilgilerin takip edilmesi, önleme girişimlerinin yapılması,
- Hastaların mümkün olan en erken sürede idrar kateteri, NG tüp gibi invaziv girişimlerinin ihtiyaç kalkar kalkmaz çıkarılması,
- Hastalara, günlük yeterli su ve su dışında alkolsüz ve kafeinsiz sıvı içeceklerin (süt, ayran, meyve suyu vb) tüketiminin, sağlık açısından öneminin belirtilmesi,
- Aşırı tuz tüketiminin hipertansiyon gelişiminde ve kalp damar hastalıklarına neden olduğu, mevcut ve potansiyel zararları konuları vurgulanarak tuz miktarını azaltmaya yönelik eğitimler planlanması,
- Süt ürünleri, yoğurt, süt ve peynir iyi bir kalsiyum kaynağı olarak sağlık üzerine olumlu etkilerinin açıklandığı eğitimler ile farkındalık sağlanması,
- Bedensel sağlık için fiziksel aktivitenin önemi konusunda toplumun bilgilendirilmesi ve bireylere düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

- Alptekin, E. (2019). Yaşlı bireylerde su tüketim özelliklerinin belirlenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi.
- Aktan, İ. (2021). Kalp yetersizliği olan hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Edirne.
- Akgün, B., Genç, S., Arıcı, M. (2018). Tuz: Gıdalardaki algısı, fonksiyonları ve kullanımının azaltılmasına yönelik stratejiler. Akademik Gıda, 16(3), 361-370, DOI: 10.24323/akademik-gida.475397.
- Aygin, D., Yaman, Ö. (2019). Ameliyat sonrası vücut sıcaklığı komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Yıldız Fındık Ü, editör. Ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 59- 65.
- Abbasoğlu, O. (2015). Kanser hastası ve nutrisyonel destek. Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics, 8(1), 61-4.
- Akkapulu, N. (2022). Onkolojik gastrointestinal cerrahi uygulanan hastalarda perioperative yönetim. Kanser Gündemi Dergisi, 10(3).
- Anton Reymond, F. (2008). Naltrexone for the management of alcohol dependence. N ENGL J MED. 359, 715-21.
- Ayaz, S., Tezcan, S., Akıncı, F. (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2), 26-34.
- Ayhan, D.E., Günaydın E., Gönüaçık, E., Arslan, U., Çetinkaya, F., Asımı, H., yeşim, Uncu, Y. (2012). Uludağ üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. Uludağ üniversitesi tıp fakültesi dergisi, 38(2), 97-104.
- Aydın, M., Erduran, M. (2012). Sağlık hizmetleri ile ilişkili cerrahi alan infeksiyonları. Balıkesir Sağlık Bil Derg, 1 (1), 28-33.
- Arends, J., et al. (2017). ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. Clinical Nutrition. 36, 1187-1196.
- Arı, E.S. (2019). Gastrointestinal kanserli hastalarda preoperatif dönemde beslenme durumunun ve malnutrisyonun değerlendirmesinde farklı yöntemlerin karşılaştırılması. yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi.
- Alsaidi, M., Guanio, J., Basheer, A., Schultz, L., Abdulhak, M., Nerenz, D., Chedid, M., & Seyfried, D. (2013). The incidence and risk factors for postoperative urinary retention in neurosurgical patients, Surg Neurol Int, 4, 61.
- Akyol, A., Bilgiç, P., Ersoy, G. (2008). Fiziksel aktivite, beslenme ve sağlıklı yaşam. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Sağlık Bakanlığı Yayını, 729.

- Avcı, R., Özcengiz, D. (2012). Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyetiyle ilişkisi. *Anestezi Dergisi*, 20(1), 27- 33.
- Ateş, S., Nazik, S., Şahin, A.R., Kardaş, F., Erdoğan, A. (2019). Cerrahi alan enfeksiyonlarının değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*, 14(1), 16-9.
- Aktaş, Y. Y., Gürçayır, D., & Atalay, C. (2018). Ameliyat sonrası bulantı kusma yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*, 45 (3), 341-351.
- Altıntoprak, E., Annette Akgür, S., Yüncü, Z., Sertöz, Ö., Çoşkunol, H. (2008). Kadınlarda alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19 (2), 197-208.
- Altay, B., Çavuşoğlu, F., Güneştaş, İ. (2015). Tıp fakültesi hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi (DEUHFED)*, 8(1), 12-18.
- Altan, N. (2019). Preoperatif beslenme durumu ve risk skorlama sistemlerinin majör gastrointestinal cerrahi sonrasında gelişen komplikasyonları öngörmede belirleyici roller. *Uzmanlık Tezi*. İstanbul.
- Arıcı, A ve ark. (2021). Gençlerde alkol kullanımı ve kültürel yapının bağımlılığa etkisi. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 5 (2).
- Akinsulore, A., Owojuyigbe, AM., Faponle, AF., Fatoye, FO. (2015). Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East J Anaesthesiol*, 23(2), 235-40.
- Aşit, M. (2018). Yetişkin bireylerde akdeniz diyet skoru ile beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Yüksek lisans tezi*. Trakya Üniversitesi.
- Ayfer K., Aslan F. T. (2011). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, Nobel Kitabevi, Adana.
- Akbulut, B. (2023). Psikiyatristlerin ve klinik psikologların bakış açılarıyla beden odaklı psikoterapilerin niteliksel yöntem ile araştırılması. *Yüksek lisans tezi*. Maltepe Üniversitesi.
- Apfel, CC., Miller, RD., et al. (2015). Postoperative nausea and vomiting. Miller's anesthesia. ed. Saunders Elsevier: Philadelphia.
- Altuntaş, O., Aki, Z., Huri, M. (2015). Kronik hastalıklarda ilaç kullanımının yaşam kalitesi ve sosyal katılıma etkisi üzerine nitel bir çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(2), 79-86.
- Aksoy M. (2018). Kanserde Beslenme. Baysal A, editörler. *Diyet el kitabı*. 10. Baskı. Hatiboğlu Yayınevi. Ankara.

- Aksoy, G., Kanan, N., Akyolcu, N. (2012). Cerrahi Hemşireliği, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Arıcı S. (2008). Toksik hepatit . Pamukkale Tıp Dergisi. 1(2), 113-119 .
- Acar, K. (2019). Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme tekniğinin bulantı kusma ve diğer semptomlar üzerine etkisi: Prospektif randomize kontrollü çalışma. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.
- Acar, EZ. (2019). Ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve hastalık algısının etkisi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Atakan Nemli, S., Doyuk Kartal, E. (2021). Hastanede yatan ve geçici üriner kateterizasyon uygulanan hastalarda kateterde bakteriyel ve fungal kolonizasyonun araştırması Osmangazi Tıp Dergisi, 43(4), 364-373.
- Aytaç, Ö. (2006). Girişimcilik: Sosyo-Kültürel bir perspektif . Dumlupınar üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi. 15,139-160.
- Aytaç, Ö. Çağlar Kurttaş, M. (2015). Sağlık - Hastalığın toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 25(1), 231-250.
- Akkaya, S. (2020). Açık abdominal cerrahi uygulanan hastaların ambulasyon sürelerinin hasta sonuçlarına, anksiyete ve depresyona etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kütahya.
- Baçoğlu, Ö.K. ve ark. (2000). Üst karın cerrahisinde postoperatif solunumsal komplikasyon riskinin preoperatif parametrelerle ilişkisi. Toraks Dergisi. 1(2), 17-22.
- Balcı, A. (2020). Preoperative pulmonary evaluation and evaluation of postoperative pulmonary complications in geriatric patients undergoing spinal surgery. Journal of Health, Medicine and Nursing, Special Issue of Health Sciences vol.78. DOI:10.7176/JHMN/78-04.
- Bryer, E., Bryer, J. (2020). Persistent postoperative hiccups. Hindawi Case Reports in Anesthesiology Article ID 8867431, 4 pages. <https://doi.org/10.1155/2020/8867431>.
- Bittner, R., Butters, M., Ulrich, M., Uppenbrick, S., Beger, HG. (1996). Total gastrectomy, updated operative mortality and long-term survival with particular reference to patients older than 70 years of age. Ann Surg, 224, 37-42.
- Biricik, E., Güneş,Y. (2020). Nörocerrahi ve ERAS enhanced recovery after surgery. Archives Medical Review Journal, 29(1),37-50 doi:10.17827/aktd.604717
- Baykan, A., Baykan, H. (2017). Sigaranın Yara İyileşmesi Üzerine Zararlı Etkileri. Düzce üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü dergisi / J DU Health Sci Inst. 7(3), 187-190.

- Brug, J. (2008). Determinants of healthy eating: motivation, abilities and environmental opportunities. *Family Practice*, 25, i50–i55.
- Baysal, A. (2020). *Beslenme*, 18. Baskı. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
- Bouza, E., San Juan, R., Munoz, P. et al. (2001). European perspective on nosocomial urinary tract infections II. Report on incidence, clinical characteristics and outcome (ESGNI-004 study). European Study Group on Nosocomial Infection. *Clin Microbiol Infect*, 7, 532-42.
- Balkan, A., Çelebi, C. (2020). Cerrahi alan infeksiyonları. *Black Sea Journal Of Health Science*, 3(2), 46-50.
- Bozhüyük, A. (2010). Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim.
- Bilinger, G ve ark. (2019). Cerrahi alan enfeksiyonları ve Post-Op yara bakımında hemşirenin bilgi düzeyinin belirlenmesi . II. Uluslararası Battalgazi Multidisipliner Çalışmalar Kongresi 15-17 Mart 2019 Malatya. 168-180.
- Berk Özcan, Ç. (2022). Ameliyat sonrası hastanın erken ambulasyon ve komplikasyonların önlenmesi. Sağlık bilimleri alanında uluslararası araştırmalar XII. Ed ; Abdullah Serman. I. Baskı. Yayınevi, İstanbul.
- Budak, G. (2005). Toplumsal değişim, kültürlerarası farklılaşma ve çalışan insan, 3. Uluslararası Hemşirelik kongresi, İzmir.
- Bulut, H, Erdoğan, Z. (2019). Ameliyat sonrası nörolojik sistem komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Editör; Yıldız Fındık, Ü. Ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 43- 50.
- Baysal, A. (2013). Su ve sağlığımız. *Bes Diy Der*. 41(3), 191-193.
- Beach, EC., De Jesus, O. Ileus. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*; 2021 Jan-. Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558937/> (Erişim Tarihi: 25.02.2023).
- Birlikbaş, S., Bölükbaş, N. (2019). ERAS Rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. *Ordu University J Nurs Stud*, 2(3), 194-205.
- Bilge, A., Pektaş, İ. (2004). Öğrencilerin sosyo-kültürel özellikleri, durumluk sürekli kaygı düzeyleri ve başa çıkma becerilerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20 (1), 47-55.

- Başak, F., Hasbahçeci, M., Güner, S., Sisik, A., Acar, A., Yücel, M., Baş, G. (2015). Prediction of anxiety and depression in general surgery inpatients: A 56 Prospective Cohort study of 200 consecutive patients. *International Journal of Surgery*, 23, 18-22.
- Bilgen, S., Kızılcık, N., Haliloğlu, M., Yıldırım, G., Kaspar, E. Ç., & Köner, Ö. (2018). Effect of the Dexamethasone-Ondansetron combination versus Dexamethasone-Aprepitant combination to prevent postoperative nausea and vomiting. *Türk J Anaesthesiol Reanim*, 46(5), 373-380.
- Bayar, B., Yılmaz, K.B., Akıncı, M., Şahin, A., Kulaçoğlu, H. (2016). An evaluation of treatment results of emergency versus elective surgery in colorectal cancer patients. *Ulus Cerrahi Derg*, 32, 11-17. DOI: 10.5152/UCD.2015.2969.
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of family medicine and primary care (Tjfmpe)*, (6).
- Brug, J. (2008). Determinants of healthy eating: motivation, abilities and environmental opportunities. *Family Practice*, 25, i50-i55.
- Brooks, M. (2015). Alcohol poisoning kills six Americans every day: CDC. *Medscape*, January 06.
- Baltacı, G., Ersoy, G., Karaagaoğlu, U., Derman, O., Kanbur, N. (2006). Ergenlerde sağlıklı beslenme, hareketli yaşam. I. Basım, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı. Sinem Matbaacılık, Ankara. 3-11.
- Baid, A.R., Kumar Shetty, S., Verghese Joshua, T., Kumar Math, S. (2014). Study of pooperative fever in patients undergoing clean surgeries. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 13 (4), 99-102.
- Bekar, M. (2001). Kültürlerarası (Transkültürel) hemsirelik. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 16 (2), 136-141.
- Black, R E., Williams, S M., Jones, I.E, Goulding, A. (2002). Children who avoid drinking cow milk have low dietary calcium intakes and poor bone health. *American Journal of Clinical Nutrition*, 76, 675-80.
- Bilgin, G., Ulvi Öngören, A., Hakan Demirel, A., Şahin, Y., Öktem, Ö., Vurala, A. (2007). Abdominal cerrahi sonrası pulmoner komplikasyon riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27, 206-213.
- Bakıoğlu, E., Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 41-9.
- Bulut, S. (2013). Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. *Turkish Bulletin of Hygiene & Experimental Biology*. 70 (4), 205-214.

- Börekci, S. (2015). Tip 2 diyabetli hastalarda tuz tüketimi ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bush, RL., Lin, PH., Reddy, PP, et al. (2003). Epidural analgesia in patients with chronic obstructive pulmonary disease undergoing transperitoneal abdominal aortic aneurysmorrhaphy--a multi-institutional analysis. *Cardiovasc Surg*, 11, 179-84.
- Bektaş, C., Kaydu, A., Gökçek, E., Güneş, M., Çamcı, E., Kaçar, C.K. (2016). Yoğun bakım ünitesinde kolorektal kanser cerrahisi sonrası takip edilen hastaların preoperatif ve peroperatif değerlerinin postoperatif komplikasyonlara etkisi. *Turk J Colorectal Dis*, 2, 32-38. DOI: 10.4274/tjcd.49369.
- Borghi, L., Meschi, T., Amato, F., Novarini, ABA., Giannini, A. (1996). Urinary volume, water and recurrences in idiopathic calcium nephrolithiasis: A 5-Year Randomized Prospective Study. *The Journal Of Urology*, 155(3), 839-843.
- Bakıoğlu, E., Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 4(1), 41-9.
- Baskin, B. (2019). Gününbirlik ve hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerinin değerlendirilmesi. T.C. Trakya üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü hemşirelik anabilim dalı, yüksek lisans tezi.
- Behare, P., Lule, VK., Patil, P. (2015). Yogurt: Dietary Importance. *Encyclopedia of Food and Health*.
- Berrisford, R., Brunelli, A., Rocco, G., Treasure, T., Utley, M. (2005). The European Thoracic Surgery Database project: modelling the risk of in-hospital death following lung resection. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 28, 306-311.
- Çöğür, O. (2015). Kolorektal cerrahi girişimlerde ameliyat sonrası komplikasyonların Clavien-Dindo sınıflandırılması ile değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Çalışkan, N., Bulut, H., Konan, A. (2016). The effect of warm water intake on bowel movements in the early postoperative stage of patients having undergone laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial. *Gastroenterology Nursing*, 39(5), 340-347. DOI:10.1097/SGA.0000000000000181.
- Çalık, İ., Algün, C. (2013). Yaşlılarda fiziksel aktivite ile uyku kalitesi arasındaki ilişki. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 24(1), 110-117.
- Caruthers Donna, D. (2005). Enhancing tobacco abstinence following hospitalization P.H.D Tezi, University Of Pittsburgh, Faculty Of Nursing.
- Çağlayan, B., Fidan, A. (2002). Ameliyat öncesi dönemde pulmoner değerlendirme. Kurt N. (Ed.), Yetişkinlerde ve çocuklarda ameliyat öncesi değerlendirme. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 128-143.

- Cengiz, H. (2018). Cerrahi girişim geçiren hastalarda ameliyat sonrası iyileşme indeksi'nin geçerlik-güvenirlik çalışması ve iyileşme durumlarının değerlendirilmesi. Doktora tezi. Sakarya Üniversitesi.
- Çimen, S. (2003). "15-18 Yaş Grubu gençlerde riskli sağlık davranışları ölçeğinin geliştirilmesi", Doktora Tezi, İstanbul.
- Çimen, E. (2020). Major depresif bozuklukta histon modifikasyonu, çocukluk çağı travmaları ve mizaç özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması. Pamukkale üniversitesi Tıp fakültesi. Psikiyatri anabilim dalı. Uzmanlık Tezi.
- Çalmaz, A., Yılmazel, G., Altay., B. (2021). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları ve ruhsal sağlık durumu arasındaki İlişki. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi. 6(1), 85-93. Doi: 10.47115/Jshs.847070 85
- Çelik, S., Kavacık, D., Nair, A., Şeker, N. Demirel, L. (2015). Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastalarda bilişsel fonksiyon bozukluğunun değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi, 11(2).
- Çilingir, D., Hintistan, S., Öztürk, H. (2012). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve etkileyen faktörler. Gümüşhane University Journal of Health Sciences: (1) 2.
- Cürçani, M., Tan, M., Özdelikara, A. (2010). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 9(5), 487-492.
- Can, S., Arslan, E., Ersöz, G. (2014). Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. Ankara Üniv Spor Bil Fak, 12 (1), 1-10.
- Choi, S. U. (2016). Is postoperative nausea and vomiting still The Big "Little" Problem? Korean J Anesthesiol, 69(1), 1-2.
- Colau, A., Lucet, JC., Rufat, P. et al. (2001). Incidence and risk factors of bacteriuria after transurethral resection of the prostate. EurUrol., 39, 272-6.
- Cornelissen, VA., Fagard, RH., Coeckelberghs, E, et al. (2011). Impact of resistance training on blood pressure and other cardiovascular risk factors: A meta-analysis of randomized, controlled trials. Hypertension, 58, 950-8.
- Christ, P. (2001). Drink to good health. Ostomy Quarterly, 38(4), 38.
- Cengizoglu, H., Gölbaşı, Z. (2021). Gebe kadınların sigara kullanımı ve pasif sigara dumanına maruziyetinin belirlenmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 78-89.
- Colpan, A., Akinci, E., Erbay, A, et al. (2005). Evaluation of risk factors for mortality in intensive care units: a prospective study from a referral hospital in Turkey. Am J Infect Control, 33, 42-47.

- Çilingir, D., Candaş, B. (2017). Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü ve Hemşirenin Rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 137-143.
- Cornwall, HL, Edwards, BA., Curran, JF., Boyce, S. (2020). Coffee to go? The effect of coffee on resolution of ileus following abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Nutrition*, 39 (5), 1385-1394.
- Çavak, B. (2022). Yaşlılık döneminde dehidratasyon riski ve yaşlılarda su tüketiminin önemi. *Karya J Health Sci*, 3(1), 35-39 Doi:10.52831/Kjhs.951121.
- Çelebi, İ., Gün, İ. (2020). 112 Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının su tüketim davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk hijyen ve deneysel biyoloji dergisi* .77(4), 201-210. DOI:10.5505/TurkHijyen.2020.33230
- Çelik, F. (2006). Çay (*Camellia Sinensis*); İçeriği, Sağlık Üzerindeki koruyucu etkisi ve önerilen tüketimi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 26, 642-648
- Dikmen BT., Dal Yılmaz, Ü. (2019). Ameliyat sonrası solunum sistemi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Ed; Yıldız Fındık Ü. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 1-7.
- Donnelly, G., Kent-Wilkinson, A., & Rush, A. (2012). The alcohol-dependent patient in hospital: challenges for nursing . *Medsurg Nursing*, 21 (1), 9-15.
- Dal, Ü. (2008). Malnütrisyonu bağlı postoperatif komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (1), 85-92.
- Deren, S., Ün, C., Temur, İ., Örnek, D., Şen, İ., Yılmaz, A., Özçiftçi, S., Bayazit, D. (2010). Postoperatif erken dönemdeki deliryuma yaklaşım. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*. 38(5), 388-394.
- Dayılar Candan, H., Oyur Çelik, G., Kamer, E., & Sarıççek, A. (2017). Evaluation of anxiety levels of patients before colon urgery. *Turk J Colorectal Dis*, (27), 6-10.
- Demir, B. (2019). The risk of postoperative constipation in liver transplant patients. *Annals of Medical Research*, 26(10), 2427-2431.
- Dağlı, Ö., Tosun, F., Kılıç, A. (2020). Cerrahi alan infeksiyonlarının değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin analizi. *ANKEM Derg*, 34(3), 91-8. DOI: 10.5222/ankem.2020.091.
- Dulskas, A., Klimovskij, M., Vitkauskienė, M., Samalavicius, NE. (2015). Effect of coffee on the length of postoperative ileus after elective laparoscopic left-sided colectomy: a randomized, prospective single-center study. *Diseases of the Colon & Rectum*, 58(11), 1064-1069. DOI:10.1097/DCR.0000000000000449.
- Demirarslan, E. (2017). Ameliyat sonrası hipotermi kontrolü (Controlling Postoperative Hypothermia). *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 2(1), 51-70.

- Demirgöl, F., Sağdıç, O. (2018). Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi. 13, 45-53 DOI: 10.31590/ejosat.377798.
- Drain, G Bi., Odom- Forren, J. (2009). Peri anesthesia nursing. A Critical Care Approach, Saunders Elsevier, fifth edition.
- Demir, G., Erbesler, ZA. (2017). Quality of life and factors associated with it in elderly women with urinary incontinence. Turk J Geriatr. 20(3), 213-222.
- Demirelöz, M., Ekşioğlu, A. (2009). Kadın ve çocuk sağlığına ilişkin ritüeller. Ege Üniversitesi, İzmir Atatürk sağlık yüksekokulu hemşirelik ve ebelikte kültürlerarası yaklaşım sempozyumu, 9-11 Nisan, Çanakkale.
- Demiröz, B. (2011). Alkollü içki pazarı ve alkolün sağlık üzerine etkileri. Gıda Dergisi. 129, 22-26.
- Dickey, RA., Janick, JJ. (2001). Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension. Endocr Pract, 7(5), 392-9.
- Dolan, R., Huh, J., Tiwari, N., Sproat, T., Camilleri-Brennan, J. (2016). A prospective analysis of sleep deprivation and disturbance in surgical patients. Ann Med Surg (Lond). 6(6), 1-5.
- Durmaz, Ş., Sümer Coşkun, A. (2020). Yeni açılan bir devlet hastanesinde perioperatif antibiyotik profilaksi uygulamalarının gözden geçirilmesi. Akd Tıp Dergisi, 3, 351-6.
- Durmaz, M. ve ark. (2019). Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı önlemede kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerin kanıt düzeyleri. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 4(3), 97-104.
- DSÖ, Türkiye hanehalkı sağlık araştırması bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri raporu, (2017). <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/> WHO Turkey Risk Factors A4 TR 19.06.2018.pdf.
- Elvir-Lazo, O., White, PF., Yumul, R., Eng, HC. (2020). Management strategies for the treatment and prevention of postoperative/postdischarge nausea and vomiting: An Updated Review. F1000Research. 9.
- Ertuğ, N. (2011). Hastaların su ve diğer sıvıları tüketme durumu. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 14(4),47-53.
- Ergör, G., Dinç Horasan, G., Kalaça, S., Sözman, K. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması Sağlık Bakanlığı Yayını, 909.
- Ekizer, A. (2020). Sağlık sosyolojisi ve tarihsel gelişimi Selçuk Sağlık Dergisi, Sayı:1.
- Erbil, N., Sağlam, G. (2010). Gebelikte bebeğin cinsiyetini belirleme ve tahmin etmeye ilişkin geleneksel inanç, uygulamalar ve bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7(1), 347-359.

- Eşel, E. (2006). Alkol yoksunluğunun nörobiyolojisi: baskılayıcı ve uyarıcı nörotransmitterler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 129-138.
- Ezzati, M., Lopez, AD. (2008). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 362, 847.
- Erbay, H., Yalcin, AN., Serin, S., Turgut, H., Tomatir, E., Çetin, B. et al. (2003). Nosocomial infections in intensive care unit in a turkish university hospital: a 2-year survey. *Intensive Care Med*, 29, 1482-8.
- Elez, F., Ömür, M. (2008). Obstrüktif uyku apnesi sendromu. *Türk Aile Hek Derg*; 12(2), 65-69.
- Esen, S., Leblebicioglu, H. (2004). Prevalence of nosocomial infections at intensive care units in Turkey: a multicentre 1-day point prevalence study. *Scand J Infect Dis*. 36,144-8.
- Fışkın, A., Bayık Temel, A., Gülizar Yıldırım, J. (2013). Hemşirelerde ,uyku sorunları ve etkili etmenler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29 (2), 13-32.
- Fındık, ÜY., Yıldızeli Topçu, S. (2012). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 22-23.
- Fındık, ÜY. (2016). Cerrahi süreç: Ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların, önlenmesi. Aslan FE. (Ed), *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte*. Akademisyen Kitabevi, Ankara, 425-454.
- Gürkaş, E ve ark. (2014). Gaziantep ili istasyon aile sağlığı merkezi'ne başvuran erişkinlerde obezite sıklığı. *Konuralp Tıp Dergisi*, 6(2), 5-8.
- Gündüzhan, M.E. (2020). Akdeniz üniversitesi hastanesi'nde çalışan araştırma görevlilerinin beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve metabolik risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Akdeniz Üniversitesi.
- Göngör AE, Arslan P. (2012). Hastane malnütrisyonunun nedenleri, sonuçları ve tarama yöntemleri. Erdem NZ, Gümüşel S, (Ed). *Nütrisyonunda Güncel Konular*. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.
- Glaysheer, M., Cresswell, A. (2017). Management of common surgical complications. *Surgery*, 35(4), 190-194.
- Glaysheer, MA., Cresswell, AB. (2014). Management of common surgical complications. *Surgery*, 32(3), 121-125.
- Güngördük, Ki, Özdemir, İA., Güngördük, Ö., Gülseren, V., Gokçü, M., Sancı, M. (2017). Effects of coffee consumption on gut recovery after surgery of gynecological cancer patients: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(2), 145.e1-7. DOI:10.1016/j.ajog.2016.10.019.

- Güngördük, K., Paskal, EK., Demirayak, G., Koseoğlu, SB., Akbaba, E., Ozdemir, IA. (2020). Coffee consumption for recovery of intestinal function after laparoscopic gynecological surgery: a randomized controlled trial. *International Journal of Surgery*, 82, 130-135. DOI:10.1016/j.ijssu.2020.08.016.
- Grubb T. (2007). Turn the gas off-We're done ! Recovery from anesthesia. *Anesthesia in the Real World*. IDEXX Laboratories.
- Gürkan, A. (2019). Ameliyat sonrası yara iyileşmesi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Yıldız Fındık, Ü. (Ed). *Ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı*. 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara.
- Gündoğdu, H. (1996). Total parenteral beslenme. *Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını* Ankara 8, 74-81.
- Gündoğdu, R., Uğur Yaşar, U., Eren Ersoy, P., Ergul ,E., Işıkoğlu, S., Erhan, A. (2015). Effects of preoperative nutritional support on colonic anastomotic healing in malnourished rats. *Ulus Cerrahi Derg*, 31, 113-117.
- Gül, A. (2021). Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımı (Cerrahi hemşireliğinde güncel uygulamalar). Çukurova.Nobel Tıp Kitabevi. 141-151.
- Gan, TJ., Meyeer, T., Apfel, CC et al. (2003). Consensus guidelines for managing postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*, 97, 62-71.
- Gan, TJ. (2017). Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *Journal of Pain Research*. 10, 2287–2298.
- Gwon Choi, J. (2013). Delirium in intensive care unit. *Korean J Anesthesiol*, 65(3), 195- 202.
- Gençtürk, N. (2015). Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler, F. Akça Ay (Ed.), *Yara bakımı ve uygulamaları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 314-363.
- Gül Ulusoy, H. (2020). Vardiyali sağlık çalışanlarında sirkadiyen ritim ve beslenme durumunun değerlendirilmesi.Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi.
- Güler, G., Nuran Güler, N., Kocataş, S., Yıldırım, F., Akgül, N. (2008). Bir üniversitede çalışan öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Dergisi*, 12 (3), 18-26.
- Göktaş, S., Yıldız Fındık, Ü. (2019). Ameliyat sonrası kas iskelet sistemi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 51-8.
- Gourgiotis, S., Aloizos, S., Aravosita, P., Mystakelli, C., Isaia, EC., Gakis, C., Salemis, NS. (2011). The effects of tobacco smoking on the incidence and risk of intraoperative and postoperative complications in adults. *The Surgeon*, 9 (4), 225-32.
- Gürel, B., Sema Koçaşlı, S. (2022). Ameliyat sonrası hastaların derlenme kalitesi ve hemşirelik bakımı.Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 5(1), 12-30.

- Güneş, Z. (2021). Spor ve Beslenme Antrenör ve Sporcu, El Kitabı, Hacettepe üniversitesi, tıp fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, (11. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Guzma, J., Jime'nez. et al. (2002). Enhancement of lactase activity in milk by reactive sulfhydryl groups induced by heat treatment. American Dairy Science Association. Journal of Dairy Science. 85(10), 2497–2502.
- Hwang, D., Shakir, N., Limann, B., Sison, C., Kalra, S., Shulman, L., Souza Ade, C., Greenberg, H. (2008). Association of sleep-disordered breathing with postoperative complications. Chest, 133, 1128-1134.
- Hansen, MM. (2013). Impact of complementary therapies via mobile technologies on Icelandic same day surgical patients' reports of anxiety, pain and selfefficacy in healing: a randomized controlled trial in process. Stud Health Technol Inform, 192, 1165.
- Heilmann, C., Stotz, U., Burbaum, C., Feuchtinger, J et al. (2016). Short-term intervention to reduce anxiety before coronary artery bypass surgery-a randomised controlled trial. Journal of Clinical Nursing, 25, 351–361, doi: 10.1111/jocn.13055.
- Hoca M, Türker PF. (2017). Kıbrıs Gazimağusa’da yaşayan yaşlı bireylerin beslenme alışkanlıkları, beslenme durumları ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Bes Diy Der, 45(1), 44-52.
- Hansen, MV., Halladin, NL, Rosenberg, J., Gögenur, I., Møller, AM. (2015). Melatonin for pre- and postoperative anxiety in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD009861. DOI: 10.1002/14651858.CD009861.pub2.
- Hillman, DR. (2017). Postoperative sleep disturbances: Understanding and emerging therapies. Adv Anesth. 35(1), 1-24.
- Hayashi, K., Tsunoda, A., Shiraishi, A., Kusanagi, H. (2019). Quantification of the effects of coffee on postoperative ileus after laparoscopic ventral rectopexy: a randomized controlled trial. European Surgery. 51(6), 325-332. DOI:10.1007/s10353-019-0605-x.
- Hines, D. (2001). The Power of H2O. American Fitness. 23-25.
- Huang, J, et al. (2019). Systemic immune-inflammatory index predicts clinical outcomes for elderly patients with acute myocardial infarction receiving percutaneous coronary intervention. Med Sci Monit, 25, 9690–701.
- Hines, R., Barash, PG., Watrous, G., O'Connor, T. (1992). Complications occurring in the postanesthesia care unit: A Survey. Anesth Analg, 74, 503-9.
- Hasler-Gehrer, S., Linecker, M., Keerl, A. et al. (2019). Does coffee intake reduce postoperative ileus after laparoscopic elective colorectal surgery? A prospective, randomized controlled study: the coffee study. Diseases of the Colon & Rectum, 62(8), 997-1004. DOI:10.1097/DCR.0000000000001405.

- Hemmerlig, TM. (2018). Pain management in abdominal surgery. *Langenbecks Archives of Surgery*, 403,791-803.
- Hızel Bülbul, S., Gülsen Ceyhun, A. (2006). Pasif sigara içiciliği. *Türk Aile Hek Derg*, 10 (3), 123-128.
- Hayashi, K., Tsunoda, A., Shiraishi, A., Kusanagi, H. (2019). Quantification of the effects of coffee on postoperative ileus after laparoscopic ventral rectopexy: a randomized controlled trial. *European Surgery*, 51(6), 325-332. doi:10.1007/s10353-019-0605-x.
- Hagglund, P., Olai, L, Ståhlacke, K, et al. (2017). Study protocol for the SOFIA project: swallowing function, oral health, and food intake in old age: a descriptive study with a cluster randomized trial. *BMC Geriatr*, 17(1), 78.
- Hawa Keita, H., Brouwer, T., Marie, J. (2005). Predictive factors of early postoperative urinary retention in the postanesthesia care unit. *Anesthesia&Analgesia*, 2, 592-596.
- Howell, SJ., Sear, JW., Foex, P. (2004). Hypertension, hypertensive heart disease and perioperative cardiac risk. *Br J Anaesth*, 92(4), 570-83.
- Haşıl Korkmaz, N., Deniz, M. (2013). Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyleri ile sosyo-ekonomik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *NWSA-Sports Sciences*, 2B0094, 8(3), 46-56.
- Hemelt, M., Hu, Z., Zhong, Z., Xie, LP., Wong, Yc., Tam, PC., et al. (2010). Fluid intake and the risk of bladder cancer: results from the south and east China case control study on bladder cancer. *International Journal of Cancer*, 127(3), 638-645.
- Horasan, ES., Dağ, A., Ersoz, G., Kaya, A. (2013). Surgical site infections and mortality in elderly patients. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 43(10), 417-422.
- İlgaz, Ş. (2012). Fast food besinlerin sağlığa etkileri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 40-43.
- İzveren, Ö.A., Dal, Ü. (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 36-46.
- İlgar, M. Z., Coşkun İlgar, S. (2019). Varoluşçu psikolojik danışma ve psikoterapi: Teori ve pratiği. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 23(1), s. 193-220.
- Isganaitis, E., lustig, RH. (2005). Fast food, central nervous system insulin resistance, and obesity. *Arteriosclerosis, thrombosis and vascular biology*. American Heart association, (25),2451-2462.
- Isabel, M., Correia, TD., & Waitzberg, DL. (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*, 22 (3), 235-239.
- Jin, F., Chung, F. (2001). Minimizing perioperative adverse events in the elderly. *Br J Anaesth*, 87(4), 608-24.

- Jacques, P., Wang, H. (2014). Yogurt and Weight Management, Am J Clin Nutr, 99 (suppl), 1229S– 34S.
- Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. Neurosciences, 12(2), 145-148.
- Karadağ Arlı, Ş. (2019). Evaluation of constipation risk among inpatients in surgery and internal medicine wards. Turk J Colorectal Dis, 29(1), 19-24.
- Karadağ, E. (2009). Kültür sağlık tutumları ve hemşirelik etkileşimi. Hemşirelik ve Ebelik Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, Çanakkale.
- Korucu, K.S., Çalışkan Söylemez, Ş., Oksay, A. (2021). Biyopsikososyal yaklaşım ve gelişim süreci. Süleyman Demirel üniversitesi, Vizyoner dergisi, 12(30), 689-700.
- Karakaya, P ve ark. (2013). Akut lenfoblastik lösemi tedavisi sonrası yaşayan çocuklarda endokrinolojik ve kardiyolojik geç yan etkiler. Turk J Hematol, 30, 290-299. DOI: 10.4274/Tjh.2012.0094.
- Karadamar, M., Yiğit, R., Sungur, MA. (2014). Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3).
- Kaya., M. Batur., Z. (2012). Divânü Lûgâti't-Türk'te Dil Öğretimi Bağlamında Sözel Kültür Ürünleri Aracılığıyla Değer Aktarımı . Turkish Studies; International periodical for the languages, literature and history of turkish or turkic, 7(1), 309-324.
- Kara, İH., Baltacı, D., Sayın, S et al. (2014) . Üreme çağındaki obez kadınlarda hematolojik ve biyokimyasal parametrelerin incelenmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 4(1), 1-7.
- Kuş, C. ve ark. (2023). Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda serebrovasküler hastalık farkındalığı. Osmangazi Journal of Medicine, 45(3), 416-424. Doi: 10.20515/otd.1217937
- Kolaç, N ve ark. (2019). Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. Bakırköy Tıp Dergisi, 14, 267-74. DOI: 10.5350/BTDMJB.20170328092601.
- Kızılaslan, N., Solaka, İ. (2016). yoğurt ve insan sağlığı üzerine etkileri. Gaziosmanpaşa Bilimsel Araştırma Dergisi, 12, 52-59.
- Korkmaz, F, Öden, TN. (2019). Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde hemodinamik izlem. Özer, N (Ed). Yoğun Bakım Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 6-15.
- Kocabaş, A., Kara, K., Özgür, G., Sönmez, H., Burgut, R. (1996). Value of preoperative spirometry to predict postoperativepulmonary complications. Respiratory Medicine, 90, 25–33.
- Kiely, DK., Lembo, MD., Robson, KM. (2000). Development of constipation in nursing home residents. Diseases of the Colon & Rectum, 43(7), 940-943.

- Kerwel, T., Leichtle, S., Asgeirsson, T., Hendren, S., Cleary, R., & Luchtefeld, M. (2014). Risk factors for readmission after elective colectomy: Postoperative complications are more important than patient and operative factors. *Dis Colon Rectum*, 57(1), 98-104.
- Klemann, N., Hansen, MV., Gögenur, I. (2015). Factors affecting post-operative sleep in patients undergoing colorectal surgery – a systematic review. *Dan Med J*, 62(4), A5053.
- Kılıç, O., Akbay, C., Başer, U. (2020). Üniversite öğrencilerinde alkol tüketimi: Ondokuz Mayıs üniversitesi örneği, *Anadolu Tarım Bilimleri Dergisi*, 35, 232-237.
- Keten, D., Aktaş, F. (2014). Sondayla ilişkili üriner sistem infeksiyonları, *Klimik Dergisi*, 27(2), 38-47.
- Kılıç, O., Başer, U., Abacı, HS., Aydın Eryılmaz, G. (2018). Öğrencilerin sigara kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Ondokuz Mayıs üniversitesi örneği, *Samsun. Turkish Journal of Agricultural Research*, 5(3), 274-79.
- Kılıç, M., Bombacı, E., Çevik, B. (2019). Gastrointestinal malignite cerrahisi geçirecek hastalarda postoperatif yoğun bakım ihtiyacını öngörmeye ASA, SORT, CCI ve CACI indekslerinin karşılaştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 15, 142-9. DOI: 10.4274/BTDMJB.galenos.2018.20180318093225.
- Karabulut, N., Uzun, Ö. Nazogastrik tüp uygulaması ve hemşirelik bakımı. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29089>. Erişim tarihi: 12.02.18
- Kenneth Casey, R., Teodorescu, M. (2015). Postoperative complications in patients with obstructive sleep apnea: Where do we stand? *J Clin Sleep Med*, 11(10): 1081-1082. doi: 10.566/csm.5074.
- Karabulut, EO ve ark. (2018). Düzenli olarak spor yapan ve yapmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının farklı değişkenler bakımından incelenmesi: Kırşehir ili örneği. *KEFAD*, 19(1), 936-948.
- Karabulut Gül, Ş. (2020). Yaşlı hastalarda nütrisyon desteği nasıl olmalı? Accessible online at: www.onkder.org. *Turk J*, 35(Supp 1),77–85. doi: 10.5505/tjo.2020.2620.
- Karabulut, E.O., Mehmet Dalkılıç, M. (2019). Spor yapan ve yapmayan ortaokul öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerinin belirlenmesi, *Gece Akademi*, Ankara, 449-457.
- Karabulut, A. (2007). Beden eğitimi ve spor yüksek okulu öğrencilerinin sigara kullanım durumları ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kanan, N., & Aksoy, G. (2017). Metabolik ve endokrin sistemin cerrahi hastalıkları ve bakımı. içinde: Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G (editörler). *Cerrahi Hemşireliği*, 68 (1.Baskı b., Cilt II). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevler.

- Koçoğlu, D., Tokur kesgin, M., Kulakçı, H. (2010). İlköğretim 2. kademe öğrencilerinin uyku alışkanlıkları ve uyku sorunlarının bazı okul fonksiyonlarına etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Türkiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 24–32.
- Krenk, L., Jennum, P., Kehlet, H. (2014). Postoperative sleep disturbances after zolpidem treatment in fast-track hip and knee replacement. J Clin Sleep Med, 10(3), 21-6.
- Krenk, L., Jennum, P., Kehlet, H. (2012). Sleep disturbances after fast-track hip and knee arthroplasty. Br J Anaesth., 109(5), 769-75.
- Kuyumcu, M E. (2011). Hospitalize hastada malnutrisyon-hastane örnekleriyle. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, iç hastalıkları anabilim dalı, geriatri ünitesi, Akademik Geriatri Derneği Kongre Kitabı, Antaliya.
- Kushi, LH., Doyle, C., McCullough, M., Rock, CL, Demark-Wahnefried, W., Bandera, EV, et al. (2012). American cancer society 2010 nutrition and physical activity guidelines advisory committee. American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. CA Cancer J Clin, 62(1), 30-67.
- Kwag, S-J., Kim, J-G., Kang, W-K., Lee, J-K., Oh, S-T. (2014). The nutritional risk is a independent factor for postoperative morbidity in surgery for colorectal cancer. Annals of Surgical Treatment and Research, 86(4), 206-11.
- Kömürcü, Ş. (2004). Baş ve boyun kanserli hastalarda beslenme problemi. KBB ve BBC Dergisi, 12 (2), 101–108.
- Kesler, Ü. (2020). Sigara bağımlılığı tedavi birimine başvuran hastaların sigara bağımlılık düzeyleri, sosyodemografik ve klinik özellikleri. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- Klaus, JH., Nardin, VD., Paludo, J., Scherer, F., Bosco, SMD. (2015).The prevalence of and factors associated with constipation in elderly residents of long stay institutions. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 18(4), 835-843.
- Köknel, Ö. (2001). Alkol ve madde bağımlılığı altkültürü. Bağımlılık Dergisi, 2 (2), 71-76.
- Kutlu, Y., Armstrong, M., Bostanci, N., Yılmaz, S., Buzlu, S. (2008). The relationships between substance use and psychosocial factors in turkish nursing students. Journal of Addiction Nursing, 19, 201-206.
- Kaleli, S. (2010). Sigaranın sağlık üzerine zararlı etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5 (14), 39-56.
- Kaçmaz, Ö. (2001). Toraks dışı cerrahide preoperatif solunumsal değerlendirme, Ege Üniversitesi, Solunum Hastalıkları, 12, 75-82.
- Koşkulu, R. (2022). Türkömp ulusal gıda kompozisyon veri tabanındaki tahıl, kuru baklagil ve yağlı tohumların protein kalitesinin belirlenmesi ve sağlıklı beslenme açısından

değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Beslenme ve Diyetetik Anabilim, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.

- Kumar, S., Wong, P.F., Melling, A.C., Leaper, D.J. (2005). Effects of perioperative hypothermia and warming in surgical practice. *Int Wound J*, 2, 193-204.
- Kurşun, Ş., Dramalı, A. (2011). Batın ameliyatı yapılan hastalarda postoperatif dönemde elektrikli battaniye ile ısıtmanın yeniden ısınma süresine etkisi. *Genel Tıp Derg*, 21(1).
- Kavalcı, G., Arar, C., Çolak, A., Turan, N., Kavalcı, C. (2013). Postoperatif solunum yetersizliği riskinin belirlenmesinde kullanılan risk indekslerinin karşılaştırılması. *Nobel Med*, 9(2), 26-31.
- Knoops, K.T. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly european men and women: The HALE Project. *Jama*, 1433-1439.
- Kroenke, K., Lawrence, V.A., Theroux, J.F., Tuley, M.R. (1992). Operative risk in patients with severe obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*, 152, 967-71.
- Korkut Bayındır, S., Biçer, S. (2019). Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 25-29.
- Kızılsalan, N., Solak, İ. (2019). Yoğurt ve insan sağlığı üzerine etkileri. *Gaziomanpaşa Bilimel Dergisi*, 15, 52-59.
- Kurt, N. (2009). Cerrahi girişimlerde genel ve spinal anestezi uygulanan hastalarda beyin natriüretik peptid (Bnp) düzeylerinin karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Klinik Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Kalkan, N., Karadağ, M. (2017). Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede güncel yaklaşımlar ve hemşirelere yönelik önleme girişimleri algoritması. *GÜSBD*, 6(4): 280-289.
- Lin, P.H., Aronson, W., Freedland, S.J. (2019). An update of research evidence on nutrition and prostate cancer. *Urol Oncol*, 37(6), 387-401.
- Lai, H-F., Chau, I.Y., Lei, H-J., Chou, S-C., Hsia, C-Y., Kao, Y-C, et al. (2022). Postoperative fever after liver resection: Incidence, risk factors, and characteristics associated with febrile infectious complication. *Plos one*. [journals.plos.org. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262113](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262113)
- Liao, W.C., Huang, C.Y., Huang, T.Y., Hwang, S.L. (2011). A systematic review of sleep patterns and factors that disturb sleep after heart surgery. *Journal of Nursing Research*, 19(4), 275-288. DOI: 10.1097/JNR.0b013e318236cf68.
- Leong, J., Kasamatsu, C., Ong, E., Hoi, J.T., Loong, M.N. (2015). A study on sensory properties of sodium reduction and replacement in Asian food using difference-from-control test. *Food Science & Nutrition*, 4(3), 469-478.
- Luo, J., & Min, S. (2017). Postoperative pain management in the postanesthesia care unit: an update. *Journal of Pain Research*, 10, 2687-2698.

- Lacy, BE., Cangemi, D., Vazquez-Roque, M. (2021). Management of chronic abdominal distension and bloating. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 19(2), 219-231.
- Lafon, C., Lawson, L. (2012). Postoperative ileus in GI surgical patients: pathogenesis and interventions. *Gastrointestinal Nursing*, 10(2), 45.
- Lemone, P., Burke, K. (2004). Nursing care of clients with nutritional disorders. *Medical Surgical Nursing Critical Thinking in Clint Care*. Pearson Education International, 523-539.
- Lloyd-Price, J., Arze, C., Ananthakrishnan, AN *et al.* (2019). Multi-omics of the gut microbial ecosystem in inflammatory bowel diseases. *Nature*, 569, 655–662. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1237-9>.
- Lawrence, VA., John, E & Gerald w. Smetana, (2006). Strategies to reduce postoperative pulmonary complications after noncardiothoracic surgery: systematic review for the American college of physicians. *Annals of Internal Medicine*, 144(8), 596- 607.
- Moller, A., Tonnesen, H. (2006). Risk reduction: perioperative smoking intervention. *Best Practiseve Research, Clinical Anaesthesiology*, 20 (2), 237-248.
- Meydan Uygur, S., Baykan, E. (2007). Turizmin yerel kültür üzerindeki etkilerinin yöre halkı tarafından algılanması (ürgüp yöresine yönelik bir uygulama). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Eğitimi Bilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara.
- Melloul, E et al. (2020). Guidelines for perioperative care for pancreatoduodenectomy: Enhanced recovery after surgery (ERAS). *World J Surg*, 44(20), 56–208. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05462-w>.
- Mills, GH. (2018). Respiratory complications of anaesthesia. *Anaesthesia*, 73, 25-33.
- Maurício, SF., Da Silva, JB., Bering, T., Correia, MITD. (2013). Relationship between nutritional status and the Glasgow Prognostic Score in patients with colorectal cancer. *Nutrition*, 29(4), 625-9.
- Maurício, SF & et al. (2018). Different nutritional assessment tools as predictor of potperative complication in patients undergoing colorectal cancer resection. *Clinical Nutrition*, 37(5), 1505-1511.
- Miller, G.D., Jarvis, K.J., Mc Bean, L.D., (2000). Handbook of Dairy Foods and Nutrition, pp.4-24, Eds. Jensen RG, Kroger M, In: The Importance of Milk and Milk Products in the Diet, CRC Press, New York.
- Merdol, TK. (2020). Beslenme Antropolojisi. (4. baskı). Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
- Muz, G., Özdil, K., Erdoğan, G., Sezer, F. (2017). Water consumption and related factors in elderly people who lived in nursing home and home abstract. *Türk Hij Den Biyol Derg*, 74(su kongresi), 143-150.

- Mokhlesi, B., Hovda, MD., Vekhter, B, et al. (2013). Sleep-disordered breathing and postoperative outcomes after elective surgery: analysis of the nation wide inpatient sample. *Chest*, 144, 903.
- Mokhlesi, B., Hovda, MD., Vekhter, B, et al. (2013). Sleep-disordered breathing and postoperative outcomes after bariatric surgery: analysis of the nationwide inpatient sample. *Obes Surg*, 23, 1842.
- Müller, SA., Rahbari, N., Schneider, F. et al. (2012). Randomized clinical trial on the effect of coffee on postoperative ileus following elective colectomy. *British Journal of Surgery*, 99(11), 1530-1538. DOI:10.1002/bjs.8885.
- Mahey, R et al. (2017). A prospective study of risk factors for abdominal wound dehiscence. *Int Surg J*, 4(1), 24-28. DOI; <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20163983>.
- Maraş, G. ve ark. (2021). Meme kanserli hastalarda ameliyat sonrası bulantı kusma risk faktörleri ve önleme girişimleri. *CUSBED*, (6)1, 32-40. doi.org/10.51754/cusbed.738494
- Mc Daniel, J.C., Browning, K.K. (2014). Smoking, chronic wound healing, and implications for evidence-based practice. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 41(5), 415-E2.
- Nelson, M.E., Rejeski, W.J., Blair, S.N., Duncan, P.W., Judge, J.O., King, A.C., Macera, C.A., Castaneda- Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults. Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116, 1094-1105.
- Nelson, R., Edwards, S., Tse, B. (2007). Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*, 18, CD004929.
- Ongün, P., Ak, ES. (2020). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ERAS protokolüne yönelik bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Med J Bakirkoy*. 16(3), 287-94.
- Örsal, Ö. (2009). Sağlık yüksek okulu öğrencilerinin tütün mamulleri kullanma alışkanlıkları üzerine kesitsel bir çalışma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 30-40.
- Öncü, S. (2010). Postoperatif ateş: Enfeksiyon kaynaklı ateş. *ANKEM Derg*, 24(Ek 2), 89-91.
- Öncel, M. (2010). Ameliyat sonrası bakım ve erken dönem komplikasyonları. <http://www.tkracd.org.tr> Erişim Tarihi: 23.08.2015.
- Önsüz, M F ve ark. (2009). Sigara içen hastaların sigara paketlerinin üzerindeki uyarı yazıları hakkındaki görüşlerinin ve nikotin bağımlılık derecelerinin değerlendirilmesi. *Marmara Medical Journal*, 22(2), 111-122.
- Öntaş, E., Aslan, D. (2020). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması; Türkiye 2016 Verileri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Toplum için Bilgilendirme Dizisi (2018/2019-63). <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr>. Haziran 2020’de erişildi.

- Oflaz, F., Huriye Varol, H. (2010). Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg, 17(1), 1-7.
- Oflaz, F ve ark. (2010). Hemşirelerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini tanıma durumları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(1), 1-6.
- Okçay, H. (2009). İnsan ve kültürel yapı. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü Hemsirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, Çannakkale.
- Öğce, F. (2015). Ameliyathane Hemşireliği. Yavuz, M., Giersbergen, V & Kaymakçı, Ş. (Ed.), Yara İyileşmesi, Pansumanlar, Drenler (s. 549-565). İzmir: Meta Basım Matbacılık Hizmetleri.
- Özkan, İ., Adıbelli, D., İlaslan, E., Taylan, S. (2020). Üniversite öğrencilerinin obezite farkındalıkları ile beden kitle indeksleri arasındaki ilişki. ACU Sağlık Bil Derg, 11(1),120-126.
- Özkan, AS. (2012). Hipertansiyon ve hipertansif hastalarda anestezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2, 6-8.
- Özalp, Ş., Dikmen, Y. (2021). Gereksiz kullanılan kalıcı üriner kateterlerin sonlandırılması için hatırlatıcı müdahale yöntemleri. Sakarya Üniversitesi, Holistik Sağlık Dergisi (SAUHSD), 4(1), 28-45.
- Özer, N., Kılıçkap, M., Tokgözoğlu, L., Göksülük, H., Karaaslan, D., Kayıkçıoğlu, M., Birhan Yılmaz, M., Barçın, C., Abacı, A., Şahin, M. (2018). Türkiye’de sigara tüketimi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analizve meta-regresyonu. Türk Kardiyol Dern Ars, 46(7), 602-612.
- Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergis, (3), 7.
- Özyıldız, A., Bayraktar, N. (2006). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının gereksinimi. Yüksek lisans Tezi, Ankara Hacettepe Üniversitesi.
- O’Malley, RB., Revels, JW. (2020). Imaging of abdominal postoperative complications. Radiologic Clinics of North America, 58(1), 73–91.
- Orr, PM., Shank, BC., Black, AC. (2017). The Role of pain classification systems in pain management. Crit Care Nurs Clin North Am, 29(4), 407-418.
- Özku izveren, A., Dal, Ü. (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 36-46.
- Öztürk Durmaz, Ş., Sümer Coşkun, A. (2020). Yeni açılan bir devlet hastanesinde perioperatif antibiyotik profilaksi uygulamalarının gözden geçirilmesi. Akd Tıp Dergisi, 3, 351-6.

- Öztürk Can, H., Demirel Bozkurt, Ö., Oran, NT. (2009). Kültür ve üreme sağlığı. Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu- Bornova, İzmir Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, 9-11 Nisan Çanakkale.
- Öztürk, Ö., Yılmaz, İ., Akkaya, A. (2012). The attitudes of surgeons concerning preoperative smoking cessation: a questionnaire study, *Hippokratia*, 16(2), 124-129.
- Özmen, H., Aydın, B., Titiz, L., Derici, D. (2020). Uyandırma odasında hasta takibinde modifiye Aldrete Skoring Sistemi (MASS) ile çalışmanın postoperatif komplikasyon görülme sıklığı üzerine etkisi: Retrospektif Çalışma. *JARSS*, 28(3), 188-93.
- Özpalas, B., Ayşe Özer, E. (2017). Effects of caffeine on human health. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 6, 297-305. Doi: 10.17100/Nevbiltek.331845.
- Orbach-Zinger, S., Fireman, A., Ben-Haroush, T., Karoush, Z. Klein, N., Mazarib, A., Artyukh, R., Chen, A., Ioscovich, LA., Eidelman, R., Landau. (2017). Preoperative sleep quality predicts postoperative pain after planned caesarean delivery. *European Journal of Pain*, 21(5), 787-794.
- Pouwels, S., Stokmans, RA., Willigendael, EM., Nienhuijs, SW., Rosman, C., Ramshorst, VB. et al. (2014). Preoperative exercise therapy for elective major abdominal surgery: a systematic review. *International journal of surgery*, 12(2), 134-40.
- Pierre, S., Whelan, R. (2013). Nausea and vomiting after surgery. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 13, 1-5.
- Park, DJ., Lee, HJ., Kim, HH., Yang, HK., Lee, KU., Choe, KJ. (2005). Predictors of operative morbidity and mortality in gastric cancer surgery. *Br J Surg*, 92, 1099-1102.
- Phutsisen, J., Kietpeerakool, C., Jampathong, N, et al. (2019). Effects of Cassia Alata Linn on bowel function recovery following surgery for gynecological cancer: a randomized controlled trial. *Complement Ther Med*, 47, 1-5. DOI:10.1016/j.ctim.2019.102222.
- Paudel, P., Ghimire, S., Rai, S., Pradhan, G., Shrestha, S., Bhattachan, C. (2019). Nutritional risk assessment in patient undergoing major gastrointestinal surgeries. *Journal of Institute of Medicine*, 42(2).
- Pala, N. (2010). Ameliyathane kaynaklı cerrahi alan infeksiyonlarından korunmada ameliyathane hemşirelerinin aldıkları önlemler. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Pazar, B., Yava, A. (2013). Post-surgical operation care by application of an early warning scoring system and nursing guidan. *Turk J Anaesth Reanim*, 41(6), 216-222. DOI:10.5152/TJAR.2013.37.
- Pham, NV., Cox-Reijven, PLM., Greve, JW et al. (2006). Application of subjective global assessment as a screening tool for malnutrition in surgical patients in Vietnam. *Clinical Nutrition*, 25(1), 102-108.

- Ploegmakers, IB., Olde Damink, SW et al. (2017). Alternatives to antibiotics for prevention of surgical infection. *Br J Surg*, 104, 24-33.
- Persil, Ö. (2004). *Nutrisyonel Gereksinimler İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyum Dizisi*, 41, 27-38.
- Pridanta, IPS., Kholili, U., Nusi, IA., Setiawan, PB., Purbayu, H., Sugihartono, T et al. (2017). Recent pathophysiology and therapy for paralytic ileus. In *Proceedings of Surabaya International Physiology Seminar-SIPS*, 477-481.
- Pala, V., Sieri, S. (2011). Yogurt consumption and risk of colorectal cancer in the Italian European prospective investigation into cancer and nutrition cohort. *Int. J. Cancer*, 129, 2712– 2719.
- Pekcan, G. (2018). *Beslenme durumunun saptanması*. Baysal, A. editörler. *Diyet El Kitabı*. 10. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Price, L. ve ark. (2019). Multi-omics of the gut microbial ecosystem in inflammatory bowel diseases. *Nature*, 569. doi.org/10.1038/s41586-019-1237-9.
- Qvistgaard, M., Lovebo, J., Almerud-Österberg, S. (2019). Intraoperative prevention of surgical site infections as experienced by operating room nurses. *Int J Qualit Stud on Health Well-Being*, vol.14, 1632109 <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1632109>.
- Ramshorst, GH., Nieuwenhuizen, J., Hop, WC., Arends, P., Boom, J., Jeekel, J., & Lange, JF. (2010). Abdominal wound dehiscence in adults: Development and validation of a risk model. *World Journal of Surgery*, 34(1), 20-27.
- Rakıcıoğlu, N. (2009). Yaşlılık döneminde sağlıklı beslenme. http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/20.
- Rosborg, I., Kozisek, F. (Ed.). (2019). *Drinking water minerals and mineral balance: Importance, health significance, safety precautions* (2nd ed.). Springer International Publishing.
- Ryan, AM., Power, DG., Daly, L., Cushen, SJ., Ni Bhuachalla, E., Prado, CM. (2016). Cancer associated malnutrition, cachexia and sarcopenia: the skeleton in the hospital closet 40 years later. *Proc Nutr Soc*, 75(2), 199-211.
- Rakıcıoğlu, N. (2006). Yaşlılara verilen beslenmeye yönelik hizmetler, *Temel Geriatri*, (Ed. Kutsal Gökçe, Y), Güneş Tıp Kitapevi Kırt. Tic. Ltd. Şti. Ankara.
- Şen, MA., Ceylan, A., Kurt, ME., Palancı, Y., Adın, C. (2017). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler, *Dicle Tıp Dergisi*, 44(1), 1-11.
- Şara, Y. (2020). *Gastrointestinal sistem ameliyatlı hastalarda bağırsak fonksiyonlarının başlamasında sallanan sandalye hareketinin etkisi*. Yüksek lisans tezi. Eskişehir, Osmangazi üniversitesi.

- Şen, M. (2017). Süt toplam yağının türk ve AB standartlarına uygunluklarının belirlenmesi üzerine yapılan araştırmalar. (5)1, ISSN: 2148-0273.
- Şahin, S. (2011). Malnutrisyonun önemi, sonuçları, tarama ve tanı yöntemleri. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları . Akademik Geriatri Derneği Kongre Kitabı, Antaliya.
- Stephenson, SJ., Jiwanmall, M., Cherian, NE., Kamakshi, S., Williams, A. (2021). Reduction in post-operative nausea and vomiting (PONV) by preoperative risk stratification and adherence to a standardized anti emetic prophylaxis protocol in the day-care surgical population. J Family Med Prim Care, 10(2), 865-870.
- Smeltzer S.C, et al. (2007). Brunner-Suddarth's; Text book of Medical-Surgical Nursing; Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, H., Smith, E & Simith, B. (2012). Postoperative nausea and vomiting. Ann Palliat Med, 1(2), 94-102. doi: 10.3978/j.issn.2224- 5820.2012.07.05.
- Smith, RL., Bohl, JK., Mc Elearney, ST., Friel, ChM., Barclay, MM., Sawyer, RG., Foley, EF. (2004). Wound infection after elective colorectal resection. Ann Surg, 239(5), 599–607.
- Saraçoğlu, A., Yavru, A., Küçükgöncü, S., Tüzüner, F., Karadeniz, M., Başaran, B., Mert Şentürk, N. (2014). Predictive factors involved in development of postoperative pulmonary complications. Turk J Anaesth Reanim, 25(1), 313-319.
- Scott, M. J., Baldini, G., Fearon, K., Feldheiser, A., Feldman, L., Gan, T., Carli, F. (2015). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 59(10), 1212-1231.
- Shaikh, S. I., Nagarekha, D., Hegade, G., Marutheesh, M. (2016). Postoperative nausea and vomiting: A simple yet complex problem. Anesthesia: Essays and Researches, 10(3), 388-96.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., Cheever, K. H. (2010). Perioperative concepts and nursing management. Brunner & Suddarth's. Textbook of Medical Surgical Nursing (s. 422-482), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sevim, E., Çelik, İ., ESER Karlıdağa, G. (2011). Fırat Üniversitesi hastanesi yoğun bakım ünitelerinde gelişen nozokomiyal sepsiste mortalite için risk faktörleri, Fırat Tıp Dergisi, 16(2), 71-77.
- Schroeder, C., Bush, VE., Norcliffe, LJ., Luft, FC., Tank, J., Jordan, J, et al. (2002). Water drinking acutely improves orthostatic tolerance in healthy subjects. Circulation, 106, 2806-2811.
- Saylam, B., Gamsızkan, Z., Düzgün, AP., Vasfi Özer, M., Faruk Coflkun, F. (2009). Abdominal operasyonlarda mortalite ve morbiditeye etki eden faktörler. Bakırköy Tıp Dergisi, 5, 153-159.

- Sönmezer, H., Çetinkay, F., Naçar, M. (2012). Kayseri ilinde seçilmiş kentsel bir bölgede kadınların olumlu sağlık davranışları. TAF Prev Med Bull, 11 (5), 521-528.
- Sarı, Şi., Güldemir, HH. (2019). Yaşlı beslenmesi. 10.Ulusal Yaşlılık Kongresi 25-27 Nisan Denizli. Kongre Bildiri Kitabı. ISBN 978-975-6992-86-9.
- Sellers, D., Srinivas, C., Djaiani, G. (2018). Cardiovascular complications after non-cardiac surgery. Anaesthesia, 73, 34-42.
- Smetana, GW., Lawrence, VA., Cornell, JE. (2006). Preoperative pulmonary risk stratification for noncardiothoracic surgery: systematic review for the American College of Physicians. Ann Intern Med, 144, 581-95.
- Şaşmaz, T., Buğdaycı, R., Toros, F., Kurt, A.Ö., Tezcan, H., Öner, S., Çamdeviren, H. (2006). Ergenlerde alkol içme prevalansı ve olası risk faktörleri: Okul Tabanlı, Kesitsel bir çalışma. TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(2), 94-104.
- Sözen, KK. (2020). Ameliyat sonrası derlenme ünitesinde görülen erken dönem komplikasyonlarının değerlendirilmesi. Çukurova Anestezi ve Cerrahi Bilimler Dergisi, 3, 212-222.
- Sherif, L., Hegde, R., Mariswami, M, Ollapally, A. (2015). Validation of the Apfel Scoring System for identification of high risk patients for PONV. Karnataka Anaesthesia Journal, 1(3), 115-117.
- Şahutoğlu, C., Karaca, N., Karaman, S., Seden, N ve ark. (2021). Gününbirlik anestezi uygulamalarımız ve gelişen komplikasyonlar. Ege Tıp Dergisi, 60 (4), 354-364.
- Shoar, S., Naderan, M., Aghajani, M., Sahimi-Izadian, E., Hosseini-Araghi, N., Khorgami, Z. (2016). Prevalence and determinants of depression and anxiety symptoms in surgical patients. Oman Medical Journal, 31(3), 176–181.
- Şakar, S. (2012). Çevre ve Halk Sağlığı Ders Notları. Yıldız Teknik Üniversitesi. 2011-2012 Eğitim Öğretim Yılı.
- Şimşek, H., Dilek Öztoprak, D., İkizoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö., Onur, Ö., Tekel Ş., Çiftçi, Ş. (2012). Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler, 26(3), 151 – 157.
- Şimşek, Ç., Piyal, B., Tüzün, H., Çakmak, D., Turan, H., Seyrek. (2010). Ankara il merkezindeki bazı lise öğrencilerinde kişisel hijyen davranışları. Taf Prev Med Bull, 9 (5), 433-440.
- Şimşek, MŞ., Çelik, A., Akgemci, T. (2015). Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış, Eğitim Yayınevi.
- Şimşek, M., İkinci, A. (2017). Narın (*Punica granatum* L.) İnsan Sağlığına Etkileri. Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi. 21(4), 494-506. DOI: 10.29050/harranziraat.326923

- Seyhan, AK . E., Pınar Ongün, P., Şenel, Ç., Çağrı Kızılay, Y. (2022). Majör ürolojik cerrahi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası ağrı düzeyinin uyku kalitesine etkisini. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 10(3), 992-1003.
- Seyhan, AK., Özbaş, E. (2019). Prostat kanserinin ameliyat sonrası bakımında güncel yaklaşımlar. Journal of Academic Research in Nursing (JAREN), 5(1), 81-89.
- Şahin, H., Ok, E., Mercanlıgil, SM. (2008). Operasyonda obezitenin oluşturduğu riskler. Ulusal Cerrahi Dergisi, 24(4), 208-214.
- Schitteck, GA., Schwantzer, G., Zoidl, P et al. (2020). Adult patients' wellbeing and disturbances during early recovery in the post anaesthesia care unit. A cross-sectional study. Intensive Crit Care Nurs, 61, 102912.
- Şener Özalp, Ş., Dikmen, Y. (2021). Gereksiz kullanılan kalıcı üriner kateterlerin sonlandırılması için hatırlatıcı müdahale yöntemleri. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi (SAUHSD), 4(1), 28-45.
- Şireli, UT., Erol, İ., Şahin, S., Terzi, G., Gürbüz, OA. (2002). Tavuk kıyma, köfte ve burgerlerinde *Listeria* türlerinin varlığı ve kontaminasyon düzeyinin belirlenmesi. Tr J Vet Anim Sci, 26, 1271-1276.
- Şireli, U., Onaran, B. (2012). Yoğurt ve yoğurdun insan sağlığı açısından yararları, Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi, Gıda Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı. <https://www.asuder.org.tr/wp-content/uploads/2016/03/yogurt.pdf>
- Su, X., Wang, DX. (2018). Improve postoperative sleep: what can we do?. Current Opinion in Anaesthesiology, 31(1), 83.
- Schmulson, MJ., Drossman, DA. (2017). What Is New in Rome IV. J Neurogastroenterol Motil, 23(2), 151-163.
- Sarkar, S., Shravan Gedam, B. (2020). Postoperative fever in patients undergoing elective surgeries-etiology, investigations, management: a longitudinal study. International Surgery Journal, 7(9), 2929-2932. <http://www.ijurgery.com>
- Şahin, M. (2018). Türkiye’de sigara tüketimi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. Türk Kardiyol Dern Ars, 46(7), 602-612.
- Sanrı, B. (2014). İstanbul tip fakültesi diyet polikliniğine başvuran hastalarda sık görülen hastalıkların belirlenmesi. Başkent üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü beslenme ve diyetetik bölümü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M., Çertuğ, A. (2013). Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim, 41, 44-9.

- Taşdemir, N., Şenol Çelik, S. (2010). Hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 26(3), 23-31.
- Türker, P.F., Hoca, M. (2017). Kıbrıs Gazimağusa’da yaşayan yaşlı bireylerin beslenme alışkanlıkları, beslenme durumları ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Bes Diy Derg, 45(1), 44-52.
- Totur Dikmen, B., Dal Yılmaz, Ü. (2019). Ameliyat sonrası solunum sistemi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 1-7.
- Topçu, Y S., Öztekin, SD. (2019). Ameliyat sonrası sıvı-elektrolit dengesi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 16-23.
- Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015”. (2016). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031, Ankara.
- Talas, M. (2007). Tarihi süreçte türk beslenme kültürü ve Mehmet Eröz’e göre türk yemekleri. İnönü Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü. Türkiyat Araştırmaları Dergisi.
- Tekbaş, Ö. F., Han Açıkel, C., Erkuvan, E., Özkara, B., Alp, İ., Karademir, İ., Kara, H., Tunç, E. (2006). Genç erişkin erkekler arasında nikotin bağımlılığı, sigara içme sıklığı ve bunları etkileyen faktörler . TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(2).
- Taşdelen Fişgin, N., Tanyel, E., Topgül, K., Sarıkaya1, H., Doğancı, L., Tülek, N. (2008). Kolon cerrahisi uygulanan hastalarda gelişen cerrahi alan infeksiyonları ve risk faktörleri. İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection), 22 (3), 141-145.
- Tuna oran, N., San turgay, A. (2006). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık davranışları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 22 (1), 281-291.
- Taş, A., B ilgin-Kahveci, P., Evci-Kiraz, ED. (2020). Bir tıp fakültesinde klinik öncesi eğitim alan öğrencilerin içme kullanma suyu tercihleri ve nedenleri. Türk Hij Den Biyol Derg, 77(EK4: Su ve Sağlık), 179-186.
- Topcu, R., Sezikli, İ., Kendirci, M., Şahiner, İT. (2021). Ostomi kapatılan hastalarda negatif basınçlı insizyon yönetim sistemi kullanımının etkinliği. Turk J Clin Lab, 4, 379-384.
- Tortumluoglu, G., Okanlı, A., Özer, N. (2004). Hemsirelik bakımında kültürel yaklaşım ve önemi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, (1) 1.
- Turgul, Ö., Doğan, F., Mandıracıoğlu, A., Lülecı, E. (2002). Sağlığı geliştirici davranışların değerlendirilmesi amacıyla çok boyutlu sağlık anketi (ÇSA)’ nin Bausel ölçeği ile birlikte uygulanması. Ege Tıp Dergisi, 241(2), 91-95.
- Taşçı, S. (2009). Kültür ve Sağlık. Hemşirelik ve Ebelik Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyunu, Çanakkale.

- Tosun, İ ve ark. (2005). Çay ve çay fenoliklerinin antioksidan aktivitesi. J. of Fac. of Agric. OMU, 20(1),78-83.
- Tissot, E., Limat, S., Cornette, C. et al. (2001). Risk factors for catheter-associated bacteriuria in a medical intensive care unit. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 20, 260-2.
- Tanyer, Ş, (2009).Cerrahi Haslıkları ve Hemşireliği, Ofset Matbaacılık, Konya.
- Turan, A. et al. (2011). Smoking and Perioperative Outcomes. Anesthesiology, 114, 837– 46.
- Usta, E., Aygin, D. (2015). Yaşlı hastanın ameliyat sonrası bakımı neden farklı olmalı? Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5 (3), 59-65.
- Usta, E., Çavdar, İ. (2013). Obezite cerrahisinde (Bariyatrik Cerrahi) hemşirelik bakımı Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2(2), 71-77.
- Usta, E., Akyolcu, N. (2014). Cerrahi hemşirelerinin fazla kilolu/ obez hasta bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. F.N. Hem. Derg. 22 (1), 1-7. ISSN 2147-4923.
- Uras, C. (2010). Genel Cerrahi Ders kitabı. Editor; Ertuğrul Göksoy., Cilt 1. İst.Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 158-178.
- Ünver, S., Yıldız Fındık, Ü. (2019). Ameliyat sonrası gastrointestinal sistem komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 30-6.
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: insan, çevre, sağlık & hastalık, Hemşirelik Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 11-25.
- Ulusoy, K. (2009). Sosyal bilgiler dersi kültür ve miras öğrenme alanının işlenişinin 4. ve 5. sınıf öğrencileri tarafından değerlendirilmesi. Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi, 18, 1-26.
- Üstün, Y., Çınar Yücel, Ş. (2011). Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 4(1), 29-38.
- Ünüvar, S. (2007). Nikotin toksisitesi üzerine seçici Siklooksijenaz-2 inhibisyonunun etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Farmakoloji Anabilim Dalı, İnönü Üniversitesi.
- Uğurlu, AK., Şahin, SK., Seçginli, S., Aslan, FE. (2017). Ameliyat sonrası ilk 24 saatte erken ayağa kaldırmanın hızlı iyileşmeye etkisi: Sistemik Derleme. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 9(4), 280-8.
- Ünsal, A. (2019). Beslenmenin önemi ve temel besin öğeleri. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 1-10.
- Ünal, B., Ergör, G., Dinç Horasan, G., Kalaça, S., Sözmen, K. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayını, 909.

- Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A., Er korkmaz, Ü. (2007). Meslek yüksek okullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz- bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14 (2), 101-109.
- Uzman, S., Dönmez, T. (2017). Rejyonal anestezi altında laparoskopik abdominal cerrahi: Bir retrospektif değerlendirme. Haseki Tıp Bülteni, 55(3), 205-11.
- Uysal, E., Akbörü, MH. (2020). Kanser hastalarında görülen malnütrisyon, sarkopeni ve kaşeksi nedenleri. Türk J Oncol, 35 (1), 17–21. doi: 10.5505/tjo.2021.2733.
- Vermişli, S., Çam, K. (2015). Ürolojik radikal cerrahi sonrası erken mobilizasyonun etkiliği. Bulletin of Urooncology, 14, 324-326.
- Van den Broek, PJ., Wille, JC., Van Benthem, BHB., Rom, JM., Perenboom., Melske van den., Akker., Niel-Weise, B. (2011). Urethral catheters: Can we reduce use? BMC Urology, 11 (10), 2-7.
- Velázquez-Moctezuma, J., Esqueda-León, E., Ibarra-Coronado, E.G. (2010). Reciprocal relationship between sleep and the immune respons: A Survey. The Open Neuroendocrinology Journal, 3, 215-220.
- Velasquez, A., Michelle, V., Conde, MV., & Lawrenc, V. (2013). Perioperative pulmonary risk evaluation and management for non-cardiothoracic surgery; Medical Management of the Surgical Patient, A Textbook Perioperative Medicine, Fifth Edition; Cambridge University Press, 133-146.
- WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, third edition. Geneva: 2019.
- World Health Organization, Global Database on Body Mass Index. [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 28 Şubat 2019]. Erişim adresi: <https://www.who.int/nutrition/databases/bmi/en/>
- Weingarten, TN., Bergan, TS., Narr, BJ., Schroeder, DR., & Sprung, J. (2015). Effects of changes in intraoperative management on recovery from anesthesia: a review of practice improvement initiative. BMC Anesthesiology, 54.
- Weinhouse, GL, Schwab, RJ. (2006). Sleep in the critically ill patient, Sleep, 29(5), 707-716.
- Weledji EP. (2020). Perspectives on paralytic ileus. Acute Medicine & Surgery, 7(1), E573.
- Wakasugi, M., Suzuki, Y., Tei, M. et al. (2020). Effects of Daikenchuto on postoperative gastrointestinal motility in colorectal carcinoma patients with abdominal pain and distension: a prospective, randomized trial. Surg Today, 50,1524-1529. <https://doi.org/10.1007/s00595-020-02052-0>
- Wahyuni, S., Wahyuni, A., Tarigan, R., & Syarifah, S. (2019). Effect of early ambulation to peristaltic activity of abdominal postoperative patients in Medan City Hospital, Indonesia. Journal of Physics, 1-5.

- Weimann, A., Braga, M., Carli, F., Higashiguchi, T., Hübner, M., Klek, S. et al. (2017). ESPEN guideline: clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition*, 36(3), 623-50.
- Walsh, SR., Tang, T., Wijewardena, CH., Yarham, SI., Boyle, JR., Gaunt, ME. (2007). Postoperative arrhythmias in general surgical patients. *Ann R Coll Surg Engl (The Royal College of Surgeons of England)*, 89, 91–95.
- Wang, Z.X., Jiang, CP., Cao, Y., Ding, YT. (2013). Systematic review and meta-analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical-site infection. *British Journal of Surgery*, 100(4), 465-473.
- Wald, HL, Ma, A., Bratzler, DW. et al. (2008). Indwelling urinary catheter use in the postoperative period: analysis of the national surgical infection prevention project data. *ArchSurg*, 143, 551-7.
- Yang, CS., Maliakal, P., Meng, X. (2002). Inhibition of carcinogenesis by tea. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 42, 25-54.
- Yaban Zuleyha, S., Karaoz, S. (2016). Postoperative urinary retention and nursing approaches. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 1154-1161.
- Yentür, E. (2011). Beslenme durumunun değerlendirilmesi İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Klinik Gelişim, 24, 1-4.
- Yavaşcaoglu, B., Nurkaya, F., Özcan, B., Uzunalioğlu, S., Güven, T., Yazıcı, Ş., Ocakoğlu, G. (2009). Erişkinlerde anestezi sonrası görülen komplikasyonların, retrospektif değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 35(2), 73-78.
- Yağcı, Ü., Saygin, M. (2019). Ağrı fizyopatolojisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 209-220.
- Yıldırım Çavak, B. (2022). Yaşlılık döneminde dehidratasyon riski ve yaşlılarda su tüketiminin önemi. *Karya J Health Sci*, 3(1), 35-39.
- Yılmaz, Y. (2009). Alkol bağımlılığının nörofizyolojisi. *Cerrahpaşa Öğrenci Bilimsel Dergisi*, 2(3).
- Yılmaz, M. ve ark. (2019). İlköğretim öğrencilerinde yaş ve cinsiyete göre obezite ve ilişkili özellikler obezite ve ilişkili faktörler. *JCP*, 17(1), 127-140.
- Yılmaz, A. ve ark. (2019). Ortaokul Öğrencilerinde Obezite Sıklığı, beslenme davranışları ve fiziksel aktivite düzeyleri. *Halk Sağlığı hemşireliği dergisi*, 1(3), 66-83.
- Yılmaz, F., Çağlayan, Ç. (2016). Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının, yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türk Aile Hek Derg*, 20(4), 129-140.
- Yardakçı, R., Akyolcu, N. (2004). Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1 (2).

- Yetkin, A., Yiğitbaş Ç. (2008). Sağlık yüksekokul birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin bireysel hijyen ile ilgili alışkanlıklarının karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2), 72-84.
- Yeşil, H., Eyigör, S. (2015). Yaşlılarda fizik aktivite ve hastalıklara etkisi. Ege Tıp Dergisi 54, 22-2.
- Yalçın, M., Argun, MŞ. (2017). Bitlis Eren Üniversitesi sağlık yüksekokulu öğrencilerinin süt ve süt ürünleri tüketim alışkanlıkları ve etkileyen faktörler. BEÜ Fen Bilimleri, 6(1), 51-60.
- Yalçınkaya, M., Özer, FG., Karamanoğlu, AY. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 409-420.
- Yıldız Fındık, Ü., Yıldızeli Topçu, S., Üstündağ, H., Coşkun, Ö. (2010). Cerrahi hastalarının hastanede sigara içme durumlarının belirlenmesi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 18(1), 26-32.
- Yılmazel, G., Çetinkaya, F., Naçar, M. (2012). Hemşirelik öğrencilerinde sağlığı geliştirme davranışları. Halk Sağlığı Etkinlikleri - Hasuder, 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi.
- Yavuz, M. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, A. Karadakovan, F. Eti Aslan (Ed.), Ameliyat Öncesi Bakım (s. 293-307). Adana: Nobel Kitabevi.
- Yıldız Fındık, Ü. (2016). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Eti Aslan (Ed.), Cerrahi Süreç: ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların önlenmesi. Ankara: Akademisyen Tıp.
- Yıldız Fındık, Ü., Yıldızeli Topçu, S. (2012). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 22-33.
- Yılmazlar, A. (2002) Sigaranın anestezi ve cerrahiye etkisi. Ozyardımcı, N. (Ed.). Sigara ve Sağlık. Bursa, 336-344.
- Yardımcı, H., Özçelik, AÖ., Sürücüoğlu. MS. (2011). Yaşlılarda hipertansiyon durumu ve beslenme alışkanlıkları. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 4, 15-27.
- Yin, X., Yang, L, Xiang, S., Wu, Y., Li, Q. (2019). Effectiveness of early postoperative oral hydration after colorectal surgery with general anesthesia: a prospective randomized controlled trial. Research Square. <https://www.researchsquare.com/article/rs-8066/v1>. Yayınlanma Tarihi 25 Kasım 2019. Erişim tarihi 5 Haziran 2021. doi: 10.21203/rs.2.17432/v1
- Zeki Günlüoğlu, M. (2010). Postoperatif pulmoner komplikasyonlar. Journal of Clinical and Analytical Medicine (JCAM), 516, 109-115.
- Zaybak, A., Fadiloğlu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20(1), 77-95.

- Zhao, R., Wang, Y., Huang, Y., Cui, Y., Xia, L., Rao, Z., Wu, X. & et al. (2017). Effects of fiber and probiotics on diarrhea associated with enteral nutrition in gastric cancer patients. *Medicine*, 96(43), e8418.
- Zhou CJ., Zhang FM., Zhang FY., Yu Z., Chen XL., Shen, X. et al. (2017). Sarcopenia: a new predictor of postoperative complications for elderly gastric cancer patients who underwent radical gastrectomy. *J Surg Res*, 211, 137-146.
- Zhang, L., Lu, Y., Fang, Y. (2014). Nutritional status and related factors of patients with advanced gastrointestinal cancer. *British Journal of Nutrition*, 111(7), 1239-44.
- Zeng, H., Lazarova, DL., Bordonaro, M. (2014). Mechanisms linking dietary fiber, gut microbiota and colon cancer prevention. *World J Gastrointest Oncol*, 6(2), 41-51.



10. ÖZGEÇMİŞ

Mina SADRADDİNİ 1964 yılında Tabriz İRAN ‘da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Tabriz’de tamamladı. 1993 yılında Tehran –İran Şahid Beheştî Tıp Bilimleri üniversitesi Hemşirelik Bölümü Lisans Programı, 2005 yılında Tehran İslami Azad üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans (Cerrahi ve İç Hastalıklar Hemşireliği programı) “*The effect of preoperative information on the emotional distress related to ventilator therapy and weaning in Iranian CABG cardiac surgery patients*” yönelik bir deneysel çalışma konulu tez çalışması ile yüksek lisans’dan mezun oldu.

1994 -1996 yılında Tabriz üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım servisinde servis hemşiresi olarak göreve yaptı ve 1991 yılından Tabriz İslami Azad Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi araştırma görevlisi olarak, 2006 yılından Tabriz İslami Azad Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başladı ve halen devam etmektedir.

Evli ve bir çocuk annesidir. İngilizce orta, Türkçe iyi ve Farsca mükemmel seviyede bilmektedir.

Email:

Cep:

Acil Hemşireleri Derneği'nin, 19 Nisan -21 Nisan 2013 tarihleri arasında düzenlediği, "II. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi" inde katılımcı.

27- 30 Nisan 2011 tarihleri arasında İstanbul Kongre Merkezinde düzenlenen 10. Ulusal Endoskopik Lapraoskopik Cerrahi Kongresi'inde katılımcı.

8- 9 Kasım 2010 tarihlerinde Yeditepe Üniversitesi Acil Tıp Toplantıları Afet Sempozyumu-1" e katılımcı.

23-27 Mayıs 2012 tarihleri arasında, Türk Cerrahi Derneği tarafından düzenlenen İzmir Kaya Otel'de düzenlenen "13.Cerrahi Hemşireliği Kongresi"ne katılımcı.

29 April, 2013 tarihinde Marmara Üniversitesi Reşat Kaynar Conferans salonu, Haydarpaşa, Sempodium on Personalized Medicine; Contribution of Genetic Factors to Therapeutic Outcome" katılımcı.

31 Ekim - 2 Kasım 2010 tarihinde İstanbul'da Düzenlenen " roloji Hemşireleri Derneği 4. Ulusal  roloji Hemşireliği Kongresi" inde katılımcı.

8-9 Nisan tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen, "1. Hepato Pankreato Bilier Cerrahi Hemşirelii kongresi" ne katılımcı.

23 Mayıs 2012 tarihinde, Türk Cerrahi Derneği tarafından düzenlenen "Anestezi Sonrası Bakım Kursu" na katılımcı.

23 Mayıs 2012 tarihinde, Türk Cerrahi Derneği tarafından düzenlenen "Sütür Materyalleri,  zelikleri ve kullanım Esasları kursu" na katılımcı.

11.EKLER

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU (EK-1)

Sayın katılımcı

“Cerrahi Hastalarının Sosyokültürel yapıları ve Bireysel Alışkanlıkları ile Ameliyat Sonrası Erken Dönem Komplikasyonlar Arasındaki İlişkiyi Değerlendirmesi” isimli bir çalışma yapıyoruz. Çalışmamıza katılarak vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacak olup şahsınıza ait bilgiler resmi ya da gayri resmi hiç bir kuruluşa verilmeyecekti. Ayrıca sizden gelecek istek doğrultusunda, sonuçlar sizlerle paylaşılacaktır.

Çalışmamıza katılmayı kabul ederek bize ve bilime verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla,

Uzm. Hem. Mina SADRADDİNİ

Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN

HASTA ONAY FORMU (EK-2)

Sayın katılımcı,

“Cerrahi Hastalarının Sosyokültürel yapıları ve Bireysel Alışkanlıkları ile Ameliyat Sonrası Erken Dönem Komplikasyonlar Arasındaki İlişkiyi Değerlendirmesi” başlıklı araştırma için vereceğiniz yanıtlar sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup, şahsınıza ait bilgiler resmi ya da gayri resmi hiç bir kuruluşa verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmayı kabul edip etmediğinizi aşağıda onayınıza sunuyoruz.

Saygılarımızla,

Evet kabul ediyorum:

Hayır Kabul etmiyorum:

Adı Soyadı :

Protokol Numarası:

Telefon Numarası :

İmza:

HASTAYA AİT BİLGİLERİ TOPLAMA FORMU (EK -3) :

Anket sıra No :

Yatış tarihi :

1. SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER :

- | | | | |
|---------|----------|------------------|-----------------------|
| 1. Yaş: | 1. 16-44 | 2. BKİ: 1. Zayıf | 3. Boy: 1. 150-165 cm |
| | 2. 45-64 | 2. Normal | 2. 166-175 cm |
| | 3. ≥ 65 | 3. kilolu | 3. ≥ 176 cm |
| | | 4. Obez | |

- | | | |
|------------------------------------|------------------------|----------|
| 4. Cinsiyet: | 1. Kadın | 2. Erkek |
| 5. Medeni durum: | 1. Bekar | 2. Evli |
| 6. Eğitim durumu: | | |
| 1. Okur yazar değil | 2. Okuma Yazma biliyor | |
| 3. İlk öğretim ve orta okul mezunu | 4. Lise mezunu | |
| 5.Önlisans mezunu | 6. Lisans mezunu | |
| 7. Yüksek Lisans ve üzeri | | |

- | | | |
|-------------------------------------|---------|----------|
| 7. Çalışıyormusunuz ? | 1. Evet | 2. Hayır |
| 8. Kronik bir hastalığınız var mı ? | 1. Evet | 2. Hayır |

Cevabınız evet ise hastalığınız nedir ?

- | | | |
|--------------------------|----------------------|------------|
| 8.1. Diyabettus Mellitus | 8.2. Kalp yetmezliği | 8.3. Astım |
| 8.4. Hipertansiyon | 8.5. KOAH | 8.6. Diğer |

- | | | |
|--------------------------------------|---------|----------|
| 9. Kullandığınız ilaç (lar) var mı ? | 1. Evet | 2. Hayır |
|--------------------------------------|---------|----------|

- | | | |
|--|---------|----------|
| 10. Daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi? | 1. Evet | 2. Hayır |
|--|---------|----------|

Uyku & Dinlenme

11. Genelde uyku probleminiz var mı?

- | | |
|------------------|----------|
| 1. Evet / kısmen | 2. Hayır |
|------------------|----------|

12. Cevabınız evet ya da kısmen ise uyku probleminiz nelerdir ?

1. Hiç bir zaman uyuyamıyorum
2. Uyku Saatım düzenli değil
3. Solunum sıkıntısı ile uyanma horlama,vb yaşıyorum

Beslenme

13. Yemeklerinizde ne kadar tuz kullanırsınız ?

1. Tuzsuz / Az tuzlu 2. Normal 3. Tuzlu 4. Aşırı tuzlu

14. Günde kaç bardak su içiyorsunuz?

1. **Tüketmiyor** / 1000 cc den az
2. 1000 cc ve üstü

15. Günde su dışında , çay , kahve , taze meyve suyu , süt, asitli içecekler alırmısınız?

1. Evet 2. Hayır

16. Günlük tüketilen çay miktarı

1. **Tüketmiyor** ya < 300 cc 2. ≥ 300 cc

17. Günlük tüketilen kahve miktarı

1. **Tüketmiyor** ya < 100 cc 2. ≥ 100 cc

18. Günlük tüketilen taze meyve suyu miktarı

1. **Tüketmiyor** ya < 300 cc 2. ≥ 300 cc

19. Günlük tüketilen süt ya ayran miktarı

1. **Tüketmiyor** ya < 300 cc 2. ≥ 300 cc

20. Günlük tüketilen asitli içecekler miktarı

1. **Tüketmiyor** ya < 300 cc 2. ≥ 300 cc

21. son 3 ayda kilonuzda değişik oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

22. Cevabınız evet ise kilo değişikliğin neye bağlı düşünüyorsunuz ?

1. **Hastalığa bağlı**
2. **Diyet yaptım**
3. **Bilmiyorum**
4. **Diğer**

Fiziksel Aktivite

23. Spor yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Yaptım, bıraktım

Alkol , Sigara , İlaç / madde bağımlılığı

24. Alkol alma alışkanlığınız var mı ?

- 1.Evet 2. Hayır

25. Sigara içiyor musunuz ?

1. Evet 2. Hayır

26. Cevabınız hayır ise hiç içmediniz mi ?

- 1. ≤ 5 yıl 2. 6-15 yıl 3. ≥ 16 yıl**

27. Cevabınız evet ise günlük ne kadar ?

- 1. ≤ 10 adet 2. 11-20 adet 3. ≥ 21 adet ve üzeri**

28. Kaç yıldır kullanıyorsunuz ?

- 1. ≤ 5 yıl 2. 6- 15 yıl 3. ≥ 16 yıl**

29. Eğer bıraktınız ise ne zaman bıraktınız ?

- 1. 1-6 Ay 2. 1-9 yıl 3. 10-20 yıl 4. ≥ 25**

AMELİYAT VE AMELİYAT SONRASI BİLGİ FORMU (EK-4) :

30. Hastaneye yatış nedeni

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. Mide CA | 15. Karın içi Kitle |
| 2. Rektum CA | 16. Barsak Adezyonu |
| 3. Pankreas CA | 17. Sigmoid Perforasyonu |
| 4. Kolon CA | 18. Mezanter İskemisi |
| 5. Kolesistit | 19. Crohn Hastalığı |
| 6. Appandisit | 20. Mide Perforasyonu |
| 7. Sefra Kesi Tm | 21. İnguinal Herni |
| 8. İleus (Kitle) | 22. Rektal Prolaps |
| 9. Travma | 23. Endometriyoma |
| 10. Kist Hidatik | 24. Surrenal. Tm |
| 11. Splenomegali | 25. Pilor Stenoza |
| 12. Böbrek. Tm | 26. Lenfoma |
| 13. Karaciğer. Tm | 27. Özofajit (Reflo, Dispepsi) |
| 14. FAP(Familial Adenomatous Polyposis) | 28. Bilier Striktür |

31 . Anestezi süresi ?

1. < 60 dk 2. 60-180 dk 3. 181-300 dk 4. > 300 dk

32. İdrar sondası takıldı mı ? 1. Evet 2. Hayır

33. Evet ise, ne kadar kaldı ?

1. ≤ 6 saat 2. 7-24 saat 3. 25-72 saat 4. > 72 saat

34. NGT kullanıldı mı ? 1. Evet 2. Hayır

35. Evet ise ne kadar kullanıldı ?

1. ≤ 6 saat 2. 7-24 saat 3. 25-72 saat 4. > 72 saat

36. Hastada komplikasyon gelişti mi? 1. Evet 2. Hayır

37. Ameliyatın kaçınıcı günü gelişti?

1. Birinci Gün 2. İkinci Gün 3. Üçüncü Gün

HASTADA GELİŞEN ERKEN DÖNEM KOMPLİKASYONLAR FORMU (EK- 5) :

38. ☐ Kardiyovaskuler komplikasyonlar:

- (38. 1) Ritim bozuklukları (Taşikardi, PAT, PVC,...) (38. 2) Kardiyak arrest
(38.3) Ameliyat sonrası kalp yetmezliği (38. 4) Hipertansiyon
(38. 5) Hipotansiyon (38.6) Tromboemboli (38. 7)Diğer

39. ☐ Solunum sistemi komplikasyonları :

- (39.1) Atektazi (39.2) Pulmuner Aspirasyon (39.3) Nefes Darlığı (39.4) Diğer

40. ☐ Gastrointestinal komplikasyonlar :

- Barsak tıkanıklığı : (40.1)Mekanik (40.2) Paralitik (40.3) Bulantı
(40.4) Kusma (40.5) Diğer

41. ☐ Üriner komplikasyonlar :

- (41.1) İdrar retansiyonu (41.2) Böbrek yetmezliği
(41.3) İdrar yolu enfeksiyonu (41.4) Diğer

42. ☐ Psikiyatrik komplikasyonlar :

- (42.1) Delirium (42.2) Duygusal bozukluk (42.3) Diğer

43. ☐ Diğer komplikasyonlar :

- (43.1) Şok (43.2) Kanama (34.3) Hypotermi (43.4) Titreme (43.5 Ateş)
(43.6 Diğer)

44. ☐ Yara yeri komplikasyonlar (Erken Dönem) :



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Cerrahi Hastalarının Sosyokültürel Yapıları ve Bireysel Alışkanlıkları ile Ameliyat Sonrası Erken Dönem Komplikasyonlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Mina SADRADDİNİ
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 16.11.2012-2

Sayın Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN

126 protokol nolu “Cerrahi Hastalarının Sosyokültürel Yapıları ve Bireysel Alışkanlıkları İle Ameliyat Sonrası Erken Dönem Komplikasyonlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” isimli projeniz Enstitümüzün Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı :
Konu : Klinik Araştırma

GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI/KLINİĞİ
SAĞLIK HİZMETLERİ SORUMLUSUNA

İlgi: 10.01.2013 tarih ve 2013/07 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız başhekimliğimizce incelenmiş olup Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Mina SADRADDİNİ'nin "Cerrahi Hastalarının Sosyokültürel Yapıları ve Bireysel Alışkanlıkları İle Ameliyat Sonrası Erken Dönem Komplikasyonlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" konulu projenin kliniğinizde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Fevzi Çakmak Mh. Mimar Sinan Cad. No: 41
Tel: 0 216 657 06 06-625 45 45
Yazı İşleri-Dahili:4448
Büro Sorumlusu:Mem.Gölsemin BOLAT

Faks: 625 4712

Üstkaynarca/Pendik/İSTANBUL
E-mail:yazisleri.marmara@gmail.com