



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ AMELİYATI SONRASI  
HASTALARA VERİLEN ILIK SUYUN  
GASTROİNTESTİNAL FONKSİYONLARA ETKİSİ**

TANSU AKKURT  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi ÖZLEM CAN GÜRKAN




İSTANBUL

2019


## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans  
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Tez Sahibi : Tansu AKKURT  
Tez Başlığı : Laparoskopik Histerektomi Ameliyatı Sonrası Hastalara Verilen İlk Suyun Gastrointestinal Fonksiyonlara Etkisi  
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Sınav Tarihi : 24.05.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Can GÜRKAN	Marmara Üniversitesi	
Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ	Marmara Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Hacer ATAMAN	<i>İstanbul</i> Medeniyet Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...~~12/2019~~.../2019 tarih ve 146 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

- Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.
- Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

## **I. 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 çalışmasıyla 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 olmadığını beyan ederim.

Tansu AKKURT

## II. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve araştırma sürecinin her aşamasında yanımda olup bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, akademisyenliğinin yanında hayat görüşü ile de rol model olan ve yoluma ışık tutan çok değerli danışman hocam Sn. Dr. Öğr. Üyesi Özlem Can Gürkan'a,

Çalışmanın yapılmasına destek veren İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ateş Karateke'ye ve araştırma süresince klinik danışmanlık yapan Doç. Dr. Mesut Polat'a,

Yoğun ve yorucu çalışma koşullarına rağmen tez süresince desteklerini esirgemeyen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniği Jinekoloji Servisi hemşire ve ebelerine,

Her türlü zorlukta yanımda olup umutsuzluğa düştüğüm her anda yanımda olduklarını hissettiren ve bugünlere gelmemde sonsuz emeği olan babam Kazim Akkurt'a, annem Şerife Akkurt'a, abim Emrah Akkurt'a ve ablalarım Ebru Başer ve Aysel Sarıbaş'a,

Çalışmaya katılmayı kabul edip çalışmanın tamamlanmasında pay sahibi olan tüm katılımcılara,

Bu zorlu ama bir o kadar da güzel olan süreçte yanımda olan, katkı sağlayan, destek veren herkese teşekkür ederim

Tansu Akkurt

### III. İÇİNDEKİLER

IV. KISALTMA VE SİMGELER.....	v
V. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ.....	vi
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
3.1. Problemin Tanımı.....	3
3.2. Araştırmanın Amacı.....	5
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Histerektomi Tanımı ve Tarihçesi.....	6
4.2. Histerektomi Endikasyonları.....	8
4.3. Histerektomi Tipleri.....	9
4.3.1. Abdominal Histerektomi .....	9
4.3.2. Vajinal Histerektomi.....	11
4.3.3. Laparoskopik Histerektomi.....	12
4.3.3.1. Tanımı ve Tarihçesi.....	12
4.3.3.2. Laparoskopik Histerektomi Sıklığı.....	13
4.3.3.3. Endikasyonları ve Hasta Kriterleri.....	14
4.3.3.4. Laparoskopik Histerektominin Abdominal ve Vajinal Histerektomiye Göre Avantajları ve Dezavantajları.....	14
4.3.3.5. Laparoskopik Histerektomi Sonrası Gastrointestinal Komplikasyonlar.....	15
4.3.3.6. Laparoskopik Histerektomi Sonrası Oluşabilecek Gastrointestinal Komplikasyonlara Yönelik Tıbbi Tedavi, Hemşirelik Uygulamaları ve Hemşirelik Bakımı.....	19
4.4. Çalışmanın Hemşirelik Mesleği Açısından Önemi.....	30
5. GEREÇ VE YÖNTEM .....	31
5.1. Araştırmanın Amacı.....	31
5.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	31
5.3. Araştırmanın Şekli.....	31
5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	31

5.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	32
5.5.1. Örneklem Dâhil Edilme Kriterleri.....	33
5.5.2. Örneklem Dâhil Edilmeme Kriterleri.....	33
5.5.3. Çalışma Dışı Bırakılma Kriterleri.....	34
5.6.Veri Toplama Araçları.....	34
5.6.1. Anket Formu.....	34
5.6.2. Hasta Takip ve Değerlendirme Formu.....	34
5.7.Verilerin Toplanma Aşamaları.....	35
5.7.1. Deney grubu aşamaları.....	35
5.7.2. Kontrol grubu aşamaları.....	36
5.8.Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
5.9.Araştırmanın Etik Yönü .....	38
5.10.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler.....	38
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>40</b>
6.1.Gruplardaki Katılımcıların Demografik Özellikleri, Geçmiş Cerrahi ve Özgeçmişleri ile İlgili Bulgular.....	40
6.2.Ameliyat ve Takip Sürecinde Yapılan Uygulamalar ile İlgili Bulgular.....	47
6.3. Ilık Suyun Gastrointestinal Sistem Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulgular.....	50
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>58</b>
7.1.Gruplardaki Katılımcıların Demografik Özellikleri, Geçmiş Cerrahi ve Özgeçmişleri ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	58
7.2.Ameliyat ve Takip Sürecinde Yapılan Uygulamalar ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	61
7.3. Ilık Suyun Gastrointestinal Sistem Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	62
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>67</b>
<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>69</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>88</b>
<b>11. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>98</b>

#### **IV. KISALTMA VE SİMGELER**

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ACOG:** The American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)

**CO<sub>2</sub>:** Karbondioksit

**ERAS:** Enhanced Recovery After Surgery (Ameliyat Sonrası İyileşmenin Geliştirilmesi)

**GİS:** Gastrointestinal Sistem

**HTDF:** Hasta Takip ve Değerlendirme Formu

**İBS:** İrritabl Bağırsak Sendromu

**TAH BSO:** Total Abdominal Histerektomi ve Bilateral Salfingo-Ooferektomi

**TLH BSO:** Total Laparoskopik Histerektomi ve Bilateral Salfingo-Ooferektomi

**yy:** yüzyıl

## V. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ

**Tablo 1.** Gruplardaki katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımlarının karşılaştırılması

**Tablo 2.** Gruplardaki katılımcıların sağlıkla ilişkili özelliklerinin dağılımlarının karşılaştırılması

**Tablo 3.** Gruplardaki katılımcıların ameliyattan önceki bağırsak alışkanlıklarının dağılımlarının gruplar arasında karşılaştırılması

**Tablo 4.** Gruplardaki katılımcıların abdominal cerrahi ameliyatı geçirme durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması

**Tablo 5.** Gruplardaki katılımcıların geçmişte abdominal cerrahi sonrası bulantı yaşama durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması ve bulantı ile baş etmede kullandıkları yöntemler

**Tablo 6.** Gruplardaki katılımcıların geçmişte abdominal cerrahi sonrası kusma yaşama durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması ve kusma ile baş etmede kullandıkları yöntemler

**Tablo 7.** Gruplardaki katılımcıların geçmişte abdominal cerrahi sonrası gaz sancısı yaşama durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması ve gaz sancısı ile baş etmede kullandıkları yöntemler

**Tablo 8.** Gruplardaki katılımcıların geçmişte abdominal cerrahi sonrası şişkinlik yaşama durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması ve şişkinlik ile baş etmede kullandıkları yöntemler

**Tablo 9.** Gruplardaki katılımcılara laporoskopik histerektomi ameliyatı yapılma nedenlerinin ve ameliyat sürelerinin karşılaştırılması

**Tablo 10.** Gruplardaki katılımcıların postoperatif dönemde mobilize olma sayılarının dağılımlarının gruplar arasında karşılaştırılması

**Tablo 11.** Gruplardaki katılımcıların post op mobilizasyon durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması

**Tablo 12.** Gruplardaki katılımcılara postoperatif dönemde contramal yapılma durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması

**Tablo 13.** Gruplardaki katılımcıların post op bulantı yaşama durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması

**Tablo 14.** Gruplardaki katılımcıların post op kusma yaşama durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması

**Tablo 15.** Gruplardaki katılımcıların post op bağırsak hareketlerinin gruplar arasında karşılaştırılması

**Tablo 16.** Gruplardaki katılımcıların post op gaz çıkarma durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması

**Tablo 17.** Gruplardaki katılımcıların post op gaita çıkarma durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması

**Tablo 18.** Gruplardaki katılımcıların post op distansiyon durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması

**Tablo 19.** Gruplardaki katılımcıların post op distansiyona bağlı ağrı yaşama durumlarının gruplar arasında karşılaştırılması

## 1) ÖZET

### **Laparoskopik histerektomi ameliyatı sonrası hastalara verilen ılık suyun gastrointestinal fonksiyonlara etkisi**

**Öğrencinin Adı:** Tansu AKKURT

**Danışmanı:** Dr. Öğr. Üyesi Özlem Can GÜRKAN

**Anabilim Dalı:** Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Amaç:** Araştırma, laparoskopik histerektomi ameliyatı yapılmış hastalara ameliyat sonrası verilen ılık suyun gastrointestinal sistem fonksiyonlarına (bağırsak hareketlerine, gaz ve gaita çıkarma süresine) etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi.

**Gereç ve Yöntem:** Randomize kontrollü deneysel çalışma, İstanbul'daki bir devlet hastanesinin jinekoloji servisinde Ocak 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışmaya laporoskopik histerektomi yapılan toplam 90 katılımcı alındı (deney grubu=45; kontrol grubu=45). Deney grubundaki katılımcılara postoperatif 6. saatte 37 °C ısıdaki 200 ml ılık su 5 dakika içinde içirildi. Veriler, Anket Formu ve Hasta Takip ve Değerlendirme Formu ile elde edildi.

**Bulgular:** Elde edilen sonuçlara göre gruplardaki katılımcıların demografik özellikleri ve sağlığa ilişkin özellikleri, bağırsak alışkanlıkları, geçmiş cerrahi öyküleri, ameliyat endikasyonları, ameliyat türleri, ameliyat süreleri, postoperatif kullanılan ağrı kesiciler, mobilizasyon saatleri, aldığı-çıkarıldığı sıvı miktarı ve bulantı-kusma durumları benzerdi ( $p>0.05$ ). Post op 7. saatte deney grubunda bağırsak hareketleri başlayan katılımcı sayısının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulundu ( $p<0.05$ ). Post op 10., 11.-12., 13.-14., 15.-16., 17.-18. saatlerde gaz çıkaran hasta sayısının deney grubunda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ). Kontrol grubundaki katılımcıların post op 10., 11.-12., 13.-14., 15.-16., 17.-18. saatlerde distansiyon ve 10., 11.-12., 13.-14. saatlerde distansiyona bağlı ağrı yaşama durumları deney grubundaki katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Laparoskopik histerektomi ameliyatı sonrası hastalara post op 6. saatte verilen ılık suyun postoperatif ilk 18 saatte bağırsak fonksiyonları üzerinde olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

**Anahtar Sözcükler:** histerektomi, gastrointestinal sistem, laparoskopi, gaz çıkarma, bağırsak hareketleri

## 2) SUMMARY

### **The effect of warm water to the functions of the gastrointestinal system that given the patients after laparoscopic hysterectomy surgery**

**Student's Name:** Tansu AKKURT

**Advisor:** Asst. Prof. Özlem Can GÜRKAN

**Department:** Obstetrics and Gynaecology Nursing

**Aim:** The research was carried out in order to evaluate the impact of warm water that given patients after laparoscopic hysterectomy surgery to gastrointestinal functions (bowel movements, gas and stool extraction time).

**Materials and Methods:** A randomized controlled experimental study was conducted at the gynecology service of a state hospital in Istanbul between January 2018 and February 2019. A total of 90 participants who underwent laparoscopic hysterectomy were included in the study (experimental group=45; control group=45). Participants in the experimental group 200 ml of warm water at 37 ° C in the postoperative 6th hour was given within 5 minutes. Datas were obtained with Questionnaire and patient follow-up evaluation form.

**Results:** According to the results obtained from research, demographic characteristics and health-related properties, bowel habits, past surgical history, indications for surgery, surgery types, duration of surgery, postoperative painkillers, hours of mobilization, taken and urinated amount of liquid, nausea and vomiting were similar in groups participants ( $p>0.05$ ). The number of participants who started bowel movements in the experimental group at postoperative 7th hour was found to be statistically significantly higher than the control group ( $p<0.05$ ). In the experimental group, it was determined that the number of patients extraction the gas at the post op 10th, 11th-12th, 13th-14th, 15th-16th, 17th-18th hours were more than the control group and there was a statistically significant difference between the groups ( $p<0.05$ ). The control group participants' distension at post op 10th, 11th-12th, 13th-14th, 15th-16th, 17th-18th hours and status of living pain depending on distension at post op 10th, 11th-12th, 13th-14th hours were higher than experimental group participants as statistically significant ( $p<0.05$ ).

**Conclusions:** It can be said that a positive effect on the intestinal functions at postoperative first 18 hours that given warm water to patients post op sixth hours after laparoscopic hysterectomy surgery.

**Keywords:** hysterectomy, gastrointestinal system, laparoscopy, gas extraction, bowel movements

### 3.GİRİŞ ve AMAÇ

#### 3.1. Problemin Tanımı

Günümüzde jinekoloji alanında sezaryenden sonra en sık yapılan cerrahi girişim olan histerektomi, uterus ve eklerinin alınması işlemidir (<https://www.acog.org>, Erişim tarihi: 28 Aralık 2018). En çok uterin miyomlar nedeniyle yapılan histerektominin diğer endikasyonları; anormal uterin kanama, kronik pelvik ağrı, servikal displazi, genital organ sarkmaları, pelvik inflamatuvar hastalık, jinekolojik maligniteler, doğum sonu kanamadır (Güner, 2008). Histerektomi, abdominal, vajinal veya laparoskopik olarak yapılabilir. Uzun süreli hospitalizasyon gerektirmesi, maliyetin yüksek olması gibi çeşitli dezavantajlarına rağmen güvenli ve etkili olması gibi avantajları nedeniyle uzunca bir süre standart yöntem olarak abdominal yol tercih edilmiştir (Karataş ve ark., 2013). Ancak günümüzde enfeksiyon riski ve kan kaybı oranlarının düşük olması, hızlı iyileşme süreci, kısa süreli hospitalizasyon, normal hayata daha çabuk dönüş sağlaması gibi nedenlerle laparoskopik histerektomi daha çok tercih edilir hale gelmiştir (Nieboer ve ark., 2009).

Her cerrahi girişimin, metabolizmada ameliyata stres yanıtı oluşturması, enfeksiyonlara karşı direnci azaltması, vasküler sistemi, organların işlevlerini, beden imajını ve yaşam şeklini etkilemesi gibi genel etkilerinin yanında kendine özgü psikolojik ve fizyolojik etkileri vardır (Erdil, 2001).

Laparoskopik cerrahi sırasında veya sonrasında ortaya çıkan ve gastrointestinal sistemi (GİS) en çok etkileyen komplikasyonların başında bağırsak yaralanmaları gelmektedir (Voort ve ark., 2004). Bağırsak yaralanmalarında geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü ve cerrahın tecrübesi etkilidir. Laparoskopik girişimin herhangi bir aşamasında meydana gelebilen bağırsak yaralanmalarına bağlı ölüm oranı %2.5-5'tir (Chandler ve ark., 2001; Voort ve ark., 2004).

Abdominal cerrahi sonrası GİS'le ilgili komplikasyonların başlıcaları bulantı ve kusma, gastrik dilatasyon, postoperatif ileus, abdominal distansiyon ve konstipasyondur (Miedema ve Johnson, 2003; Çilingir ve Bayraktar, 2006). Bulantı

ve kusma, 1800' lü yıllardan beri anestezinin en çok görülen yan etkisi olmakla birlikte ağrıdan sonra en sık görülen komplikasyondur (Rüsch ve ark., 2010; Collins, 2011). Laparoskopide pnömoperitonyum oluşturmak için kullanılan karbondioksit (CO<sub>2</sub>) gazına alternatif olarak kullanılan nitröz oksit bulantı-kusma riskini arttırmaktadır (Eichel ve ark., 2007; Chiu ve ark., 2018). Ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan bulantı ve kusma, oral ilaçların kesilmesine, oral sıvı alımının gecikmesine ve uzun vadede dehidratasyona neden olurken öğürme ve kusma; aspirasyon, hematoma ve insizyon bölgesinin açılması riskini artırır ve tüm bunların sonucunda taburculuğun gecikmesi, maliyetin artması ve taburculuk sonrası yeniden hastaneye yatış gibi sonuçlar ortaya çıkabilir (Habib ve Gan, 2004; Villars ve ark., 2008). Laparoskopik yolla yapılan cerrahi girişimler sırasında abdomenin görünebilir hale gelmesi için abdominal kavite içine gaz verilerek oluşturulan pnömoperitonyum ile yapay olarak intraabdominal basınç oluşturulur (Urman ve ark., 2006). Abdominal alana verilen gazın batında birikmesi ile ortaya çıkan abdominal distansiyonun uzun süre devam etmesi gastrik dilatasyon ve paralitik ileus gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir (Grupta ve ark., 2009; Pawar, 2012).

Laparoskopik cerrahi girişimler sonrasında GİS fonksiyonlarını olumsuz etkileyen abdominal distansiyon, paralitik ileus, bulantı, kusma gibi komplikasyonların gelişmesini önlemede öncelikli kriter bağırsak fonksiyonlarının erken başlamasıdır. Ameliyat sonrasında bağırsak hareketlerinin erken dönemde başlamasında hasta eğitimi, epidural anestezi kullanımı, opioid analjezikler yerine nonsteroid antiinflatuar analjeziklerin kullanımı, ameliyattan sonra erken mobilizasyon, erken oral alım, abdominal masaj, sakız çiğneme gibi girişimler etkilidir (Correia ve Silva, 2004; Fearon ve ark., 2005; Weimann ve ark., 2006; Junger ve Schoenberg, 2007; Leier, 2007; Crainic ve ark., 2009).

Literatürde ılık suyun bağırsak hareketlerine olumlu etkisi olduğu vurgulanmaktadır ve yapılan çalışmalarla ılık suyun yararlarına değinilmiştir (Church, 2002; Liu ve ark., 2005; Guimei ve ark., 2008; Zou ve ark., 2008; Lee ve ark., 2009; Çalışkan, 2012). Ancak literatürde ılık suyun ameliyat sonrasında GİS fonksiyonlarına etkisi ile ilgili yapılmış yeterli çalışmaya rastlanmamıştır (Çalışkan, 2012).

### **3.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, laparoskopik histerektomi ameliyatı yapılmış hastalara ameliyat sonrası verilen ılık suyun GIS fonksiyonlarına (bağırsak hareketlerine, gaz ve gaita çıkarma suresine) etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.



## 4.GENEL BİLGİLER

### 4.1.Histerektomi Tanımı ve Tarihçesi

Histerektomi; tıbbi tedavinin başarılı olmadığı, uterus, serviks ve overleri etkileyen genital sistem hastalıklarının varlığında başvuru, uterusun cerrahi olarak çıkarılması anlamına gelen ameliyattır (Özdemir ve Pasinlioğlu, 2009; Taşkın, 2012; Bolsoy ve ark., 2014). Kelime olarak; “Histero” uterus, “ektomi” organ veya organ parçasının çıkarılması anlamına gelmektedir (Saylam, 2005).

Histerektomi tarihine bakıldığında ilk olguların ve kayıtların vajinal histerektomi için olduğu görülmektedir. İlk histerektomi denemeleri uterus prolapsusu veya inversiyonu nedeniyle vajinal yolla denenmiştir. Bazı kaynaklar Hipokrat zamanında (M.Ö. 2. yüzyıl (yy)) Efesli Soranus'un gangrene bir uterusu vajinadan ampute ettiğini yazmaktadır. Bilimsel kaynaklar incelendiğinde ilk vajinal histerektominin 1500'lü yıllarda İtalya'da De Capri tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir (Güner, 2005). Vajinal histerektomi, M.S. 17. ve 18. yy'larda nadiren yapılmıştır (Langenbeck, 1817). Langenbeck, Almanya'da 1813 yılında gerçekleştirdiği ilk planlı vajinal histerektomiye 1817 yılında yayınlamıştır (Langenbeck, 1842). 1822 yılında Sauter's Baden tarafından servikal kanser için prolapsussuz ve periton boşluğuna girilen ilk planlı vajinal histerektomi yapılmıştır. Hasta operasyondan altı ay sonra, vezikovajinal fistül gelişmesi nedeniyle hayatını kaybetmiştir. 1829 yılında Paris'li cerrah Joseph Recamier tarafından servikal kanser için ilk başarılı vajinal histerektomi yapılmıştır. Operasyon 20 dakika sürmüştür ve hasta servikal kanserin yayılması nedeniyle daha sonra hayatını kaybetmiştir. Vajinal histerektominin en güçlü savunucularından biri Heaney olmuştur. Heaney, 1934'te benign pelvik hastalık nedeniyle yapılan 627 vajinal histerektomi bildirmiş ve sadece üç olgu ölümle sonuçlanmıştır (Baskett, 2005).

Health, 1842 yılında İngiltere Manchester'de ovarian kitle ön tanısı olan hastaya ooferektomi yapmayı planlayarak başladığı ameliyatta büyük bir miyom ile karşılaşılması neticesinde ilk supraservikal histerektomi operasyonunu gerçekleştirmiştir. Yapılan operasyon sonrası hasta postoperatif 13. saatte

kaybedilmiştir. Bu olgu rapor edilen ilk abdominal histerektomi olarak tarihe geçmiştir (Health, 1843). 1846'da Bell tarafından uterin fibroidler için yapılması planlanan ilk subtotal histerektomi gerçekleştirilmiştir. Hasta sepsis nedeniyle ameliyat sonrası 5. günde kaybedilmiştir (Baskett, 2005). Burnham 1853 yılında ön tanısı ovaryan tümör olan ilk başarılı supraservikal histerektomiye gerçekleştirmiştir (Health, 1843). Kimball ise aynı yıl myoma uteri ön tanısı ile abdominal histerektomiye başarıyla yapmıştır (Burnham, 1854). Servikal kanser için ilk abdominal histerektomi operasyonu 30 Ocak 1878 tarihinde Almanya'da Freund tarafından yapılmış olup günümüzde bile halen uygulanan birçok cerrahi prensip tarif edilmiştir (Freund, 1879; Morley, 1988). Bu yıllarda ameliyat sonrası en sık ölüm nedenleri kanama ve enfeksiyon olmuştur. 1880'li yıllarda ameliyat nedenli mortalite vajinal histerektomi sonrası %10 iken abdominal histerektomiler sonrasında %70'ler civarında seyretmiştir (Kimball, 1855). 1895 yılında Clark tarafından Johns Hopkins Hastanesi'nde ilk radikal histerektomi gerçekleştirilmiştir (Holland ve Shafi, 2005). 1990'larda laparoskopik yardımcı histerektomide görülen gelişim, histerektomi ile tedavi edilebilecek benign jinekolojik hastalıkların çoğu için standart vajinal histerektomi yönteminin yeniden gündeme gelmesine yol açmıştır. Laparoskopik destekli ilk vajinal histerektomi 1984 yılında tanımlanmıştır (Hrkki-Siren, 1999). 1988 yılında ise Pensilvanya'da Reich, tarafından ilk total laparoskopik histerektomi yapılmıştır. Toplam operasyon süresi 180 dakika sürmüş, uterus 230 g ağırlığında çıkarılmış ve hasta ameliyat sonrası dördüncü günde taburcu edilmiştir. Sonraki yıl Reich makalesini yayımlayarak dünya çapında tekniğini göstermiştir (Reich, 1992).

Türkiye'de ilk laparoskopik histerektomi uygulaması 1992'de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Gürkan ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir (Fakraden, 2013).

Histerektomi, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), üreme çağındaki kadınlara yapılan cerrahi operasyonlar içinde sezaryenden sonra ikinci sıradadır (Whiteman ve ark., 2008). Histerektomi prevalansı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. En yüksek oranlar %5.4 ile ABD'de görülürken, %1.2 ile en düşük oranlar Norveç'tedir (Baggish, 2005). ABD'de 60 yaşına kadar her 3 kadından biri histerektomi ameliyatı olmaktadır bu sayı yılda yaklaşık 500 000'i bulmaktadır

(Whiteman ve ark., 2008; <https://www.cdc.gov>, Erişim tarihi: 25 Kapsım 2018). ABD’de Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi’nin çalışma sonuçlarına göre histerektomi ameliyatı yapılan kadınların çoğunluğunun 40-44 yaş grubu arasında oldukları görülmüştür. Histerektomi yapılan kadınların yaş ortalaması 42.7 iken bunların %74’ü 30-54 yaş arasındadır (Baggish, 2005; Rock ve Jones, 2005; Manyonda ve Hadoura, 2008). Yapılan veri analizine göre ABD’de yapılan histerektomi ameliyatlarının %66’sı abdominal, %22’si vajinal, %12’si laparoskopik yolla yapılmaktadır (Wu ve ark., 2003).

19. ve 20. yy’da yaşanan gelişmeler sayesinde histerektomi, günümüzde artık çok güvenli bir operasyon haline gelebilmiştir. Bu gelişimde cerrahi tekniğin yanında anesteziye olumlu gelişmeler, antibiyotiklerin kullanım alanının artması, kan transfüzyonu imkânlarının artması ve tıbbi bakımdaki iyileşme etkili olmuştur.

#### **4.2.Histerektomi Endikasyonları**

Günümüzde abdominal histerektomi hayatı tehdit eden obstetrik acil durumlardan, dismenoreye, pelvik basınç hissi ve disparoniye kadar birçok nedenle uygulanabilmektedir. Histerektomi endikasyonları genel olarak anatomik, fonksiyonel, infeksiyöz, acil (obstetrik ve travmatik) ve neoplastik başlıkları altında incelenmektedir.

##### **Anatomik:**

Pelvik relaksasyon (Desensus uteri, sistoüretrosel, rektosel, enterosel) ve anormal anatomi (gelişimsel anomaliler, uterointestinal fistüller, pelvik arteriovenöz fistül veya malformasyon).

##### **Fonksiyonel:**

Üriner inkontinans, disfonksiyonel uterin kanama, disparoni, sekonder dismenore ve kronik pelvik ağrı.

##### **İnfeksiyöz:**

Kronik pelvik inflamatuvar hastalık, piyometra ve pelvik tüberküloz.

### **Acil:**

Obstetrik komplikasyonlar; uterin atoni, uterin rüptür, uterus insizyonunun uzaması, uterin inversiyon, plasenta previa, plasenta accreta, plasenta increta, plasenta percreta, koryoamnionitis ve septik abortus.

Travmalar; trafik kazaları, alt abdominal penetran zedelenme, rahim içi araç (RİA) perforasyonuna bağlı kanama.

### **Neoplastik:**

Bening; myoma, endometriozis, adenomyozis ve ovarian tümör.

Maling; endometrial kanser, ovarian kanser, servikal kanser, vajinal kanser, uterin sarkoma, tuba kanseri, trofoblastik hastalık, non-jinekolojik pelvik kanser, metastatik kanser, kolorektal kanser ve mesane kanseri (Tuncer, 2006).

### **4.3.Histerektomi Tipleri**

Histerektominin hangi yolla yapılacağına pelvis ve uterusun fiziksel özellikleri, adneksiyal patoloji varlığı, malignite varlığı veya şüphesi, cerrahi riskler, maliyet, cerrahın tecrübesi, ameliyat nedeni, hastanın özellikleri, morbidite ve mortalite potansiyeli, hastanın ve cerrahın tercihi gibi faktörler etki eder. Her hasta kişisel olarak değerlendirilmeli ve uygun yöntem seçilmelidir (Tuncer, 2006; Taşkın, 2009; Soysüren, 2011). Histerektomi, abdominal, vajinal veya laparoskopik yolla uygulanabilmektedir. 2015 Cochrane derleme sonuçlarına göre benign nedenlerle yapılan histerektomiler için en uygun yol vajinal histerektomidir. Çeşitli nedenlerle vajinal histerektominin uygun olmadığı durumlarda ise abdominal histerektomiye karşılık laparoskopik histerektomi önerilmektedir (Aarts ve ark., 2015).

#### **4.3.1 Abdominal histerektomi**

Uterusun abdominal yoldan, abdomene yapılan insizyon aracılığıyla cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Abdominal histerektomi total veya subtotal olarak yapılabilir. Uterus ile birlikte serviksin de alındığı durumlarda total histerektomi, serviksin bırakıldığı durumlarda ise subtotal histerektomi tanımı kullanılır (Tuncer, 2006). Fallop tüpleri ve overler de uterusla birlikte alındığında işlem ‘panhisterektomi’ veya

‘total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi (TAH+BSO)’ adını alır (Taşkın, 2009).

2010 yılında ABD’de yapılan histerektomi ameliyatlarının %54.2’si abdominal yolla yapılmıştır (Wright ve ark., 2013).

Abdominal histerektomi;

1. Uterusun veya adneksiyal kitlenin vajinal yoldan çıkarılamayacak kadar büyük olduğu veya mobil olmadığı durumlarda,
2. Acil obstetrik durumlarda (uterin atoni, uterin rüptür, uterus insizyonunun uzaması, uterin inversiyon, plasenta previa, plasenta accreta, plasenta increta, plasenta percrata, koryoamnionitis ve septik abortus),
3. Pelvik kitle veya jinekolojik kanser gibi kapsamlı bir abdominal operasyonun gerekli olduğu durumlarda,
4. Hastanın histerektomi ile eş zamanlı herni tamiri, adezyolizis, kolesistektomi, sakrokolpopeksi gibi başka bir intrabdominal cerrahiye ihtiyacının olduğu durumlarda tercih edilir (Taşkın, 2009).

Abdominal histerektomi, pelvik organları görsel olarak değerlendirebilme, adneksiyal yapıları kolayca manipüle edebilme gibi avantajlarının yanında; geniş abdominal insizyon gerektirmesi ve komplikasyon olasılığının yüksek olması gibi dezavantajlara sahiptir (Saylam, 2005). Periton boşluğunun vajinal bakteriyel flora ile kontamine olması, insizyon, klemp ve sütür yapılan bölgelere bağırsak, mesane ve üreterler gibi yapıların çok yakın olması komplikasyon gelişme hızını arttıran faktörlerdendir. Ayrıca pelvik cerrahi sonrası tromboembolizm gelişme olasılığı yüksek olduğu için abdominal histerektomi sonrası komplikasyon sıklığı artmaktadır (Tuncer, 2006).

Abdominal histerektomide en sık görülen komplikasyon olan enfeksiyon, idrar yolları enfeksiyonu, yara yeri enfeksiyonu, pelvik abse, pnömoni gibi şekillerde ortaya çıkabilir (Ahmed ve Wasti, 2001). Abdominal yolla yapılan histerektomilerin %4’ünden sonra cerrahi alan enfeksiyonu görülebilmektedir (Mehdi ve ark., 2014). Ameliyat öncesi duş alınması, insizyon alanındaki kılların tıraş edilmemesi, yapışan

sarguların ve profilaktik antibiyotiklerin kullanılması ve geciktirilmiş primer kapamanın enfeksiyon gelişme riskini azaltacağı düşünülmektedir (Berek, 2004).

Histerektomiden sonra sıklıkla görülen bir diğer komplikasyon kanamadır ve kanama iki şekilde görülebilir. İlki, ameliyattan sonra ilk birkaç saat içinde hemşireler veya doktor tarafından farkedilen vajinal kanamadır. İkincisi ise hipotansiyon, taşikardi, hematokrit seviyesinde düşme, yan ve karın ağrısı gibi belirtilerle kendini gösteren ve daha az miktarda olan kanamadır. İlk durum genellikle kanamanın vajen kubbesinden veya pediküllerden olduğunu gösterir, ikinci durum ise retroperitoneal kanamanın işareti olabilir (Güner, 2005)

Abdominal histerektomi sonrasında enfeksiyon ve kanama dışında, idrar retansiyonu, üreter yaralanması, vezikovajinal fistül, fallop prolapsusu gibi komplikasyonlar görülebilir (Berek, 2004).

#### **4.3.2 Vajinal histerektomi**

Vajinal histerektomi, uterusun vajina yoluyla çıkarılmasıdır. Vajinal histerektomi abdominal duvarda insizyon olmaması, ağrı, sepsis, adezyon, üreteral ve bağırsak yaralanma ihtimalinin az olması, bağırsakların erken aktive olması, operasyon süresinin kısa olması, ameliyat sırasında ve sonrasında cerrahi kanamanın az olması, erken taburculuğa imkan vermesi ve daha az maliyet gerektirmesi gibi avantajlar sunmaktadır (Mathevet ve ark., 2001; Kovac ve ark., 2002; Akyol ve ark., 2006).

Vajinal histerektomi endikasyonları genel histerektomi endikasyonları ile benzerlik göstermektedir. Her zaman geçerli olan 3 temel endikasyon vajinal histerektomi için de geçerlidir.

1. Yaşam kurtarmak
2. Semptomları hafifletmek
3. Deformiteleri düzeltmek

Uterin prolapsus, ilaç tedavisi ile geçmeyen anormal uterin kanama, adenomyosis, uterustaki büyüme miyomlar, servikal intraepitelyal neoplazi gibi endikasyonlar vajinal histerektomi için sıklıkla karşımıza çıkan endikasyonlardır.

Klinikte çoğu hekim vajinal histerektomi endikasyonu olarak uterusun en az birinci veya ikinci derecede sarkmış olması ve hareketli olması koşulunu aramaktadır (Güner, 2005).

Vajinal histerektomi sonrasında enfeksiyona bağlı olarak ateş görülebilmektedir. Enfeksiyon tablosunda ateşe ek olarak karın ağrısı, pelvik ağrı ve vajinal hassasiyet gibi belirtiler ortaya çıkabilir (Thomson ve Farquharson, 2001; Cruikshank, 2008). Vajinal histerektomi sonrası enfeksiyonun ortaya çıkışı pek çok sebebe bağlı olarak değişebilir. Bunlardan bazıları hastanın yaşı, genel durumu, immunitesi, operasyonun süresi, operasyonun tipi, vazokonstrüktör kullanılması ve operasyon sırasında aseptik teknik kurallarına uyulması gibi faktörlerdir. Profilaktik antibiyotik kullanılması ve risk faktörlerine dikkat edilmesi ile enfeksiyon gelişiminin önüne geçilebilir (Güner, 2005).

Vajinal histerektomide sık görülen bir diğer komplikasyon mesane yaralanmasıdır. Mesane yaralanmaları genellikle daha önceden geçirilmiş sezaryen operasyonları gibi adezyona yol açan bir skar dokusunun varlığında ve özellikle vajinal operasyonlarda çok tecrübeli olmayan cerrahların karşılaşılabilecekleri durumlardan biridir. Eğer kaza ile mesaneye girilmişse, mesane onarımı ameliyatın tamamlanması beklenmeden, yaralanma farkedilir farkedilmez yapılmalıdır. Bağırsak yaralanması, vajen kafi hematomu, vajinal eviserasyon, vajinal kubbe prolapsusu, femoral sinir hasarı nadir de olsa vajinal histerektomide görülebilecek diğer komplikasyonlardır (Güner, 2005).

Vajinal histerektomide başarı oranı ve komplikasyon gelişme olasılığı nulliparite, prolapsusun derecesi, sezaryen ve pelvik operasyon öyküsü, endometriozis, pelvik cerrahi öyküsüne bağlı yapışıklıklar vs. faktörlerden etkilenebilir (Rafii ve ark., 2005; Akyol ve ark., 2006).

### **4.3.3 Laparoskopik histerektomi**

#### **4.3.3.1 Tanımı ve tarihçesi**

Laparoskopik tekniğin jinekolojide uygulanmaya başlanması 1970'li yıllara dayanmaktadır. 1970'li yılların ortalarında laparoskopik yolla birçok tubal ligasyon

gerçekleştirilmiş olup 1980'lerin başında lazer ve elektrik enerji modalitelerinin cerrahide kullanılmaya başlanması ile adneksiyal cerrahi, myomektomi ve histerektomide laparoskopik teknik kullanılmaya başlanmıştır (Şendağ ve Zeybek, 2011). Laparoskopik histerektomi, uterusun tüm ana pedikül ve destek dokularından laparoskopik teknik kullanılarak ayrılmasıdır. Laparoskopi ile histerektomi terimlerinin birlikte kullanılmaya başlaması ilk kez 1983'de Reich tarafından laparoskopi yardımlı vajinal histerektomi denemesiyle olmuştur (Reich, 1992). 1988 yılında, ilk kez Harry Reich ve arkadaşları tarafından Pensilvanya William Nesbitt Memorial Hastanesi'nde uygulanıp 1989 yılında yayımlanan 'Laparoskopik Histerektomi' (Reich, 1989), bu alanda yaşanacak devrim niteliğindeki gelişmelerin başlangıcı olmuştur (Shwayder, 1999).

#### **4.3.3.2 Laparoskopik histerektomi sıklığı**

İlk kez 1989'da tanımlanmış olan laparoskopik histerektomi, 2003 yılında tüm histerektomilerin ancak %11'ini oluşturmuştur (Reich, 1989; Wu ve ark., 2003; Walsh ve ark., 2009). 2010 yılına kadar bu oran %20-30'a getirilmiştir (Rosero ve ark., 2013; Wright ve ark., 2013; Kohen ve ark., 2014).

Günümüze kadar yapılan çalışmalarda laparoskopik histerektomi için farklı oranlar verilmiştir. Laparoskopik histerektomi 1990'da %0.3, 1997'de %9.9, 1995'te %13, 2003'te %3.9 oranında bildirilmiştir (Farquhar ve Steiner, 2002; Jacobson, 2006). Türkiye'de 2001-2011 yılları arasında yapılan bir çalışmada, 8066 histerektomi olgusu incelenmiştir ve vakaların %68.1'inin abdominal, %30.1'inin vajinal ve %1.7'sinin laparoskopik yolla yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır (Doğanay ve ark., 2012).

ABD'de, 2009 yılı araştırma verilerinde histerektomi oranlarının %56 abdominal, %20 laparoskopik, %19 vajinal ve %5 robotik olduğu görülmüştür (Cohen ve ark. 2014)

#### **4.3.3.3 Endikasyonları ve hasta kriterleri**

Uterusun vajinal olarak çıkarılabileceği ancak çeşitli nedenlerle bu işlemin zor veya kontrendike olduğu durumlarda laparoskopik asiste vajinal histerektomi veya total laparoskopik histerektomi tercih edilmelidir. Bu durumlar şunlardır:

1. Pelvik yapışıklıkların varlığı veya şüphesi
2. Adneksiyal kitle varlığı
3. Pelvik cerrahi veya endometriozis öyküsü
4. Laparoskopi ile tedavisi mümkün olan ekstragenital patolojik durumlar
5. Vajinal yol ile adneksin çıkarılmasının zor olabileceği durumlar (Urman ve ark., 2006).

Laparoskopik histerektomide uygun hasta seçimi çok önemlidir. Hasta seçiminin dikkatli bir şekilde yapılması, laparoskopik histerektominin zamanında ve güvenilir bir şekilde tamamlanmasında oldukça etkilidir. Laparoskopik histerektomi kararı verirken hastanın yaşı, geçirilmiş cerrahi girişimleri ve vücut ağırlığı gibi kriterler dikkate alınmalıdır. Tek başına obezite laparoskopik cerrahi için kontrendikasyon değildir (Obermair ve Monolitsas, 2005; Yu ve Cutner, 2005). Obez hastalarda batına ilk girişte, batın içinde bağırsakların uygulama alanından uzaklaştırılmasında ve uzun süre trendelenburg pozisyonu sağlanmasında sorunlarla karşılaşılabilir. Ancak yapılan çalışma sonuçlarına göre obez hastalarda laparoskopik histerektomi sonrası daha az yara yeri enfeksiyonu ortaya çıktığı görülmüştür (Eltabbakh ve Shamanki, 2000; Obermair ve Monolitsas, 2005).

The American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği [ACOG] ), vajinal histerektominin yapılamadığı hastalarda laparoskopik histerektominin standart yaklaşım olması gerektiğini belirtmiştir (ACOG, 2009).

#### **4.3.3.4 Laparoskopik histerektominin abdominal ve vajinal histerektomiye göre avantajları ve dezavantajları**

Laparoskopik histerektominin abdominal ve vajinal histerektomiye göre avantajlarından bazıları aşağıda sıralanmıştır:

- ✓ Laparoskopik histerektomi küçük cerrahi skar gerektirdiğinden hastaya verilen travma minimum seviyede olmaktadır.
- ✓ Laparoskopik histerektomi ile hasta daha kısa sürede iyileşmekte ve hastanın hastanede kalış süresi kısalmaktadır.
- ✓ Batına büyük cerrahi müdahale yapılmadığı için ameliyat sonrası ağrı az olmakta ve hasta daha kısa sürede günlük aktivitelerine dönebilmektedir.
- ✓ Daha iyi kozmetik sonuç alınmaktadır.
- ✓ Tedavi maliyeti ve gereksinim duyulan iş gücü minimum düzeyde olmaktadır.
- ✓ Ameliyat sonrası yara yeri enfeksiyonu riski düşüktür (Jadoul ve Donnez, 2007; Kluivers ve ark., 2009; Nieboerve ark., 2009; Gengeç, 2016).

Laparoskopik histerektominin bilinen avantajları yanında, dezavantajları da bulunmaktadır. Bunlardan bazıları:

- ✓ Operasyon süresinin uzamasına bağlı olarak anestezi süresinin de uzaması,
- ✓ Tek kullanımlık aletler kullanılıyor olması nedeniyle daha yüksek maliyet gerektirmesi,
- ✓ Komşu organların yaralanma riskinin fazla olması,
- ✓ Kullanılan cerrahi aletlerin batın içinde hareketlerinin sınırlı olması,
- ✓ Tecrübeli personel gerektirmesidir (Camanni ve ark., 2010; Gengeç, 2016).

#### **4.3.3.5 Laparoskopik histerektomi sonrası gastrointestinal komplikasyonlar**

Laparoskopik cerrahi uygulamaları, uzun bir öğrenme sürecinin yanında cerrahın çok iyi anatomi bilgisine ve yeterli el becerisine sahip olması gibi koşulları gerektirmektedir. Bu uygulamalarda iyi eğitim almış cerrahi ekip, uygun alet ve yeterli teknik donanım ile laparoskopi deneyimi olan uzman bir anesteziistin varlığı operasyon sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonların en aza indirilmesinde önemli rol oynamaktadır (İstanbuluoğlu ve Kaynar, 2010).

Jinekolojide iyi huylu nedenlerle yapılan laparotomi ve laparoskopi operasyonlarını karşılaştıran 27 randomize kontrollü çalışmanın meta-analizine göre; minör komplikasyon oranı laparoskopik girişimlerde laparotomiye oranla %40 daha

düşükken majör komplikasyon oranı benzerlik göstermektedir (Chapron ve ark., 2002). Laparoskopik yolla yapılan cerrahi girişimler, cerrahi aletlerin küçük kesiler aracılığıyla batına sokulmasını gerektirdiği için komplikasyonların en az %50'si batına giriş aşamasında olmaktadır ve bu komplikasyonlar GİS organları ve büyük kan damarlarındaki yaralanmalarla ilişkilidir (Jansen ve ark., 2004). Bu komplikasyon oranları son 25 yıldır benzer şekilde seyretmektedir. Finlandiya'da Ulusal Hasta Sigortası Derneği'ne 70 607 laparoskopik cerrahide 256 komplikasyon ortaya çıktığı bildirilmiştir. Hollanda'da ise 72 hastaneyi kapsayan çok merkezli prospektif çalışma sonuçlarına göre laparoskopik girişimler sonucu ortaya çıkan 1000 komplikasyonun %70'i giriş sırasında oluşmaktadır. Bunlardan 29'u gastrointestinal organ hasarıyken 27'si abdominal damar yaralanmasıdır. ABD'de yapılan 37 000 jinekolojik laparoskopi işlemi kapsayan çalışmada %0.16 oranında bağırsak yaralanması görülmüştür. Laparoskopi sonrası mortalite nedenlerine bakıldığında, bağırsak yaralanması, vasküler yaralanma ve anestezi kaynaklı komplikasyonlardan sonra üçüncü sırada yer almaktadır (Krishnakumar ve Tambe, 2009). Yapılan çalışma sonuçları bağırsak yaralanmalarının %30-50, damar yaralanmalarının %13-50'sinin ameliyat sırasında farkedilemediğini göstermiştir. Bağırsak yaralanmalarının, vasküler yaralanmalardan daha yaygın görülmesi nedeniyle tanıdaki gecikme daha ciddi sonuçlara yol açabilmektedir. Laparoskopi sonrası bağırsak yaralanmalarına bağlı ölüm oranı %2.5-5'tir (Chandler ve ark., 2001).

Laparoskopik cerrahide görülebilecek komplikasyonlar:

- ✓ Büyük damar yaralanmaları ve hematomlar,
- ✓ Bağırsak yaralanmaları,
- ✓ Karaciğer ve dalak yaralanmaları,
- ✓ Üriner sistem yaralanmaları,
- ✓ İnsizyonal herni,
- ✓ Gaz embolisi,
- ✓ Pnömotoraks ve pnömoömentum,
- ✓ Preperitoneal ve subkutan amfizem,
- ✓ Aritmi,

- ✓ Derin ven tombozu ve pulmoner emboli,
- ✓ Sinir yaralanmaları,
- ✓ Diyafram ve plevra yaralanmasıdır (Çepni ve Şal, 2008).

Genel anestezi uygulanan cerrahi girişimler sonrasında gastrointestinal sistem peristaltizmi geçici olarak zayıflamaktadır. Ameliyattan sonra GİS organlarının ameliyattan önceki işlevselliğine dönme süreleri farklıdır. Örneğin; midenin peristaltik hareketleri 24-48 saatte normale dönerken, ince bağırsak motilitesi 1-2 saatte, kolon motilitesi ise 48 saat içinde ameliyat öncesi haline dönmektedir (Grupta ve Singh, 2009; Pawar, 2012).

Ameliyat sonrası dönemde pek çok GİS kaynaklı komplikasyon meydana gelebilmektedir. Bulantı ve kusma en sık görülen GİS komplikasyonlarıdır. Ameliyat sonrasında ilk 24 saat içinde ortaya çıkan bulantı ve kusmanın ameliyata bağlı nedenlerle geliştiği kabul edilmektedir ve insidansı %40 oranındadır (McCracken ve ark., 2008; Pace ve ark., 2014; Cappen ve ark., 2015). Her yıl ABD’de 40 milyondan, dünyada ise 100 milyondan fazla cerrahi operasyon geçiren hastanın yaklaşık %30’u postoperatif bulantı ve kusma yaşamaktadır (Smith ve ark., 2012). Ülkemizde İzveren ve Dal’ın abdominal cerrahiden sonra bulantı ve kusmayı incelemeye yönelik yaptıkları çalışmada postoperatif 1. günde bulantı ve kusma oranları sırasıyla %35.8, %19.4; 2. günde ise %23.9, %13.4 olarak bildirilmiştir (İzveren ve Dal, 2011). Ülkemizde yapılan başka bir retrospektif çalışma sonucuna göre ise; anesteziye bağlı komplikasyonların çoğunlukla postoperatif 12. saatte görüldüğü ve bulantı-kusmanın %31.8’lik oranla ağrıdan sonra en sık görülen komplikasyon olduğu bildirilmiştir (Yavaşcaoğlu ve ark., 2009). Laparoskopik teknikle yapılan ameliyatlarda pnömoperitonyum oluşturmak için CO<sub>2</sub>’ye alternatif olarak kullanılan nitroz oksit gazının ameliyat sonrası bulantı ve kusmaya neden olduğu kabul edilmektedir (Habib ve Gan, 2004; Gruber ve ark., 2005; Sweis ve ark., 2013).

Laparoskopik teknik kullanılarak gerçekleştirilen batın ameliyatlarından sonra batına verilen gazın etkisi ile oluşan distansiyon, mide ve bağırsaklarda sıvı ve gaz birikmesi ile ortaya çıkan genişleme olarak tanımlanır. Abdominal distansiyon oluşmasında stres tepkisi, genel anestezi, abdominal müdahale, travma, narkotik

analjezik uygulaması ve ameliyat esnasında bağırsaklara elle müdahale edilmesi gibi birçok faktör rol oynamaktadır (Miedema ve Johnson, 2003; Büyükyılmaz ve Şendir, 2009; Grupta ve ark., 2009; Pawar, 2012). Ameliyat sonrasında batın içine verilen gazın batında birikmesi sonucunda karın içinde gerginlik hissi ve buna bağlı olarak ağrı oluşabilir. Batın içinde oluşan distansiyon bağırsak hareketlerinin hızlanması ile ortadan kalkabilir. Ameliyattan sonra oluşan ve zamanla azalarak yok olması beklenen abdominal distansiyonun uzun süre devam etmesi gastrik dilatasyon ve paralitik ileus gibi ciddi postoperatif komplikasyonların belirtisi olabilir. İleus, gastrointestinal motilitenin geçici bozulmasına bağlı gaz-gaita çıkaramama ile kendini gösteren, cerrahi işlem sonrasında gelişen önemli bir sorundur (Grupta ve ark., 2009; Pawar, 2012). İleus, abdominal patolojilere yönelik müdahalelerde kullanılan cerrahi teknik ve bakım standartlarındaki gelişmelere rağmen abdominal cerrahi sonrasında sık görülen bir komplikasyon olmaya devam etmektedir (Lubawski ve Saclarides, 2008). 2013'te yayınlanan bir meta-analize göre Vather ve arkadaşları mide bulantısı ve kusma, ameliyat sonrası 24 saat içinde katı yada yarı sıvı beslenmeyi tolere edememe, ameliyat sonrası 24 saat kadar gaz veya gaita çıkışının olmaması, karında şişkinlik ve radyolojik tanı kriterlerinden en az ikisinin olduğu durumları postoperatif ileus olarak tanımlamışlardır (Vather ve ark., 2013). Abdominal cerrahi sonrası ileus sıklığına yönelik çalışma sonuçları farklılık gösteriyor olsa da postoperatif ileus insidansı %5-25 arasında seyretmektedir (Whitehead ve ark., 2007). İleus hastada ağrı ve rahatsızlık, beslenmeye geçişte gecikme, kabızlık, hastanede kalış süresinde uzama ve buna bağlı hastane maliyetinde artma gibi sorunlara neden olmaktadır (Grupta ve ark., 2009; Pawar, 2012). Hastanede kalış süresinin uzaması hastanın psikolojisini olumsuz etkileyebilmekte ve postoperatif iyileşmeyi geciktirebilmektedir. Postoperatif ileusa bağlı olarak uzayan hastanede kalış süresi sağlık kurumları için kaynak ve mali yük oluşturmaktadır. Yapılan bir çalışmada postoperatif ileusun ABD'de yılda 1.5 milyar dolar maliyet yükü getirdiği ortaya konulmuştur (Goldstein ve ark., 2007).

Bağırsak yaralanmaları, laparoskopik cerrahi sırasında işlemin başından sonuna kadarki herhangi bir aşamada ortaya çıkabilir (Karadağ ve ark., 2015). 1972 ile 2014 yılları arasında yayınlanmış 90 çalışmanın sonuçlarının dahil edildiği bir sistematik derlemeye göre laparoskopik cerrahi sırasında bağırsak yaralanma insidansı %0.13'

tür. Kaynağı çoğunlukla Veress iğnesi veya trokarlar olan bu yaralanmalar en sık ince bağırsakta görülür (Llarena ve ark., 2015). Bağırsak yaralanmaları, Veress iğnesi ve trokarlar dışında elektrokoter kullanımı sırasında, elektrik akımının direkt teması veya yayılması ile etkilenen bölgede görülebilir (Voort ve ark., 2004).

#### **4.3.3.6 Laparoskopik histerektomi sonrası oluşabilecek gastrointestinal komplikasyonlara yönelik tıbbi tedavi, hemşirelik uygulamaları ve hemşirelik bakımı**

##### **Tıbbi tedavi**

Cerrahi girişimlerin birçoğunda olduğu gibi laparoskopik cerrahide de bir takım komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Cerrah ve ekibinin yeterli eğitim ve tecrübeye sahip olması ve doğru teknikleri uygulamaları bu komplikasyon oranının en aza indirgenmesinde önemlidir. Komplikasyon gelişiminin önüne geçilemediği durumlarda komplikasyonun erken tanınması morbiditeyi azaltmakta önemli bir faktördür. Laparoskopik cerrahi uygulamalarında ortaya çıkan komplikasyonların erken tanısını engelleyen veya zorlaştıran durumlar söz konusu olabilmektedir. Ameliyat sırasında cerrahi alanın tamamının aynı anda görüntülenemiyor olması, kanamanın görüntüyü engelleyebilmesi ve yeterli tecrübesi olmayan bir cerrah için anatomik görüntünün açık cerrahiden farklı olması komplikasyonların intraoperatif dönemde tanılanmasının önüne geçebilmektedir. Komplikasyonun tanılanmasından sonra başarıyla tedavi edilebilmesinde cerrahi ekibin tecrübesi, gerekli malzemelerin varlığı, hastanın hemodinamik durumu ile var olan hastalıkları ve hasarlanan dokunun/organın anatomik konumu gibi etmenler önemli rol oynamaktadır. Komplikasyonun laparoskopik veya laparotomi tekniği ile üstesinden gelinmesinde en önemli faktör cerrahın ve ekibinin tecrübesidir (Öbek, 2005).

Laparoskopik cerrahiler sırasında en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biri damar yaralanmalarıdır. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists çalışmasında büyük damar yaralanma sıklığı 10 000 laparoskopik cerrahide 9 olarak bulunmuştur (Çepni, 2008). Batına giriş sırasında damar yaralanmalarının önüne geçmek için gerekli emniyet önlemlerine dikkat edilmelidir. Veress iğnesi ve trokarların doğru açı ile pelvik boşluğa sokulması, trokarların batına uygun hızlarda

girişini sağlaması için trokarların gireceği insizyonların çok geniş olmaması, uygun ölçüde trokar seçimi ve keskin trokarların ucunda koruma kılıfının olması bu emniyet önlemlerine örnek gösterilebilir.

Bağırsak yaralanmaları, laparoskopik cerrahi sırasında meydana gelip GİS'i en çok etkileyen komplikasyonlardandır. Operasyon sırasında farkedilmeme olasılığı yüksek olan bağırsak yaralanmaları, postoperatif 24-48. saatlerde taşikardi, ateş, ağrı gibi belirtilerle kendini gösterir. Bağırsak yaralanmalarını önlemek için, yeterli batın içi boşluk sağlanarak hareket kısıtlılığını ve travma riskini azaltmak amacıyla ameliyat öncesi bağırsak temizliği yapılması, mide yaralanmalarının önüne geçmek için rutin olarak nazogastrik tüp kullanılması, karın ön duvarında yapışıklık olan hastalarda trokarların batına minilaparoskopi ile sokulması gibi önlemler alınabilir. Geçirilmiş laparotomi veya laparoskopi ile tespit edilmiş batın içi yoğun yapışıklığı olan, iltihaplı bağırsak hastalığı veya rüptüre abse geçmişi olan olgularda laparoskopik yöntem kullanmaktan kaçınılmalıdır (Voort ve ark., 2004).

Tüm laparoskopik cerrahi müdahalelerde olduğu gibi laparoskopik histerektomi sırasında da batın içine verilen gazın tamamen boşaltılmaması batında kalan gazın frenik siniri uyarması ile distansiyon ve omuz ağrısına neden olabilir. Bu durumun önlenmesi için ameliyatın bitiminde trendelenburg pozisyonu düzeltildikten sonra batındaki gaz tamamen boşaltılmalıdır ve hasta ameliyat sonrası batın içinde kalabilecek bir miktar gazın birkaç gün omuz ağrısına neden olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir (Voort ve ark., 2004).

Laparoskopik ve jinekolojik operasyonlar sonrasında görülme riski yüksek olan bulantı ve kusma, genel anestezi yerine lokal anestezinin tercih edilmesi, propofol infüzyonu kullanılması, inhaler yolla alınan gaz ve likit anestetiklerin kullanılmasından kaçınılması, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde opioid kullanımının minimumda tutulması, yeterli hidrasyonun sağlanması ve nitrik oksit kullanımından kaçınılması gibi çeşitli önlemler ile azaltılabilir (Gan ve ark., 2007; Apfel ve ark., 2012). Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı azaltmada farmakolojik tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır. Klinik rehberler tarafından; 5-hidroksitriptaminin reseptör antagonistleri, neurokinin-1 reseptör antagonistleri,

kortikosteroidler, butrofenon, antihistaminikler, antikolinergikler gibi antiemetik ilaçların kombine kullanımını önerilmektedir (Gan ve ark., 2014).

## **Hemşirelik uygulamaları**

### ***Erken mobilizasyon***

Ameliyattan sonraki dönemde hastaların uzun süre hareketsiz kalması, venöz staz, trombüs, ortostatik hipotansiyon gibi dolaşım problemlerine, solunum problemlerine ve konstipasyon gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir (Aksoy ve ark., 2012; Büyükyılmaz ve Şendir, 2014). Laparoskopik teknik kullanılarak yapılan ameliyatlardan sonra, pnömoperitonyum oluşturmak amacıyla verilen gazın batında birikmesi ve ameliyat sonrası peristaltizmin yavaşlaması ile oluşan abdominal distansiyonu azaltmak ve bağırsak hareketlerini hızlandırmak için hastanın erken dönemde mobilizasyonu sağlanmalıdır. Ameliyattan sonra erken dönemde mobilizasyon ile anestezi nedeniyle etkilenmiş olan mide ve bağırsak motilitesindeki düzelme daha hızlı olmakta, derin ven trombozu gibi dolaşımı etkileyecek komplikasyonların ortaya çıkma riski azalmakta, hastanın iyileşeceğine yönelik kendine olan güveni artmakta, iyileşme süresi kısalmakta ve bununla birlikte hasta günlük yaşam aktivitelerine daha kısa sürede dönmektedir (Warburton ve ark., 2006; Junger ve ark., 2007; Akkaya, 2013). Hasta, postoperatif dönemde gaz çıkarmanın istenilen bir şey olduğu, ameliyat sonrası oluşan bağırsak distansiyonunun azaltılmasının erken mobilizasyon ve yatak içinde aktif ve pasif egzersizler ile sağlandığı konularında bilgilendirilmelidir (Aksoy ve ark., 2012; Terzioğlu ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda erken mobilizasyon protokolü ile standart yaklaşım karşılaştırılmış ve erken mobilizasyonun ameliyat sonrası dönemde atelektazi, pnömoni gibi komplikasyonların ortaya çıkma riskini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Muehling ve ark., 2008). Ayrıca erken mobilize olan hastaların ağrı yönetiminin olumlu yönde etkilendiği, yaşam kalitesinin daha iyi olduğu ve bakımına aktif katılabildiği bildirilmektedir (Slim ve Le, 2016). Terzioğlu ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile jinekolojik cerrahi müdahale yapılan hastaların erken dönemde mobilize edilmesinin komplikasyon gelişme riskini ve hospitalizasyon süresini azalttığı sonucuna varmışlardır (Terzioğlu ve ark., 2013). Mahesh ile Lodh ve Bhattacharjee'nin çalışmalarında da erken mobilize edilen kadın hastaların daha kısa sürede taburcu oldukları görülmüştür (Lodh ve Bhattacharjee, 2009; Mahesh, 2009).

Çınar yaptığı çalışmada batın ameliyatı geçiren hastalarda erken mobilizasyon ile hastaların bağırsak fonksiyonlarının daha erken normale döndüğü ve erken mobilizasyonun gaz-gaita çıkarmada etkili olduğu sonucuna varmıştır (Çınar, 2005). Yapılan başka bir çalışmada ise günde en az 2 kez mobilize olan hastalarda daha kısa sürede gaz ve gaita çıkışı olduğu görülmüştür (Sindell ve ark., 2012).

### ***Abdominal masaj***

Masaj, yumuşak dokuların mekanik olarak uyarılarak organizmada fizyolojik ve psikolojik etkiler yaratılması işlemidir. Abdominal masaj uygulaması abdominal basınca etki ederek ve rektuma bası yaparak peristaltizmi artırır ve bağırsaklarda mekanik ve refleks bir etkiye neden olur. Abdominal masaj ile aynı zamanda parasempatik sinir uçları uyarılarak GİS aktivitesi artırılabilir (Ernst, 1999; Jiang, 2004; Liu ve ark., 2005; Emly, 2007; McClurg ve ark., 2011). Bağırsak peristaltizminin uyarılmasını sağlayan abdominal masaj kronik konstipasyonun giderilmesi ve postoperatif ileus riskinin azaltılmasında rol oynamaktadır (Emly ve Rochester, 2006; Scinlair, 2011). Lamas ve arkadaşları yaptığı randomize kontrollü deneysel çalışma sonucuna göre abdominal masaj yapılan hastalarda konstipasyon ve belirtilerinin daha az görüldüğü ve abdominal masaj yapılan hastaların bağırsak hareketlerinin arttığı bulunmuştur (Lamas ve ark., 2009). Ayaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçlarına göre, abdominal masaj yapılan hastalarda gaita çıkarma sıklığının arttığı ve distansiyonun azaldığı görülmüştür (Ayaş ve ark., 2006). Yapılan başka bir çalışmada ise abdominal masaj yapılan hastalarda bağırsak seslerinin normale dönme süresinin ve ilk dışkılamaya kadar geçen sürenin daha kısa olduğu ortaya konulmuştur (Uğraş ve ark., 2016).

### ***Sakız çiğneme***

Sakız çiğneme, insanlarda bağırsak hareketlerini uyaran sanal beslenme biçimidir. Bağırsak hareketlerini arttıran sakız çiğneme, sefalik vagal refleksi uyarak tükürük ve pankreas salgısının artmasına ve gastrointestinal hormonların salgılanmasına etki eder (Asao ve ark., 2002). Postoperatif dönemde sakız çiğnemenin, ileusun önlenmesinde abdominal masaja göre daha yararlı olduğu ve tercih edilen bir uygulama olacağı öngörülmektedir (Miedema ve Johnson, 2003;

Parnaby ve ark., 2009). Yapılan çalışma sonuçlarına göre jinekolojik cerrahide ameliyat sonrası dönemde, standart uygulamalara ilave olarak günde en az üç kez, 15-30 dakika süreyle sakız çiğnenmesinin, bağırsak fonksiyonlarının normale dönmesinde ve postoperatif ileus gelişme olasılığının azaltılmasında etkili olduğu görülmüştür (Fanning ve Valea, 2011). Bruce ve arkadaşlarının 2015'te yaptığı bir meta-analizde postoperatif dönemde sakız çiğneme, bağırsak hareketlerinin daha kısa sürede normale dönmesinde yararlı olmuştur (Bruce ve ark., 2015). Husslein ve arkadaşları 2013 yılında, laparoskopik jinekolojik cerrahi sonrası sakız çiğnemeye yönelik yaptıkları çalışmada sakız çiğnemenin postoperatif bakımda yardımcı tedavi olduğunu ve bağırsak hareketleri üzerine olumlu etkileri olduğunu bulmuşlardır (Husslein ve ark., 2013). Terzioğlu ve arkadaşları 2013 yılında sezaryen ameliyatı olan kadınlar üzerinde yaptıkları deneysel çalışma ile sakız çiğnemenin bağırsak hareketleri ve gaz çıkarma üzerine olumlu etkileri olduğu sonucuna varmışlardır (Terzioğlu ve ark., 2013). Ramirez ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada ameliyat sonrası dönemde sakız çiğneyenlerde ileus riskinin azaldığı, bağırsak fonksiyonlarının daha kısa sürede normale döndüğü, ilk gaz çıkışının daha erken olduğu ve hospitalizasyon süresinin kısaldığı görülmüştür (Ramirez ve ark., 2012). Yapılan başka bir çalışmada sakız çiğnetilen grubun bağırsak hareketlerinin daha erken başladığı sonucuna ulaşılmıştır (Harma ve ark., 2009). Xu, Peng, Liu ve Qi'nin 2018'de jinekolojik cerrahi sonrası sakız çiğnemenin gastrointestinal fonksiyonlara etkisini inceledikleri meta-analizde, sakız çiğnemenin bağırsak seslerinin daha erken duyulmasını ve ilk defekasyonun daha kısa sürede gerçekleşmesini sağladığını ortaya koymuşlardır. Ayrıca yine bu meta-analiz ile sakız çiğnemenin hastanede kalış süresini kısalttığı ve komplikasyon gelişme riskini azalttığı gösterilmiştir (Xu ve ark., 2018).

### ***Erken oral alım***

Geleneksel tamamlayıcı alternatif bakım uygulamalarına bakıldığında majör cerrahi sonrası sınırlandırılmış oral alım protokolüne uyulduğu görülmektedir ve bu uygulama hastalarda ameliyat sonrası dönemde kilo ve kas kaybına yol açabilmektedir (Nelson ve ark., 2016). Günümüzde onkolojik jinekoloji alanında yapılan çalışmalar doğrultusunda erken oral beslenmenin bağırsak hareketlerini daha

erken başlattığı ve hospitalizasyon süresini kısalttığı görülmektedir (Minig ve ark., 2009). 2005 yılında yayınlanan Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) (Ameliyat Sonrası İyileşmenin Geliştirilmesi) protokollerine göre postoperatif 4. saatte oral alımın başlanması önerilmektedir. ERAS protokolüne göre erken oral beslenme bağırsak hareketleri üzerine olumlu etkiye sahiptir (<http://erassociety.org>, Erişim tarihi: 25 Aralık 2018). Minig ve arkadaşlarının 2009'da over kanseri tanısı olan hastalar üzerinde yaptıkları randomize kontrollü çalışmada erken beslenmenin komplikasyon riskini ve hastanede kalış süresini azalttığı görülmüştür (Minig ve ark., 2009). Benzer şekilde Carter ve Philip de 2011 yılında yaptıkları çalışmada jinekolojik kanserli hastalarda ERAS protokolünü uygulamış ve hastanede kalış süresi ve komplikasyon riskinin azaldığı sonucuna varmışlardır (Carter ve Philip, 2011).

### ***Ilık su***

Vücuda sayısız yararı olan suyun GİS fonksiyonları üzerine de olumlu etkileri bulunmaktadır. Lee ve arkadaşları 2009 yılında Kore'de yaptıkları çalışmada, kolonoskopi öncesinde ılık su verilen hastaların, soğuk su verilen ve su verilmeyenlere göre daha az ağrı ve rahatsızlık yaşadıkları sonucuna varmışlardır. Ayrıca ılık su verilen hastalarda entübasyon ve endoskopun ilerletilmesi sırasında daha az sorun yaşanmıştır (Lee ve ark., 2009). 2002 yılında Church tarafından yapılan benzer bir çalışmada, kolonoskopi sırasında ılık su irrigasyonu uygulanan hastalarda işleme bağlı spazm daha az görülmüştür (Church, 2002). İritabl bağırsak sendromu (İBS) olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada 4 °C'deki soğuk suyu içen hastalarda İBS semptomları daha belirgin görülürken, 37 °C'deki ılık suyu içen hastalarda ağrı, kramp, distansiyon gibi İBS semptomları görülmemiştir (Zou ve ark., 2006). Guimei ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışmada genel anestezi sonrasında bilincin açılması ve yutma refleksinin geri dönmesi şartıyla az miktarda ılık su verilen hastaların, oral alıma 6 saat sonra başlayan hastalara göre daha az rahatsızlık yaşadıkları görülmüştür (Guimei ve ark., 2008). 2012 yılında Çalışkan'ın kolesistektomi sonrası ılık suyun bağırsak hareketlerine etkisini inceledikleri deneysel çalışma sonucuna göre deney grubundaki katılımcıların kontrol grubundakilere göre daha erken gaz çıkardığı bildirilmiştir (Çalışkan, 2012).

## Hemşirelik bakımı

Geçirilen cerrahi girişimler sonrasında hastalar, ameliyatları ile ilişkili olarak çeşitli sorunlar yaşayabilmektedir (İzveren ve Dal, 2011). Hem laparotomi hem de laparoskopi tekniğiyle yapılan ameliyatlarda hasta için hem fizyolojik hem de psikolojik stres kaynağı olduğundan homeostatik dengeyi etkilemektedir. Bu nedenle homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesi, kardiyovasküler ve solunum sistemi fonksiyonlarının mümkün olan en kısa sürede eski haline dönmesi, beslenme ve boşaltımın yeterli düzeyde tutulması, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, ağrının doğru şekilde yönetilmesi, yeterli istirahat ve yara iyileşmesinin sağlanması, komplikasyon oluşumunun önlenmesi ve hastanın en kısa sürede normal yaşama dönmesi için desteklenmesi ameliyat sonrası bakımın temel amaçlarını oluşturmaktadır. Laparoskopik cerrahi sonrası hastanın beklenen iyileşmeyi gösterememesi veya vital değerlerin normalin dışında olması herhangi bir komplikasyon geliştiğinin göstergesi olabilir (Erdil, 2001; Panella, 2016).

Hemşire, hastayı normal fonksiyonlarına kavuşuncaya kadar destekleyecek, koruyacak ve rahat ettirecek, komplikasyonların gelişimini önleyecek bir bakım planı hazırlamalı ve doğru şekilde uygulamalıdır. Hemşire, ameliyata bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonları ve bunların nasıl önlenebileceğini ve bu komplikasyonların ilk belirtilerini iyi bilmeli ve takip edebilmelidir (Can, 2005).

Ameliyattan sonra anestezi etkisiyle sıkça görülen bulantı ve kusma, hasta memnuniyetini ve konforunu olumsuz yönde etkilemekte ve yatış süresini uzatarak maliyeti arttırmaktadır (Myles ve ark., 2000; Carlisle ve Stevenson, 2006; Smith ve ark., 2012). Bulantı ve kusmaya yönelik uygulanacak hemşirelik bakımının amacı; bulantı-kusmanın azaltılması, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, hastanın en kısa sürede normal gıda alımına geçmesini sağlamaktır (Aygün, 2016). Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın önlenmesi için hemşireler, ameliyat öncesinde hastaya yönelik risk faktörlerini tanımlamalı ve bulantı-kusma yönetiminde hemşirelerin tıbbi tedavi dışındaki uygulayabileceği farmakolojik olmayan yöntemleri kullanmalıdır (Hooper, 2015). Bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan birçok non-farmakolojik yöntemden biri olan akupunktur, el bileğinin 4 cm proksimalinde, palmaris longus tendonu ile fleksör karpi radialis kasları arasındaki perikardiyum

(P6) akupunktur noktasının uyarılması esasına dayanır (Habib ve Gan, 2004; Lee ve Fan, 2009). Hasta odasını havalandırmak, hasta yakınları bilgilendirilerek ziyaretçi sayısını kısıtlamak, solunum egzersizi yaptırmak bulantıyı önlemek için kullanılabilir alternatif yöntemlerdendir (Can, 2005; Ay, 2007). Bulantı ve kusması olan hastada uygulanacak hemşirelik girişimlerinden bazıları şunlardır:

- ✓ Bulantı ve kusması olan hastanın oral alımı kesilir ve bulantı-kusma ölçekleri kullanılarak şiddeti değerlendirilir.
- ✓ Sıvı-elektrolit dengesini korumak amacıyla sıvı infüzyonu sağlanır ve gerekirse total parenteral beslenmeye geçilir.
- ✓ Yaşam bulguları ve aldığı-çıkarıldığı takibi yapılır ve hasta dehidratasyon belirtileri yönünden izlenir.
- ✓ Kusma anında trakeal aspirasyonu önlemek amacıyla hastaya semi fowler pozisyonu verilerek başı yana çevrilmelidir.
- ✓ Hasta sıvı ve yumuşak gıdalar ile az ve sık beslenmesi, baharatlı, aşırı sıcak ya da soğuk, yağlı gıda ve sıvılardan kaçınması konusunda bilgilendirilmelidir (Aygin, 2016).

Laparoskopik yöntem kullanılarak yapılan batın ameliyatlarından sonra, ameliyat sırasında kullanılan gazın batında birikmesi sonucu distansiyon oluşabilir ve bu durum karın içinde gerginlik hissi yaratarak ağrıya neden olabilir. Oluşan distansiyon bağırsak hareketlerinin hızlanması ile azalır ve zamanla ortadan kalkar. Distansiyonun yarattığı ağrı ve gerginliği azaltmaya yönelik abdominal masajın yanında yatak içinde aktif/ pasif egzersizler ile ekstremitelerin hareketi sağlanabilir ve mobilizasyona engel teşkil edecek bir durum yoksa hasta erken dönemde mobilize edilebilir (Can, 2005; Aksoy ve ark., 2012). Postoperatif dönemde mobilizasyonun sağlanması, anestezi kaynaklı fonksiyonları etkilenmiş olan mide ve bağırsakların daha kısa sürede normal çalışma düzenine dönmelerinde etkili bir yöntemdir (Büyükyılmaz ve Şendir, 2009). Hemşireler hastalara, yapılan abdominal cerrahiye bağlı olarak ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek distansiyon ve erken mobilizasyonun önemi hakkında bilgi vermelidir. Ameliyat sonrasında uzun süre devam eden abdominal distansiyon ileus gelişiminin bir göstergesi olabilir.

Postoperatif dönemde bağırsakları etkileyebilecek komplikasyonların önüne geçebilmek için uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şunlardır:

- ✓ Bağırsak sesleri 4 ayrı kadrandan düzenli aralıklarla dinlenir ve kaydedilir.
- ✓ Hastanın gaz çıkışı olup olmadığı sorgulanır.
- ✓ Hasta, karın ağrısı, gaz ve dışkı çıkaramama, bulantı, kusma ve distansiyon gibi ileus belirti ve bulguları yönünden takip edilmelidir.
- ✓ Peristaltik bağırsak hareketleri başladığında diyetisyenin uygun gördüğü şekilde oral alım planlaması yapılmalıdır. Hastanın tolere edebileceği rejim ile oral alıma başlanarak sonrasında diğer rejimler ile devam edilmelidir. Örneğin; abdominal alan ameliyatlarından sonra beslenmeye sıvı gıdalar ile başlanır ve hastanın klinik seyrine, tolere edebiliyor oluşuna göre yumuşak ve katı gıda ile beslenmeye devam edilir (Can, 2005; Ay, 2007; Akyolcu ve ark., 2011).

Laparoskopik cerrahi sonrası ağrı, açık cerrahi sonrası görülen ağrıdan daha az olmakla birlikte kendisini visseral ağrı ve omuz ağrısı şeklinde göstermektedir. Laparoskopik yöntem kullanılarak yapılan cerrahi girişimler sırasında abdomenin daha iyi görüntülenebilmesi amacıyla abdominal kaviteye verilen CO<sub>2</sub> gazı ile oluşan pnömoperitonyum, intraabdominal basıncın artmasına, peritonun gerilmesine, diyafragma irritasyonuna, diyafragma kas liflerinin gerilmesine ve bunlara bağlı olarak omuz ağrısına neden olurken laparoskopi sırasında kullanılan trokarlar yarattıkları abdominal travma ile somatik ağrıya neden olur (Memedov ve ark., 2008; Radosa ve ark., 2013; Bala ve ark., 2015). Laparoskopik cerrahi sonrası omuz ağrısı insidansı %31 ile %83 arasındadır (Phelps ve ark., 2008). Ameliyat sonrası ağrının yönetimi birey merkezli bütüncül bir yaklaşım ve multidisipliner ekip anlayışı ile çeşitli analjezik kombinasyonlarının ve non-farmakolojik yöntemlerin birlikte kullanılması ile sağlanır (Ettrich ve ark., 2007; Ayhan, 2015). Cerrahi girişim sonrası ağrının yönetiminde, hasta ile daha fazla vakit geçiriyor olması ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile hasta arasındaki iletişimi sağlıyor olması nedeniyle hemşirelerin rolü önemlidir (Abdalrahim ve ark., 2011). Ağrı yönetiminde hemşireye ağrının tanınması, kontrol altına alınması, başa çıkma yöntemlerinin hasta ile işbirliği içinde uygulanması, uygulanacak non-farmakolojik yöntemlere karar verilmesi,

önerilen analjezik tedavisinin uygulanması, sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesi gibi görevler düşmektedir (Aslan ve Badır, 2005; Richards ve Hubbert, 2007; Ay ve Alpar, 2010; Dikmen, 2013). Laparoskopik cerrahi sonrası görülen ağrıya yönelik hemşirelik girişimleri şunlardır:

- ✓ Ağrının tanınmasının yapılabilmesi için yeri, şiddeti, niteliği, başlangıç zamanı, hastanın ağrıyı nasıl ifade ettiği, ağrıyı arttıran ve azaltan durumlar ve ağrının hastada yarattığı etkiler sorgulanmalıdır.
- ✓ Ağrıya yönelik gerçekçi hedefler ve beklenen hasta sonuçları belirlenerek bireyselleştirilmiş bir bakım planı oluşturulmalıdır (Dikmen, 2013).
- ✓ Ağrı cerrahi girişim sonrası ilk 24-72 saat 2-4 saatte bir, daha sonra hastanın gereksinimine göre 4-8 saatte bir değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir (Kutlutürkan, 2011; Öztekin, 2011).
- ✓ Hastanın yaşı ve gelişim düzeyi göz önünde bulundurularak çeşitli ölçekler yardımıyla ağrının şiddeti değerlendirilmelidir.
- ✓ Hekim tarafından önerilen analjezik ilaçlar uygulanmalı, etkinliği değerlendirilmeli ve hasta ile hasta yakınları analjeziklerin yan etkilerine karşı uyarılmalıdır (Smeltzer ve ark., 2008; Dikmen, 2013).
- ✓ Hemşireler ağrının yönetiminde bağımsız rollerini etkin biçimde kullanabilecekleri non-farmakolojik yöntemlerden olan sıcak ve soğuk uygulama, deriye mentol uygulaması, vibrasyon, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu, masaj, terapötik dokunma vb. periferik teknikler ile gevşeme, dikkati başka yöne çekme, müzik dinleme, hayal kurma, bilişsel stratejiler gibi kognitif-davranışsal teknikleri kullanmalıdır (Özveren, 2011).
- ✓ Ağrının giderilmesine yönelik girişimler uygulandıktan sonra sonuçlar kaydedilmelidir ve gerekirse yeniden planlama yapılmalıdır.
- ✓ Hasta ve hasta yakınlarının bakıma katılması sağlanmalı, ağrı yönetimine ilişkin yanlış inanç ve uygulamaları düzeltilmeli ve bilgi verilmelidir (Aslan, 2006; Dicle, 2007).

Hastanın ameliyattan sonra hastanede kalış süresi; hastanın ameliyattan önceki fizyolojik ve psikolojik durumu, ameliyatın büyüklüğü ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişmesi gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Hastanın

taburculuk işlemleri planlanırken hasta ve ailesine dikkat etmeleri gereken hususlar konusunda yeterli bilgilendirme yapılmalıdır (Can, 2005; Aksoy ve ark., 2012).

- ✓ Hasta, ameliyattan 6-8 hafta sonra kontrole gelmesi konusunda bilgilendirilmeli ve bunun önemi vurgulanmalıdır.
- ✓ Günde en az 6-8 bardak su içmesi ve uzun süreli yatak istirahatinden kaçınması, sık sık mobilize olması konusunda bilgi verilmelidir.
- ✓ Ameliyat sonrasında bir miktar vajinal kanama olabileceği ancak kanamanın kokusunda veya miktarında değişiklik gözlemlendiğinde doktora başvurması gerektiği açıklanmalıdır.
- ✓ Uzun süre oturur pozisyonda kalmanın pelviste kan göllenmesine ve tromboembolizme neden olabileceği, bu nedenle kaçınılması gerektiği açıklanmalıdır.
- ✓ Hasta, abdominal kasların gerilmesine neden olabilecek elektrik süpürgesi kullanmak, çamaşır asmak, ağır kaldırmak gibi işlerden kaçınılması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.
- ✓ 6-8 haftadan önce cinsel fonksiyonlarına başlamaması açıklanmalıdır.
- ✓ Banyoyu ayakta duş şeklinde yapması açıklanmalıdır.
- ✓ Hastaya uterusun alınmasından dolayı basınç eksikliği hissedebileceği açıklanmalı, bu durumun yaratacağı rahatsızlığı gidermek için egzersizler önerilmelidir.
- ✓ Yüksek ateş, fazla vajinal kanama, kötü kokulu akıntı ve ağrı gibi yan etkiler görüldüğünde doktora başvurması gerektiği açıklanmalıdır.
- ✓ Yapılan cerrahi işlem sonrasında cerrahi menopoza giren hastalara, hekim kontrolü altında menopozun yan etkilerinden korunmak için kullanabileceği hormon replasman tedavisi, yan etkileri ve kullanım şekilleri hakkında bilgi verilmelidir.
- ✓ Cerrahi menopoza girmiş olan hastalara bol bol sebze ve meyve yemeleri, baharatlı ve yağlı yiyeceklerden kaçınmaları gibi beslenme önerileri verilmelidir (Can, 2005).

#### 4.4. Çalışmanın Hemşirelik Mesleği Açısından Önemi

Ameliyat sonrası dönemde fiziksel ve duygusal olarak desteğe ihtiyacı olan hastaların, hastanede yattıkları süre içinde en fazla iletişim halinde buldukları sağlık profesyonelleri hemşirelerdir (Coşkun ve Albayrak, 2001; Batdorf ve ark., 2014). Hemşirelerin, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde, homeostatik dengeyi yeniden sağlamak, en kısa sürede normal yaşama dönmesinde hastaya yardım etmek ve desteklemek, komplikasyonları önlemek veya en aza indirmek, komplikasyonları erken dönemde farkederek tedaviye katkıda bulunmak gibi sorumlulukları vardır (Erdil, 2001; Ay, 2007; Aksoy ve ark., 2012). Günümüzde bireylerin tamamlayıcı ve alternatif yöntemlere karşı ilgilerinin artmış olması ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan komplikasyonların hasta üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmada tıbbi tedavinin yanı sıra tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini gündeme getirmiştir (Turan ve ark., 2010). Bu durum, birey, aile ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamayı hizmet amacı edinen sağlık profesyonellerinin ve sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarında etkin rol almasını bir zorunluluk haline getirmiştir (Gülgün, 2014). Ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların ortaya çıkmasını önlemek ya da komplikasyonların hastada yaratacağı olumsuz etkilerin şiddetini en aza indirmek için tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları hemşirelik bakımında kullanılabilir.

Çalışmamızda GİS fonksiyonlarına olumlu etki yaratması adına kullandığımız ve tamamlayıcı tedavi niteliğinde olan ılık suyun, postoperatif dönemde hemşirelik bakımında kullanılmasının hemşirelerin bağımsız rollerini geliştirici nitelikte olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda ılık su, GİS'e bağlı komplikasyonların ortaya çıkmasını önlemeye katkıda bulunarak, tedavi maliyeti ve iş gücü kaybının minimum düzeyde tutulmasına, kısa süreli hospitalizasyon sağlanmasına ve hasta memnuniyetine olumlu yönde etki sağlayacaktır.

## **5.GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, laparoskopik histerektomi ameliyatı yapılmış hastalara ameliyat sonrası verilen ılık suyun GİS fonksiyonlarına (bağırsak hareketlerine, gaz ve gaita çıkarma süresine) etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### **5.2.Araştırmanın Hipotezleri**

**H1.** Laparoskopik histerektomi ameliyatı sonrası ılık su verilen hastaların bağırsak hareketleri, verilmeyenlere göre daha erken başlayacaktır.

**H2.** Laparoskopik histerektomi ameliyatı sonrası ılık su verilen hastalarda gaz çıkışı, verilmeyenlere göre daha erken olacaktır.

**H3.** Laparoskopik histerektomi ameliyatı sonrası ılık su verilen hastaların verilmeyenlere göre daha az GİS şikâyetleri (distansiyon, distansiyona bağlı ağrı) olacaktır.

### **5.3. Araştırmanın Şekli**

Araştırma; randomize, kontrollü ve deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

### **5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih**

Araştırma, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Bölümü Jinekoloji servisinde 25 Ocak 2018- 5 Şubat 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın gerçekleştirildiği Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1972 yılında kurulmuş olup 660 yatak kapasitesine sahiptir. Çalışmanın yapıldığı Jinekoloji servisi 19 yatak kapasitelidir ve 10 hemşire görev yapmaktadır. Araştırma için bu hastanenin tercih edilme nedeni, yıl içinde yapılan laparoskopik histerektomi sayısının yüksek olması ve laparoskopi alanında deneyimli cerrah kadrosuna sahip olmasıdır. Araştırmanın yapıldığı hastanede 2018 yılı içinde 130 abdominal, 59

vajinal ve 150 laparoskopik histerektomi ameliyatı yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı klinikte, laparoskopik histerektomi ameliyatı yapılan hastalara uygulanan, ameliyat öncesi ve sonrası tıbbi tedavi protokolü aşağıdaki gibidir:

- Laparoskopik histerektomi ameliyatı olacak hastaların ameliyattan 1 gün önce yatışları gerçekleştirilir. Yatışla birlikte hastalardan tetkikler için kan alınır.
- Yatışı gerçekleştirilen hastaya saat 18:00'de oral laksatif verilir ve saat 23:00'te lavman yapılır. Saat 24:00'ten sonra hastanın oral alımı sonlandırılır.
- Genel anestezi ile yapılan laparoskopik histerektomi ameliyatı yaklaşık 2 saat sürer. Post op dönemde sırasıyla aşağıdaki tedavi uygulanır:
  - Ranitidin hidroklorür 2x50 mg intravenöz,
  - Metoklopramit HCl 2x10 mg intravenöz,
  - Diklofenak sodyum 2x75 mg intramuskuler,
  - 1000 cc 0.09 NaCl, 1000 cc %5 Dektroz ve 1000 cc İzolen-s solüsyonları ve hekimin uygun gördüğü antibiyotik tedavisi uygulanmaktadır.
- Ameliyat sonrası hastaların oral alımlarına, post op 6. saatte Rejim 1 (R1) ile başlanıp gaz ve gaita çıkışı olup olmamasına bağlı olarak Rejim 2 (R2) ve Rejim 3 (R3) ile devam edilmektedir. Hastalara R1 diyetinde sulu gıdalar (su, çay, tanesiz komposto, meyve suyu, tanesiz tavuk suyu veya et suyu çorba vs.), R2 diyetinde sulu-yumuşak gıdalar (taneli komposto ve çorba, patates püresi, iyi pişmiş sebze yemeği, petibör bisküvi, muhallebi, galeta vs.), R3 diyetinde ise katı gıdalar verilmektedir. Hastaların oral alımlarının başlanmasında, bağırsak hareketlerinin olup olmadığı dikkate alınmamaktadır.
- Ameliyat sonrası 6. saat itibarıyla hastalar mobilize edilmektedir.
- Hastalar genel olarak ameliyat sonrası ortalama 18-24. saatte taburcu edilmektedir.

### **5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın evrenini, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniği Jinekoloji servisinde 25 Ocak 2018–5 Şubat 2019 tarihleri arasında laparoskopik histerektomi ameliyatı

olan tüm kadınlar oluşturmuştur. Örneklem ise örneklem dâhil edilme kriterlerine uyan katılımcılar alınmıştır.

Örneklem sayısı ise G\*Power 3.1.9.2 programı ile yapılan güç analizi kullanılarak hesaplanmıştır. Örneklem sayısı hesaplanırken, etki genişliği 0.70, alfa (a) değeri 0.05, tip II hata oranı 0.95 ve %95 güç alınarak yapılan hesaplamada örneklem sayısı deney grubunda 45, kontrol grubunda 45 katılımcı olmak üzere toplam 90 olarak bulunmuştur.

**Randomizasyon:** Çalışmamızın randomizasyonu [www.randomizer.org](http://www.randomizer.org) sitesinde yapılmış olup aşağıdaki gibidir:

Deney grubu: 1, 3, 5, 6, 9, 11, 13, 15, 18, 21, 22, 26, 29, 30, 35, 36, 38, 41, 42, 43, 47, 48, 50, 55, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 73, 76, 79, 83, 84, 87, 89, 8, 16, 54, 82.

Kontrol grubu: 4, 17, 20, 23, 24, 32, 33, 34, 39, 44, 45, 46, 49, 51, 52, 56, 57, 58, 67, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 80, 81, 85, 86, 88, 90, 2, 7, 10, 12, 14, 19, 25, 27, 28, 31, 37, 40, 53.

### 5.5.1 Örneklem dâhil edilme kriterleri

- Çalışmaya katılmak isteyen,
- 18 yaş ve üzeri,
- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı,
- En az ilkokul mezunu,
- Jinekolojik kanser tanısı almamış,
- Laparoskopik histerektomi (TLH+BSO [Total Laparoskopik Histerektomi Bilateral Salpingo Ooferektomi]) ameliyatı yapılmış kadınlar alınmıştır.

### 5.5.2 Örneklem dâhil edilmeme kriterleri

- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayan,
- 18 yaş altında olan,
- Okuma yazma bilmeyen,
- Jinekolojik kanser tanısı almış,
- Laparotomi ile histerektomi (TAH+BSO) ameliyatı yapılmış,
- Çalışmaya katılmak istemeyen kadınlar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

### 5.5.3 Çalışma dışı bırakılma kriterleri

- Ameliyatı laparoskopik (TLH+BSO) operasyon olarak planlanmış olup çeşitli nedenlerle laparotomiye (TAH+BSO) dönen,
- Operasyon sırasında veya sonrasında komplikasyon (kanama, perforasyon vb.) gelişen,
- Formları eksik dolduran,
- Operasyon sonrası veri toplama aşamasında çalışmadan çekilmek isteyen hastalar çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Çalışmaya 51 deney grubunda, 52 kontrol grubunda olmak üzere toplam 103 katılımcı ile başlanmıştır. Çalışmamızda, deney grubunda 6 kişi (3'ü ameliyatın çeşitli nedenlerle laparotomiye dönmesi, 1'i ameliyat sırasında komplikasyon gelişmesi, 1'i operasyon sonrası veri toplama aşamasında çalışmaya katılmaktan vazgeçmesi, 1'i ılık su verilmeden önce tansiyonun yüksek olması nedeniyle), kontrol grubunda 7 kişi (5'i ameliyatın çeşitli nedenlerle laparotomiye dönmesi, 2'si ameliyat sırasında komplikasyon gelişmesi nedeniyle) olmak üzere toplamda 13 katılımcı çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Çalışmamız deney grubunda 45, kontrol grubunda 45 kişi olmak üzere toplam 90 kişi ile tamamlanmıştır.

### 5.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, Anket Formu- Ek 1 ve Hasta Takip ve Değerlendirme Formu- Ek 2 (HTDF) kullanılarak elde edilmiştir. Anket formu, ameliyat öncesi dönemde hasta ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. HTDF, ilk oral alımından sonraki ilk 4 saat boyunca saat başı, sonraki 8 saat boyunca 2 saatte bir olmak üzere toplamda 12 saat süreyle araştırmacının hastayı değerlendirerek elde ettiği bulguları kaydetmesi ile dolduruldu.

#### 5.6.1. Anket Formu (Ek 1):

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu vb.), geçmiş ve mevcut sağlık öyküsünü (sistemik hastalığı ve sürekli kullandığı ilaç

olup olmadığı, geçirilmiş cerrahi öyküsü ve sonrasında yaşanan komplikasyonlar) ve bağırsak alışkanlığını sorgulayan 20 sorudan oluşmaktadır.

### **5.6.2 Hasta Takip ve Değerlendirme Formu (Ek 2) (HTDF):**

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan HTDF<sup>2</sup>'ye, hastanın tanısı, ameliyat süresi, ameliyat esnasında uygulanan ilaçlar, ameliyat sonrası kullanılan ilaçlar (analjezik vb.), mobilizasyon zamanı, ameliyat sonrasında aldığı ve çıkardığı toplam sıvı miktarı, bulantı-kusma durumu, abdominal distansiyon ve distansiyona bağlı ağrı varlığı, bağırsak seslerinin varlığı, gaz ve gaita çıkış zamanı kaydedilir.

Bağırsak sesleri, araştırmacı veya klinik hemşiresi tarafından stetoskop ile abdominal dört kadranın her birinin birer dakika dinlenilmesi ile değerlendirilmiştir. Abdominal distansiyon ise yine araştırmacı veya klinik hemşiresi tarafından palpasyon yöntemi ile değerlendirilmiştir.

### **5.7.Verilerin Toplanma Aşamaları**

Veri toplama sürecinin ilk aşamasında, laparoskopik histerektomi ameliyatı yapılması planlanan kadınlar çalışmanın amacı açıklanarak çalışmaya davet edildi. Çalışmaya katılmak isteyen kadınlar örneklem kriterleri açısından değerlendirildi.

Örneklem kriterlerine uyan kadınlardan hangisinin deney hangisinin kontrol grubunda yer alacağına randomizasyon kontrol listesine göre karar verildi. Daha sonra katılımcılardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu (Ek 3) okumaları ve imzalamaları istendi.

Gruplardaki katılımcılara sırasıyla aşağıda belirtilen adımlar uygulandı:

#### **5.7.1 Deney grubu aşamaları**

##### **1.Aşama**

Deney grubundaki tüm katılımcılara Anket Formu (Ek 1) dolduruldu.

##### **2. Aşama**

Deney grubunda yer alan katılımcılara ameliyattan çıktıktan sonraki postoperatif 6. saatte (bilinci açıksa, iletişim kurabiliyorsa, yutma güçlüğü yoksa ve vital bulguları normale) 37 °C ısıdaki 200 ml ılık su 5 dakika içinde içirildi. Katılımcılara verilen su, klinikteki su ısıtıcı ile ısıtıldıktan sonra gıda termometresi ile kontrol edilerek uygun ısıya gelene kadar beklendi. Uygun ısıya getirilen su, ısı kaybını engellemek amacıyla termoslarda muhafaza edildi.

### 3. Aşama

Deney grubundaki katılımcılar, ılık su verildikten sonraki ilk 4 saat boyunca her saat başı, daha sonraki 8 saat boyunca 2 saatte bir toplamda 12 saat süreyle, HTDF (Ek 2) kullanılarak değerlendirildi.

## **5.7.2 Kontrol grubu aşamaları**

### 1. Aşama

Kontrol grubundaki tüm katılımcılara Anket Formu (Ek 1) dolduruldu.

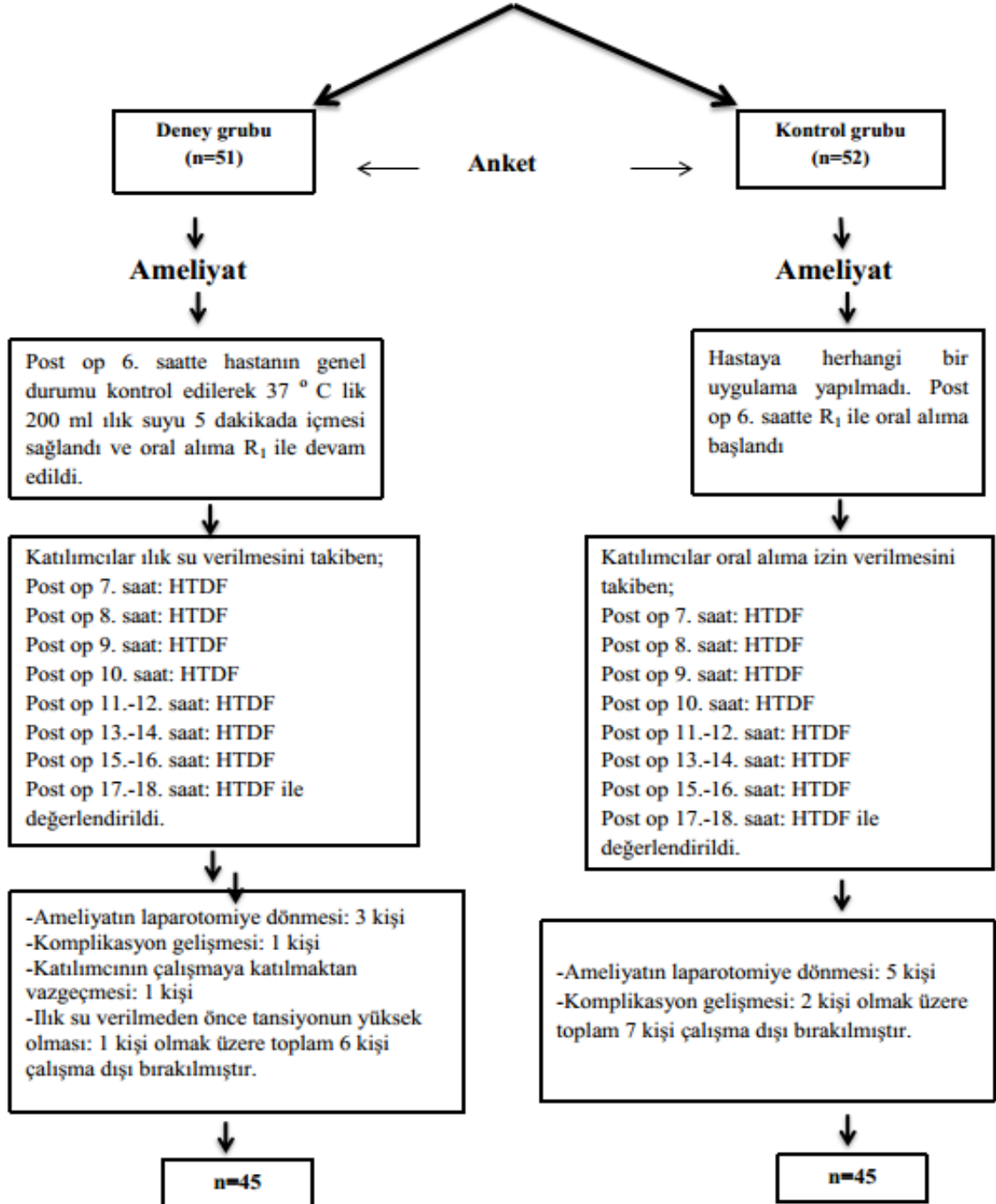
### 2. Aşama

Kontrol grubundaki katılımcıların, rutin uygulamada olduğu gibi postoperatif 6. saatte R1 ile oral alıma başlamalarına izin verildi.

### 3. Aşama

Kontrol grubundaki katılımcılar, oral alıma izin verildikten sonraki ilk 4 saat boyunca her saat başı, daha sonraki 8 saat boyunca 2 saatte bir toplamda 12 saat süreyle, HTDF (Ek 2) kullanılarak değerlendirildi.

## ARAŞTIRMA AKIŞ ŞEMASI



## 5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, istatistik programına aktarıldıktan sonra araştırmacılar tarafından analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildikten sonra normal dağılıma uygun olan veriler, bağımsız gruplar t testi ile analiz edildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi ve Fisher's Exact testi kullanıldı. İstatistik anlamlılıkta  $p < 0.05$  kabul edildi.

## 5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulundan etik kurul onayı (Etik kurul onay no: 2017/ 0369 [Ek 4] ) ve S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimliğinden kurum izni alındı.

Çalışmaya katılan kişilere; araştırmacının kimliği, araştırmanın amacı, alınan bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabiliceği bilgisi ayrıntılı olarak verildi. Çalışmaya katılmak isteyen katılımcılara 'Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur Formu' (Ek 3) imzalatıldı.

## 5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin Jinekoloji Servisi'nde yatan ve örneklem kriterlerine uyan hastalarla gerçekteştirilmiştir. Elde edilen sonuçlar genellenemez.

Verilerin toplanması aşamasında kullanılabilicek geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış bir ölçme aracının olmaması ve bu nedenle araştırmacıların kendi hazırladıkları HTDF'yi kullanmaları araştırmanın sınırlılıklarından biridir. Çalışmada hastalar post op 18 saat takip edilmiştir. Uzun vadede GİS'de ortaya çıkabilen komplikasyonlar açısından hastaların izlenememesi çalışmanın sınırlılıklarındandır.

Çalışmanın en önemli güçlüğu ise; klinikte çalışan doktorların bazılarının ameliyatını yaptığı hastanın çalışmaya dâhil edilmesine izin vermemesidir.

Çalışmanın bir diğer güçlüğü de araştırmacının klinikte olmadığı zamanlarda ameliyat edilmek üzere hastaneye yatan hastaların çalışma kapsamına alınamamasıdır.



## 6. BULGULAR

Araştırma, deney grubunda 45 kişi ve kontrol grubunda 45 kişi olmak üzere toplam 90 katılımcı ile tamamlandı. Araştırmadan elde edilen veriler 3 başlık altında incelendi.

1. Gruplardaki Katılımcıların Demografik Özellikleri, Geçmiş Cerrahi ve Özgeçmişleri ile İlgili Bulgular
2. Ameliyat ve Takip Sürecinde Yapılan Uygulamalar ile İlgili Bulgular
3. İlk Suyun Gastrointestinal Sistem Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulgular

### 6.1. Gruplardaki Katılımcıların Demografik Özellikleri, Geçmiş Cerrahi ve Özgeçmişleri ile İlgili Bulgular

Gruplardaki katılımcıların yaş ortalamalarının deney grubunda  $50.26 \pm 7.63$  yıl, kontrol grubunda  $49.1 \pm 5.32$  yıl olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ( $t=0.81$ ;  $p=0.41$ ). Gruplardaki katılımcıların ortalama çocuk sayılarının deney grubunda  $2.53 \pm 1.3$ , kontrol grubunda  $2.64 \pm 1.3$  olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ( $t= -0.39$ ;  $p=0.69$ ). Gruplardaki katılımcıların eğitim durumları değerlendirildiğinde deney grubundaki katılımcıların %71.1'inin ( $n=32$ ) ilköğretim mezunu, %28.9'unun ( $n=13$ ) lise ve üzeri eğitim almış olduğu; kontrol grubundaki katılımcıların %86.7'sinin ( $n=39$ ) ilköğretim mezunu, %13.3'ünün ( $n=6$ ) lise ve üzeri eğitim almış olduğu ve gruplar arasında eğitim durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $X^2=3.26$ ;  $p=0.07$ ). Deney grubundaki katılımcıların %73.3'ünün ( $n=33$ ) çalışmadığı, %26.7'sinin ( $n=12$ ) çalışmakta olduğu; kontrol grubundaki katılımcıların ise %77.8'inin ( $n=35$ ) çalışmadığı, %22.2'sinin ( $n=10$ ) çalışmakta olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ( $X^2=0.24$ ;  $p=0.62$ ) (Tablo 1).

<b>Tablo 1. Gruplardaki Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması</b>							
<b>Özellikler</b>	<b>Deney Grubu (n=45)</b>		<b>Kontrol Grubu (n=45)</b>		<b>Toplam (n=90)</b>	<b>İstatistiksel Analiz t/ X<sup>2</sup> p</b>	
	<b>X±SS</b>		<b>X±SS</b>				<b>X±SS</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	50.26±7.63		49.1±5.32		49.7±6.56		t= 0.81; p= 0.41*
<b>Çocuk sayısı</b>	2.53±1.3		2.64±1.3		2.58±1.31		t= -0.39; p= 0.69*
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Eğitim durumu</b>							
- İlk öğretim	32	71.1	39	86.7	71	78.9	X <sup>2</sup> = 3.26 p= 0.07**
- Lise ve üzeri	13	28.9	6	13.3	19	21.1	
<b>Çalışma durumu</b>							
- Çalışan	12	26.7	10	22.2	22	24.4	X <sup>2</sup> = 0.24 p= 0.62**
- Çalışmayan	33	73.3	35	77.8	68	75.6	
<b>TOPLAM</b>	45	100.0	45	100.0	90	100.0	
SS= Standart Sapma *t-testi, **Ki-kare testi Tablodaki analizler t testi ve ki-kare testi ile yapılmıştır.							

Gruplardaki katılımcıların menopoza girme durumları değerlendirildiğinde; deney grubundaki katılımcıların %31.1'inin (n=14) menopoza girdiği, %68.9'unun (n=31) menopoza girmediği; kontrol grubundaki katılımcıların ise %22.2'sinin (n=10) menopoza girdiği, %77.8'inin (n=35) menopoza girmediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir (X<sup>2</sup>=0.9; p=0.34). Gruplardaki katılımcılar sistemik hastalıklar yönünden karşılaştırıldığında deney grubundaki katılımcıların %57.8'inin (n=26) sistemik hastalığı olduğu, %42.2'sinin (n=19) sistemik hastalığı olmadığı; kontrol grubundaki katılımcıların %44.4'ünün (n=20) sistemik hastalığı olduğu, %55.6'sının (n=25) sistemik hastalığı olmadığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (X<sup>2</sup>=1.6; p=0.2). Gruplardaki katılımcıların sürekli ilaç kullanım durumlarına bakıldığında hem deney grubundaki hem de kontrol grubundaki katılımcıların %46.7'sinin (n=21) sürekli kullandığı bir ilaç olduğu, %53.3'ünün (n=24) sürekli kullandığı bir ilaç olmadığı belirlenmiştir (X<sup>2</sup>=0; p=1) (Tablo 2). En çok kullanılan

ilaç grubu ise hem deney grubundaki hem de kontrol grubundaki katılımcıların %26.7'sinin (n=12) kullandığı antihipertansiflerdir.

<b>Tablo 2. Gruplardaki Katılımcıların Sağlıkla İlişkili Özelliklerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması</b>							
<b>Özellikler</b>	<b>Deney Grubu (n=45)</b>		<b>Kontrol Grubu (n=45)</b>		<b>Toplam (n=90)</b>		<b>İstatistiksel Analiz X<sup>2</sup> p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Menopoz</b>							
- Giren	14	31.1	10	22.2	24	26.7	X <sup>2</sup> = 0.9
- Girmeyen	31	68.9	35	77.8	66	73.3	p= 0.34
<b>Sistemik hastalık</b>							
-Var	26	57.8	20	44.4	46	51.1	X <sup>2</sup> = 1.6
-Yok	19	42.2	25	55.6	44	48.9	p= 0.2
<b>İlaç kullanımı</b>							
-Var	21	46.7	21	46.7	42	46.7	X <sup>2</sup> = 0
-Yok	24	53.3	24	53.3	48	53.3	p= 1
<b>TOPLAM</b>	45	100.0	45	100.0	90	100.0	
Tablodaki analizler ki-kare testi ile yapılmıştır.							

Gruplardaki katılımcıların ameliyattan önceki bağırsak alışkanlıkları incelendiğinde; gaita yapma sıklığının deney grubundaki katılımcıların %57.8'inde (n=26) günde bir ya da birden fazla, %28.9'unda (n=13) iki günde bir, %13.3'ünde (n= 6) üç gün ya da daha uzun sürede bir olduğu; kontrol grubundaki katılımcıların %73.3'ünde (n=33) günde bir ya da birden fazla, %15.6'sında (n=7) iki günde bir, %11.1'inde (n=5) üç gün ya da daha uzun sürede bir olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (X<sup>2</sup>=2.72; p=0.25). Deney grubundaki katılımcıların %28.9'unun (n=13), kontrol grubundaki katılımcıların %37.8'inin (n=17) ameliyattan önceki yaşantılarında gaz sancısı yaşadığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (X<sup>2</sup>=0.8; p=0.37). Ameliyattan önceki yaşantılarında gaz sancısı yaşayan katılımcıların gaz sancısı ile baş etme yöntemlerine bakıldığında ise deney grubundaki katılımcıların %15.6'sının (n=7) hiçbir şey yapmadığı, %11.1'inin (n=5) medikal yöntemleri, %2.2'sinin (n=1)

lokal ısı yöntemini kullandığı; kontrol grubundaki katılımcıların %26.7'sinin (n=12) hiçbir şey yapmadığı, %4.4'ünün (n=2) medikal yöntemleri, %2.2'sinin (n=1) mobilizasyon yöntemini, %4.4'ünün (n=2) bitki çayı yöntemini kullandığı görülmüş olup gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).

<b>Tablo 3. Gruplardaki Katılımcıların Ameliyattan Önceki Bağırsak Alışkanlıklarının Dağılımlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması</b>							
<b>Bağırsak alışkanlıkları</b>	<b>Deney Grubu (n=45)</b>		<b>Kontrol Grubu (n=45)</b>		<b>Toplam (n=90)</b>		<b>İstatistiksel Analiz</b> <b>X<sup>2</sup> p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Gaita yapma sıklığı</b>							
- Günde bir ya da ↑	26	57.8	33	73.3	59	65.6	X <sup>2</sup> = 2.72; p= 0.25
- İki günde bir	13	28.9	7	15.6	20	22.2	
- Üç günde bir ve ↑	6	13.3	5	11.1	11	12.2	
<b>Gaz sancısı yaşama</b>							
- Evet	13	28.9	17	37.8	30	33.3	X <sup>2</sup> = 0.8; p= 0.37
- Hayır	32	71.1	28	62.2	60	66.7	
<b>TOPLAM</b>	45	100.0	45	100.0	90	100.0	
<b>Gaz sancısıyla baş etmeye yönelik uygulamaları*</b>							
- Hiçbir şey	7	15.6	12	26.7	19	21.1	
- Medikal tedavi	5	11.1	2	4.4	7	7.8	
- Mobilizasyon	-	-	1	2.2	1	1.1	
- Lokal ısı	1	2.2	-	-	1	1.1	
- Bitki çayı	-	-	2	4.4	2	2.2	
Tablodaki analizler ki-kare testi ile yapılmıştır. *n katlanmıştır.							

<b>Tablo 4. Gruplardaki Katılımcıların Abdominal Cerrahi Ameliyatı Geçirme Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması</b>							
<b>Abdominal Cerrahi Türü</b>	<b>Deney Grubu (n=45)</b>		<b>Kontrol Grubu (n=45)</b>		<b>Toplam (n=90)</b>		<b>İstatistiksel Analiz X<sup>2</sup> p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Karaciğer ve Safra Yolları Ameliyatları	4	8.9	4	8.9	8	8.9	X <sup>2</sup> = 0; p= 0.64*
Bağırsak Ameliyatları	4	8.9	4	8.9	8	8.9	X <sup>2</sup> = 0; p= 0.64*
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ameliyatları	10	22.2	13	28.9	23	25.6	X <sup>2</sup> =0.52;p=0.46**

Tablodaki analizler \* Fisher's Exact Test ve \*\* ki-kare testi ile yapılmıştır.

Gruplardaki katılımcıların abdominal cerrahi geçirme durumları Tablo 4'te sunulmuştur. Buna göre deney grubundaki katılımcıların %8.9'unun (n=4) karaciğer ve safra yolları ameliyatı, %8.9'unun (n=4) bağırsak ameliyatı, %22.2'sinin (n=10) kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili ameliyat; kontrol grubundaki katılımcıların %8.9'unun (n=4) karaciğer ve safra yolları ameliyatı, %8.9'unun (n=4) bağırsak ameliyatı, %28.9'unun (n=13) kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili ameliyat geçirmiş olduğu ve gruplar arasında abdominal cerrahi öyküsü yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5'te geçmişte abdominal cerrahi geçirmiş olan katılımcıların ameliyat sonrası bulantı yaşama durumlarının ve bulantı ile baş etmede kullandıkları yöntemlerin dağılımları gösterilmektedir. Deney grubundaki katılımcıların %27.8'inin (n=5), kontrol grubundaki katılımcıların ise %23.8'inin (n=5) geçmişteki abdominal cerrahi ameliyatından sonra bulantı yaşamış olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (X<sup>2</sup>=0.08; p=0.53). Katılımcıların bulantı ile baş etme yöntemlerine bakıldığında deney grubundaki katılımcıların %16.7'sinin (n=3) medikal tedavi kullandığı, %11.1'inin (n=2) hiçbir şey kullanmadığı; kontrol grubundaki katılımcıların %14.3'ünün (n=3) medikal tedavi kullandığı, %9.5'inin (n=2) hiçbir şey kullanmadığı görülmüştür (Tablo 5).

<b>Tablo 5. Gruplardaki Katılımcıların Geçmişte Abdominal Cerrahi Sonrası Bulantı Yaşama Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ve Bulantı ile Baş Etmede Kullandıkları Uygulamalar</b>							
	<b>Deney Grubu (n=18)</b>		<b>Kontrol Grubu (n=21)</b>		<b>Toplam (n=39)</b>		<b>İstatistiksel Analiz X<sup>2</sup> p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Bulantı</b>							
-Evet	5	27.8	5	23.8	10	25.6	X <sup>2</sup> = 0.08; p= 0.53
-Hayır	13	72.2	16	76.2	29	74.4	
<b>Bulantıyı Azaltıcı Uygulamalar</b>							
- Medikal Tedavi	3	16.7	3	14.3	6	15.4	
-Uygulama Yok	2	11.1	2	9.5	4	10.3	
Tablodaki analizler ki-kare testi ile yapılmıştır.							

Tablo 6’da geçmişte abdominal cerrahi geçirmiş olan katılımcıların ameliyat sonrası kusma yaşama durumlarının ve kusma ile baş etmede kullandıkları yöntemlerin dağılımları gösterilmektedir. Deney grubundaki katılımcıların %5.6’sının (n=1), kontrol grubundaki katılımcıların ise %4.8’inin (n=1) geçmişteki abdominal cerrahi ameliyatından sonra kusma yaşamış olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (X<sup>2</sup>=0.01; p=0.71). Katılımcıların kusma ile baş etme yöntemlerine bakıldığında her iki gruptaki katılımcıların da herhangi bir yöntem kullanmadığı görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 7’de geçmişte abdominal cerrahi geçirmiş olan katılımcıların ameliyat sonrası gaz sancısı yaşama durumlarının ve gaz sancısı ile baş etmede kullandıkları yöntemlerin dağılımları gösterilmektedir. Deney grubundaki katılımcıların %16.7’sinin (n=3), kontrol grubundaki katılımcıların ise %9.5’inin (n=2) geçmişteki abdominal cerrahi ameliyatından sonra gaz sancısı yaşamış olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (X<sup>2</sup>=0.44; p=0.42). Katılımcıların gaz sancısı ile baş etme yöntemlerine bakıldığında deney grubundaki katılımcıların %5.6’sının (n=1) medikal tedavi kullandığı, %11.1’inin (n=2) hiçbir

şey kullanmadığı; kontrol grubundaki katılımcıların %9.5'inin (n=2) mobilizasyon yöntemini kullandığı görülmüştür (Tablo 7).

<b>Tablo 6. Gruplardaki Katılımcıların Geçmişte Abdominal Cerrahi Sonrası Kusma Yaşama Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ve Kusma ile Baş Etmede Kullandıkları Yöntemler</b>							
	<b>Deney Grubu (n=18)</b>		<b>Kontrol Grubu (n=21)</b>		<b>Toplam (n=39)</b>		<b>İstatistiksel Analiz X<sup>2</sup> p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Kusma</b>							
- Evet	1	5.6	1	4.8	2	5.1	X <sup>2</sup> =0.01;p= 0.71
- Hayır	17	94.4	20	95.2	37	94.9	
<b>Kusmayı Azaltıcı Uygulamalar</b>							
- Uygulama Yok	1	5.6	1	4.8	2	5.1	
Tablodaki analizler Fisher's Exact Testi ile yapılmıştır.							

<b>Tablo 7. Gruplardaki Katılımcıların Geçmişte Abdominal Cerrahi Sonrası Gaz Sancısı Yaşama Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ve Gaz Sancısı ile Baş Etmede Kullandıkları Yöntemler</b>							
	<b>Deney Grubu (n=18)</b>		<b>Kontrol Grubu (n=21)</b>		<b>Toplam (n=39)</b>		<b>İstatistiksel Analiz X<sup>2</sup> p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Gaz Sancısı</b>							
- Evet	3	16.7	2	9.5	5	12.8	X <sup>2</sup> =0.44; p=0.42
- Hayır	15	83.3	19	90.5	34	87.2	
<b>Gaz Sancısını Azaltıcı Uygulamalar</b>							
- Medikal tedavi	1	5.6	-	-	1	2.6	
- Mobilizasyon	-	-	2	9.5	2	5.1	
- Uygulama Yok	2	11.1	-	-	2	5.1	
Tablodaki analizler Fisher's Exact Testi ile yapılmıştır.							

Tablo 8’de geçmişte abdominal cerrahi geçirmiş olan katılımcıların ameliyat sonrası şişkinlik yaşama durumlarının ve şişkinlik ile baş etmede kullandıkları yöntemlerin dağılımları gösterilmektedir. Deney grubundaki katılımcıların %5.6’sının (n=1), kontrol grubundaki katılımcıların ise %9.5’inin (n=2) geçmişteki abdominal cerrahi ameliyatından sonra şişkinlik yaşamış olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $X^2=0.21$ ;  $p=0.55$ ). Katılımcıların şişkinlik ile baş etme yöntemlerine bakıldığında her iki gruptaki katılımcıların da herhangi bir yöntem kullanmadığı görülmüştür (Tablo 8).

<b>Tablo 8. Gruplardaki Katılımcıların Geçmişte Abdominal Cerrahi Sonrası Şişkinlik Yaşama Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ve Şişkinlik ile Baş Etmede Kullandıkları Yöntemler</b>							
<b>Şişkinlik</b>	<b>Deney Grubu(n=18)</b>		<b>Kontrol Grubu (n=21)</b>		<b>Toplam (n=39)</b>		<b>İstatistiksel Analiz</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
- Evet	1	5.6	2	9.5	3	7.7	$X^2= 0.2$ ; $p= 0.55$
- Hayır	17	94.4	19	90.5	36	92.3	
<b>Şişkinliği Azaltıcı Uygulamalar</b>							
- Uygulama Yok	1	5.6	2	9.5	3	7.7	

Tablodaki analizler Fisher’s Exact Testi ile yapılmıştır.

## 6.2. Ameliyat ve Takip Sürecinde Yapılan Uygulamalar ile İlgili Bulgular

Tablo 9’da katılımcıların laparoskopik histerektomi ameliyatı olma nedenleri ve ameliyat süreleri verilmiştir. Buna göre deney grubundaki katılımcıların %26.7’si (n=12) atipili ve atipisiz hiperplazi ile CIN 1-2-3, %8.9’u (n=4) menometroraji, anormal uterin kanama ve postmenopozal kanama, %17.8’i (n=8) tedaviye dirençli kanama, %13.3’ü (n=15) myoma uteri, %13.3’ü (n=6) adneksiyal kitle nedeniyle; kontrol grubundaki katılımcıların %28.9’u (n=13) atipili ve atipisiz hiperplazi ile CIN 1-2-3, %17.8’i (n=8) menometroraji, anormal uterin kanama ve postmenopozal kanama, %22.2’si (n=10) tedaviye dirençli kanama, %20.0’si (n=9) myoma uteri, %11.1’i (n=5) adneksiyal kitle nedeniyle laparoskopik histerektomi ameliyatı olduğu

ve gruplar arasında ameliyat olma nedeni yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $X^2=3.18$ ;  $p=0.52$ ). Gruplardaki katılımcıların ameliyat süreleri değerlendirildiğinde ise ortalama ameliyat sürelerinin deney grubunda  $2.22\pm0.31$ , kontrol grubunda  $2.22\pm0.29$  saat olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ( $t=0$ ;  $p=1$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9. Gruplardaki Katılımcılara Laporoskopik Histerektomi Ameliyatı Yapılma Nedenlerinin ve Ameliyat Sürelerinin Karşılaştırılması**

Ameliyat tanısı	Deney Grubu (n=45)		Kontrol Grubu (n=45)		Toplam (n=90)		İstatistiksel Analiz t / $X^2$ p
	n	%	n	%	n	%	
- Atipili ve Atipisiz Hiperplazi İle CIN 1-2-3	12	26.7	13	28.9	25	27.8	$X^2= 3.18$ $p= 0.52$
- Menometroraji, AUK,PMK	4	8.9	8	17.8	12	13.3	
- Tedaviye Dirençli Kanama	8	17.8	10	22.2	18	20.0	
- Myoma Uteri	15	33.3	9	20.0	24	26.7	
- Adneksiyal Kitle	6	13.3	5	11.1	11	12.2	
<b>TOPLAM</b>	45	100.0	45	100.0	90	100.0	
	<b>X±SS</b>		<b>X±SS</b>		<b>X±SS</b>		
<b>Ameliyat Süresi (st)</b>	2.22±0.31		2.22±0.29		2.22±0.3		t= 0; p= 1

SS= Standart Sapma, AUK= Anormal Uterin Kanama, PMK=Postmenopozal Kanama  
Tablodaki analizler t testi ve ki-kare testi ile yapılmıştır.

Gruplardaki katılımcıların postoperatif dönemde mobilize olma sayılarının deney grubunda  $5.33\pm0.82$ , kontrol grubunda  $5.33\pm0.85$  olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $t=0$ ;  $p=1$ ) (Tablo 10).

<b>Tablo 10. Gruplardaki Katılımcıların Postoperatif Dönemde Mobilize Olma Sayılarının Dağılımlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması</b>								
<b>Mobilizasyon Sayısı</b>	<b>Deney Grubu (n=45)</b>		<b>Kontrol Grubu (n=45)</b>		<b>Toplam (n=90)</b>		<b>İstatistiksel Analiz</b>	
	<b>X±SS</b>		<b>X±SS</b>		<b>X±SS</b>		<b>t p</b>	
		5.33±0.82		5.33±0.85		5.33±0.83		t= 0; p= 1

SS: Standart Sapma. Tablodaki analiz t testi ile yapılmıştır.

Tablo 11’te gruplardaki katılımcıların post op mobilizasyon durumları sunulmuştur ve buna göre gruplar arasında post op mobilizasyon durumları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir.

<b>Tablo 11. Gruplardaki Katılımcıların Post Op Mobilizasyon Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması</b>													
<b>Post-op Saat</b>	<b>Deney Grubu (n=45)</b>				<b>Kontrol Grubu (n=45)</b>				<b>Toplam (n=90)</b>				<b>İstatistiksel Analiz X<sup>2</sup> p</b>
	<b>Mobilizasyon</b>				<b>Mobilizasyon</b>				<b>Mobilizasyon</b>				
	<b>Var</b>		<b>Yok</b>		<b>Var</b>		<b>Yok</b>		<b>Var</b>		<b>Yok</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>İlk 6 St</b>	-	-	45	100.0	-	-	45	100.0	-	-	90	100.0	Analiz yapılamadı.
<b>7. St</b>	42	93.3	3	6.7	42	93.3	3	6.7	84	93.3	6	6.7	X <sup>2</sup> = 0 p= 0.66**
<b>8. St</b>	32	71.1	13	28.9	34	75.6	11	24.4	66	73.3	24	26.7	X <sup>2</sup> = 0.22 p= 0.63*
<b>9. St</b>	32	71.1	13	28.9	29	64.4	16	35.6	61	67.8	29	32.2	X <sup>2</sup> = 0.45 p= 0.49*
<b>10. St</b>	24	53.3	21	46.7	32	71.1	13	28.9	56	62.2	34	37.8	X <sup>2</sup> = 3.02 p= 0.08*
<b>11-12. St</b>	25	55.6	20	44.4	22	48.9	23	51.1	47	52.2	43	47.8	X <sup>2</sup> = 0.4 p= 0.52*
<b>13-14. St</b>	19	42.2	26	57.8	22	48.9	23	51.1	41	45.6	49	54.4	X <sup>2</sup> = 0.4 p= 0.52*
<b>15-16. St</b>	25	55.6	20	44.4	27	60.0	18	40.0	52	57.8	28	42.2	X <sup>2</sup> = 0.18 p= 0.67*
<b>17-18. St</b>	41	91.1	4	8.9	37	82.2	8	17.8	78	86.7	12	13.3	X <sup>2</sup> = 1.53 p= 0.21*

Tablodaki analizler \*Ki-kare testi ve \*\* Fisher’s Exact Testi ile analiz edilmiştir.  
a= p<0.05

Klinikte postoperatif dönemde hastaların yaşadıkları ağrıyı azaltmaya yönelik kullanılan Dikloron ampulün yeterli olmadığı durumlarda Contramal 100 mg ampül kullanılmaktadır. Gruplardaki katılımcıların post op Contramal ampül kullanma durumlarına bakıldığında hem deney hem de kontrol grubundaki katılımcıların %4.4'üne (n=2) Contramal ampül uygulanmış olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $X^2=0$ ;  $p=0.69$ ) (Tablo 12).

<b>Tablo 12. Gruplardaki Katılımcıların Postoperatif Dönemde Contramal Yapılma Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması</b>							
<b>Contramal Yapılma Durumu</b>	<b>Deney Grubu (n=45)</b>		<b>Kontrol Grubu (n=45)</b>		<b>Toplam (n=90)</b>		<b>İstatistiksel Analiz <math>X^2</math>      <math>p</math></b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
-Yapılan	2	4.4	2	4.4	4	4.4	$X^2= 0$ ; $p= 0.69$
-Yapılmayan	43	95.6	43	95.6	86	95.6	
<b>TOPLAM</b>	45	100.0	45	100.0	90	100.0	

Tablodaki analiz Fisher's Exact Testi ile yapılmıştır.

### **6.3. İlk Suyun Gastrointestinal Sistem Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulgular**

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların postoperatif dönemde aldığı sıvı miktarları (intravenöz ve oral) değerlendirildiğinde; deney grubundaki katılımcıların ortalama aldığı sıvı miktarının 3996.6 ml, kontrol grubundaki katılımcıların ortalama aldığı sıvı miktarının ise 4013.3 ml olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir ( $t=-0.24$ ;  $p=0.80$ ). Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların postoperatif dönemde çıkardığı sıvı miktarları değerlendirildiğinde ise; deney grubundaki katılımcıların ortalama çıkardığı sıvı miktarının 2566.2 ml, kontrol grubundaki katılımcıların ortalama çıkardığı sıvı miktarının ise 2427.7 ml olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir ( $t=0.76$ ;  $p=0.44$ ).

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların post op bulantı yaşama durumları değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 14’te deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların post op kusma yaşama durumları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Post op 10. ve 17-18. saatlerde deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların hiçbiri kusma yaşamadığı için istatistiksel analiz yapılamamıştır.

**Tablo 13. Gruplardaki Katılımcıların Post Op Bulantı Yaşama Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Post-op Saat	Deney Grubu (n=45)		Kontrol Grubu (n=45)		Toplam (n=90)		İstatistiksel Analiz X <sup>2</sup> p
	Bulantı		Bulantı		Bulantı		
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	
<b>İlk 6 St</b>	32 71.1	13 28.9	32 71.1	13 28.9	64 71.1	26 28.9	X <sup>2</sup> = 0 p= 1*
<b>7. St</b>	22 48.9	23 51.1	28 62.2	17 37.8	50 55.6	40 44.4	X <sup>2</sup> = 1.62 p= 0.2*
<b>8. St</b>	15 33.3	30 66.7	24 53.3	21 46.7	39 43.3	51 56.7	X <sup>2</sup> = 3.66 p= 0.5*
<b>9. St</b>	6 13.3	39 86.7	9 20.0	36 80.0	15 16.7	75 83.3	X <sup>2</sup> = 0.72 p= 0.57*
<b>10. St</b>	1 2.2	44 97.8	4 8.9	41 91.1	5 5.6	85 94.4	X <sup>2</sup> = 1.9 p= 0.18**
<b>11-12. St</b>	2 4.4	43 95.6	3 6.7	42 93.3	5 5.6	85 94.4	X <sup>2</sup> = 0.21 p= 0.5**
<b>13-14. St</b>	1 2.2	44 97.8	2 4.4	43 95.6	3 3.3	87 96.7	X <sup>2</sup> = 0.3 p= 0.5**
<b>15-16. St</b>	- -	45 100.0	2 4.4	43 95.6	2 4.4	88 97.8	X <sup>2</sup> = 2.04 p= 0.24**
<b>17-18. St</b>	- -	45 100.0	2 4.4	43 95.6	2 4.4	88 97.8	X <sup>2</sup> = 2.04 p= 0.24**

Tablodaki analizler \*ki-kare testi ve \*\* Fisher’s Exact Testi ile analiz edilmiştir.  
a= p<0.05

Tablo 14. Gruplardaki Katılımcıların Post Op Kusma Yaşama Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması													
Post-op Saat	Deney Grubu (n=45)				Kontrol Grubu (n=45)				Toplam (n=90)		İstatistiksel Analiz X <sup>2</sup> p		
	Kusma				Kusma				Kusma				
	Var		Yok		Var		Yok		Var			Yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
İlk 6 St	13	28.9	32	71.1	19	42.2	26	57.8	32	35.6	58	64.4	X <sup>2</sup> = 1.74; p= 0.18*
7. St	11	24.4	34	75.6	17	37.8	28	62.2	28	31.1	62	68.9	X <sup>2</sup> = 1.86; p= 0.17*
8. St	9	20.0	36	80.0	12	26.7	33	73.3	21	23.3	69	76.7	X <sup>2</sup> = 0.55; p= 0.45*
9. St	4	8.9	41	91.1	4	8.9	41	91.1	8	8.9	82	91.1	X <sup>2</sup> = 0; p= 0.64**
10. St	-	-	45	100.0	-	-	45	100.0	-	-	90	100.0	Analiz yapılamadı.
11-12. St	1	2.2	44	97.8	2	4.4	43	95.6	3	3.3	87	96.7	X <sup>2</sup> = 0.34 p= 0.5**
13-14. St	-	-	45	100.0	2	4.4	43	95.6	2	2.2	88	97.8	X <sup>2</sup> = 2.04; p= 0.24**
15-16. St	-	-	45	100.0	1	2.2	44	97.8	1	1.1	89	98.9	X <sup>2</sup> = 1.01; p= 0.5**
17-18. St	-	-	45	100.0	-	-	45	100.0	-	-	90	100.0	Analiz yapılamadı.

Tablodaki analizler \*ki-kare testi ve \*\* Fisher's Exact Testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 15'te gruplardaki katılımcıların postoperatif dönemdeki bağırsak hareketleri sunulmuştur. Gruplardaki katılımcıların post op bağırsak hareketleri değerlendirildiğinde post op 7. saatte deney grubundaki katılımcıların %86.7'sinin (n=39), kontrol grubundaki katılımcıların %57.8'inin (n=26) bağırsak hareketlerinin olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (**X<sup>2</sup>=9.36; p=0.02**). Gruplar arasında post op ilk 6 saat ve post op 8. ve 9. saatlerde bağırsak hareketleri yönünde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken post op 10., 11-12., 13-14., 15-16., 17-18. saatler için istatistiksel analiz yapılamamıştır (Tablo 15).

**Tablo 15. Gruplardaki Katılımcıların Post Op Bağırsak Hareketlerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması**

Post-op Saat	Deney Grubu (n=45)		Kontrol Grubu (n=45)		Toplam (n=90)		İstatistiksel Analiz X <sup>2</sup> p
	Bağırsak Hareketleri		Bağırsak Hareketleri		Bağırsak Hareketleri		
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	
İlk 6 St	2 4.4	43 95.6	- -	45 100.0	2 2.2	88 97.8	X <sup>2</sup> = 2.04 p= 0.2**
7. St	39 86.7	6 13.3	26 57.8	19 42.2	65 72.2	25 27.8	X <sup>2</sup> = 9.36 p= 0.02** <sup>a</sup>
8. St	44 97.8	1 2.2	39 86.7	6 13.3	83 92.2	7 7.8	X <sup>2</sup> = 3.87 p= 0.55**
9. St	45 100.0	- -	43 95.6	2 4.4	88 97.8	2 2.2	X <sup>2</sup> = 2.04 p= 0.24**
10. St	45 100.0	- -	45 100.0	- -	90 100.0	- -	Analiz yapılamadı.
11-12. St	45 100.0	- -	45 100.0	- -	90 100.0	- -	Analiz yapılamadı.
13-14. St	45 100.0	- -	45 100.0	- -	90 100.0	- -	Analiz yapılamadı.
15-16. St	45 100.0	- -	45 100.0	- -	90 100.0	- -	Analiz yapılamadı.
17-18. St	45 100.0	- -	45 100.0	- -	90 100.0	- -	Analiz yapılamadı.

Tablodaki analizler \*ki-kare testi ve \*\* Fisher's Exact Testi ile analiz edilmiştir.  
a= p<0.05

Tablo 16'da gruplardaki katılımcıların post op gaz çıkarma durumlarına ilişkin veriler sunulmuştur. Ameliyat sonrası 10. saatte deney grubundaki katılımcıların %13.3'ünün (n=15), kontrol grubundaki katılımcıların %8.9'unun (n=4) gaz çıkarmış olduğu (**X<sup>2</sup>=8.07; p=0.004**); 11-12. saatte deney grubundaki katılımcıların %51.1'inin (n=23), kontrol grubundaki katılımcıların %11.1'inin (n=5) gaz çıkarmış olduğu (**X<sup>2</sup>=16.79; p=0**); 13-14. saatte deney grubundaki katılımcıların %66.7'sinin (n=30), kontrol grubundaki katılımcıların %13.3'ünün (n=6) gaz çıkarmış olduğu

( $X^2=26.66$ ;  $p=0$ ); 15-16. saatte deney grubundaki katılımcıların %77.8'inin (n=35), kontrol grubundaki katılımcıların %20.0'sinin (n=9) gaz çıkarmış olduğu ( $X^2=30.05$ ;  $p=0$ ); 17-18. saatte deney grubundaki katılımcıların %93.3'ünün (n=42), kontrol grubundaki katılımcıların %33.3'ünün (n=15) gaz çıkarmış olduğu ( $X^2=34.88$ ;  $p=0$ ) ve gruplar arasında bu saatlerde gaz çıkarma yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında post op ilk 6 saat ve post op 7., 8. ve 9. saatte gaz çıkarma yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir (Tablo 16).

Tablo 16. Gruplardaki Katılımcıların Post Op Gaz Çıkarma Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması													
Post-op Saat	Deney Grubu (n=45)				Kontrol Grubu (n=45)				Toplam (n=90)		İstatistiksel Analiz $X^2$ p		
	Gaz Çıkarma				Gaz Çıkarma				Gaz Çıkarma				
	Var		Yok		Var		Yok		Var			Yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
İlk 6 St	-	-	45	100.0	-	-	45	100.0	-	-	90	100.0	Analiz yapılamadı.
7. St	1	2.2	44	97.8	-	-	45	100.0	1	1.1	89	98.9	$X^2= 1.01$ $p= 0.5^{**}$
8. St	3	6.7	42	93.3	2	4.4	43	95.6	5	5.6	85	94.4	$X^2= 0.21$ $p= 0.5^{**}$
9. St	5	11.1	40	88.9	2	4.4	43	95.6	7	7.8	83	92.2	$X^2= 1.39$ $p= 0.21^{**}$
10. St	15	33.3	30	66.7	4	8.9	41	91.1	19	21.1	71	78.9	$X^2= 8.07$ $p= 0.004^{*a}$
11-12. St	23	51.1	22	48.9	5	11.1	40	88.9	28	31.1	62	68.9	$X^2= 16.79$ $p= 0^{*a}$
13-14. St	30	66.7	15	33.3	6	13.3	39	86.7	36	40.0	54	60.0	$X^2= 26.66$ $p= 0^{*a}$
15-16. St	35	77.8	10	22.2	9	20.0	36	80.0	44	48.9	46	51.1	$X^2= 30.05$ $p= 0^{*a}$
17-18. St	42	93.3	3	6.7	15	33.3	30	66.7	57	63.3	33	36.7	$X^2= 34.88$ $p= 0^{*a}$

Tablodaki analizler \*ki-kare testi ve \*\* Fisher's Exact Testi ile analiz edilmiştir.  
a=  $p<0.05$

Tablo 17' de deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların post op gaita çıkarma durumlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Post op ilk 6 saat ve post op 7. saatte deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların hiçbiri gaita çıkarmadığı için istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 17. Gruplardaki Katılımcıların Post Op Gaita Çıkarma Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması													
Post-op Saat	Deney Grubu (n=45)			Kontrol Grubu (n=45)			Toplam (n=90)			İstatistiksel Analiz X <sup>2</sup> p			
	Gaita Çıkarma			Gaita Çıkarma			Gaita Çıkarma						
	Var		Yok	Var		Yok	Var		Yok				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n		%		
İlk 6 St	-	-	45	100.0	-	-	45	100.0	-	-	90	100.0	Analiz yapılamadı
7. St	-	-	45	100.0	-	-	45	100.0	-	-	90	100.0	Analiz yapılamadı
8. St	1	2.2	44	97.8	-	-	45	100.0	1	1.1	89	98.9	X <sup>2</sup> = 0.01 p= 0.5**
9. St	1	2.2	44	97.8	-	-	45	100.0	1	1.1	89	98.9	X <sup>2</sup> = 0.01 p= 0.5**
10. St	1	2.2	44	97.8	-	-	45	100.0	1	1.1	89	98.9	X <sup>2</sup> = 0.01 p= 0.5**
11-12. St	1	2.2	44	97.8	-	-	45	100.0	1	1.1	89	98.9	X <sup>2</sup> = 0.01 p= 0.5**
13-14. St	1	2.2	44	97.8	1	2.2	44	97.8	2	2.2	88	97.8	X <sup>2</sup> = 0 p= 0.7**
15-16. St	1	2.2	44	97.8	1	2.2	44	97.8	2	2.2	88	97.8	X <sup>2</sup> = 0 p= 0.7**
17-18. St	2	4.4	43	95.6	2	4.4	43	95.6	4	4.4	86	95.6	X <sup>2</sup> = 0 p= 0.6**

Tablodaki analizler \*ki-kare testi ve \*\* Fisher's Exact Testi ile analiz edilmiştir.  
a= p<0.05

Gruplardaki katılımcıların ameliyat sonrası distansiyon yaşama durumları değerlendirildiğinde; post op 10. saatte deney grubundaki katılımcıların %64.4'ünün (n=29), kontrol grubundaki katılımcıların %93.3'ünün (n=42) distansiyon yaşamış olduğu (**X<sup>2</sup>=11.27; p=0.001**); post op 11-12. saatte deney grubundaki katılımcıların %28.9'unun (n=13), kontrol grubundaki katılımcıların %73.3'ünün (n=33) distansiyon yaşamış olduğu (**X<sup>2</sup>=17.78; p=0**); post op 13-14. saatte deney grubundaki katılımcıların %13.3'ünün (n=6), kontrol grubundaki katılımcıların %60.0'mın (n=20) distansiyon yaşamış olduğu (**X<sup>2</sup>=21.1; p=0**); post op 15-16. saatte deney grubundaki katılımcıların %15.6'sının (n=7), kontrol grubundaki katılımcıların %37.8'inin (n=17) distansiyon yaşamış olduğu (**X<sup>2</sup>=5.68; p=0.01**); post op 17-18. saatte deney grubundaki katılımcıların %8.9'unun (n=4), kontrol grubundaki katılımcıların %26.7'sinin (n=12) distansiyon yaşamış olduğu (**X<sup>2</sup>=4.86;**

**p=0.02)** ve gruplar arasında bu saatlerde distansiyon yaşama yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında post op ilk 6 saat ve post op 7., 8. ve 9. saatte distansiyon yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir (Tablo 18).

Tablo 18. Gruplardaki Katılımcıların Post Op Distansiyon Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması													
Post-op Saat	Deney Grubu (n=45)				Kontrol Grubu (n=45)				Toplam (n=90)		İstatistiksel Analiz X <sup>2</sup> p		
	Distansiyon				Distansiyon				Distansiyon				
	Var		Yok		Var		Yok		Var			Yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
İlk 6 St	45	100.0	-	-	44	97.8	1	2.2	89	98.9	1	1.1	X <sup>2</sup> = 1.01 p= 0.5**
7. St	45	100.0	-	-	44	97.8	1	2.2	89	98.9	1	1.1	X <sup>2</sup> = 1.01 p= 0.5**
8. St	44	97.8	1	2.2	44	97.8	1	2.2	88	97.8	2	2.2	X <sup>2</sup> = 0 p= 0.75**
9. St	42	93.3	3	6.7	44	97.8	1	2.2	86	95.6	4	4.4	X <sup>2</sup> = 1.04 p= 0.61**
10. St	29	64.4	16	35.6	42	93.3	3	6.7	71	78.9	19	21.1	X <sup>2</sup> = 11.27 p= 0.001 <sup>a</sup>
11-12. St	13	28.9	32	71.1	33	73.3	12	26.7	46	51.1	44	48.9	X <sup>2</sup> = 17.78 p= 0 <sup>a</sup>
13-14. St	6	13.3	39	86.7	27	60.0	18	40.0	33	36.7	57	63.3	X <sup>2</sup> = 21.1 p= 0 <sup>a</sup>
15-16. St	7	15.6	38	84.4	17	37.8	28	62.2	24	26.7	66	73.3	X <sup>2</sup> = 5.68 p= 0.01 <sup>a</sup>
17-18. St	4	8.9	41	91.1	12	26.7	33	73.3	16	17.8	74	82.2	X <sup>2</sup> = 4.86 p= 0.02 <sup>a</sup>

Tablodaki analizler \*ki-kare testi ve \*\* Fisher's EXact Testi ile analiz edilmiştir.  
a= p<0.05

Gruplardaki katılımcıların ameliyat sonrası distansiyona bağlı ağrı yaşama durumları değerlendirildiğinde; post op 10. saatte deney grubundaki katılımcıların %51.1'inin (n=23), kontrol grubundaki katılımcıların %82.2'sinin (n=37)

distansiyona bağılı ağrı yaşamış olduğu ( $X^2=9.8$ ;  $p=0.002$ ); post op 11-12. saatte deney grubundaki katılımcıların %20.0'sinin (n=9), kontrol grubundaki katılımcıların %75.6'sının (n=34) distansiyona bağılı ağrı yaşamış olduğu ( $X^2=27.83$ ;  $p=0$ ); post op 13-14. saatte deney grubundaki katılımcıların %15.6'sının (n=7), kontrol grubundaki katılımcıların %35.6'sının (n=16) distansiyona bağılı ağrı yaşamış olduğu ( $X^2=27.83$ ;  $p=0$ ) ve gruplar arasında bu saatlerde distansiyona bağılı ağrı yaşama yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında post op ilk 6 saat ve post-op 7., 8., 9., 15-16. ve 17-18. saatlerde distansiyona bağılı ağrı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir (Tablo 19).

Tablo 19. Gruplardaki Katılımcıların Post Op Distansiyona Bağılı Ağrı Yaşama Durumlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması													
Post-op Saat	Deney Grubu (n=45)				Kontrol Grubu (n=45)				Toplam (n=90)				İstatistiksel Analiz $X^2$ p
	Distansiyona bağılı ağrı				Distansiyona bağılı ağrı				Distansiyona bağılı ağrı				
	Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
İlk 6 St	44	97.8	1	2.2	45	100.0	-	-	89	98.9	1	1.1	$X^2= 1.01$ $p= 0.5^{**}$
7. St	45	100.0	-	-	44	97.8	1	2.2	89	98.9	1	1.1	$X^2= 1.01$ $p= 0.5^{**}$
8. St	44	97.8	1	2.2	45	100.0	-	-	89	98.9	1	1.1	$X^2= 1.01$ $p= 0.5^{**}$
9. St	36	80.0	9	20.0	39	86.7	6	13.3	75	83.3	15	16.7	$X^2= 0.72$ $p= 0.39^*$
10. St	23	51.1	22	48.9	37	82.2	8	17.8	60	66.7	30	33.3	$X^2= 9.8$ $p= 0.002^{*a}$
11-12. St	9	20.0	36	80.0	34	75.6	11	24.4	43	47.8	47	52.2	$X^2= 27.8$ $p= 0^{*a}$
13-14. St	7	15.6	38	84.4	16	35.6	29	64.4	23	25.6	67	74.4	$X^2= 4.7$ $p= 0.03^{*a}$
15-16. St	4	8.9	41	91.1	10	22.2	35	77.8	14	15.6	76	84.4	$X^2= 3.04$ $p= 0.08^*$
17-18. St	4	8.9	41	91.1	7	15.6	38	84.4	11	12.2	79	87.8	$X^2= 0.93$ $p= 0.3^*$

Tablodaki analizler \*ki-kare testi ve \*\* Fisher's Exact Testi ile analiz edilmiştir.  
a= p<0.05

## 7. TARTIŞMA

Tartışma bölümünde, araştırmadan elde edilen bulgular 3 başlık altında tartışılmıştır.

1. Gruplardaki Katılımcıların Demografik Özellikleri, Geçmiş Cerrahi ve Özgeçmişleri ile İlgili Bulguların Tartışılması
2. Ameliyat ve Takip Sürecinde Yapılan Uygulamalar ile İlgili Bulguların Tartışılması
3. Ilık Suyun Gastrointestinal Sistem Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulguların Tartışılması

### 7.1. Gruplardaki Katılımcıların Demografik Özellikleri, Geçmiş Cerrahi ve Özgeçmişleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmadan elde edilen bulgular ile deney ve kontrol gruplarının yaş, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu gibi demografik özellikler bakımından benzer olduğu ve grupların homojen olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 1). Doğan ve arkadaşlarının laparoskopik histerektomi olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların yaş ortalaması  $50.0\pm 6.2$  yıl, ortalama çocuk sayısı  $2.0\pm 1.2$  olarak belirtilmiştir (Doğan ve ark., 2016). Demirayak ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise katılımcıların yaş ortalaması  $51.7\pm 5.6$  yıl, ortalama çocuk sayısı ise  $3.0\pm 1.6$  olarak bildirilmiştir (Demirayak ve ark., 2016). Çalışmamızda ise katılımcıların yaş ortalaması deney grubunda  $50.26\pm 7.63$  yıl, kontrol grubunda  $49.1\pm 5.32$  yıl; ortalama çocuk sayısı deney grubunda  $2.53\pm 1.3$ , kontrol grubunda  $2.64\pm 1.3$  olarak bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen yaş ve çocuk sayısına ait bulguların, laparoskopik histerektomi ile ilgili yapılmış olan çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir (Yavuzcan ve ark., 2014; Demirayak ve ark., 2016; Doğan ve ark., 2016; Kulhan ve Naykı, 2018).

Zindar'ın histerektomi olan kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %71.0' inin ilköğretim, %29.0'unun lise ve üzeri eğitim almış olduğu bildirilmiştir (Zindar, 2018). Çalışmamızda ise katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde

deney grubundaki katılımcıların %71.1'inin ilköğretim mezunu, %28.9'unun lise ve üzeri eğitim almış olduğu; kontrol grubundaki katılımcıların %86.7'sinin ilköğretim mezunu, %13.3'ünün lise ve üzeri eğitim almış olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 1). Çalışma sonuçlarımız, konu ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerdir (Zindar, 2018).

Zindar'ın çalışmasında katılımcıların %23.4'ünün çalıştığı; Kavlak'ın çalışmasında ise katılımcıların %24.3'ünün çalıştığı belirlenmiştir (Kavlak, 2017; Zindar, 2018). Çalışmamızda ise deney grubundaki katılımcıların %26.7'sinin çalıştığı; kontrol grubundaki katılımcıların ise %22.2'sinin çalıştığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 1). Katılımcılarımızın çalışma durumları, konu ile ilgili yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzerdir (Kavlak, 2017; Zindar, 2018).

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların menopoza girme durumu, sistemik hastalık ve sürekli kullandıkları ilaç varlığı gibi sağlıkla ilişkili özellikleri benzerdir ve gruplar homojen dağılmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 2). Can'ın yaptığı çalışmada histerektomi ameliyatı olan hastaların %25.3'ünün menopoza girdiği, %74.7'sinin menopoza girmediği belirlenmiştir (Can, 2005). Salman ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %33.7'sinin, Yavuzcan ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların %32.6'sinin menopoza girmiş olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yavuzcan ve ark., 2014; Salman ve ark., 2015). Çalışmamızda ise deney grubundaki katılımcıların %31.1'inin menopoza girdiği; kontrol grubundaki katılımcıların ise %22.2'sinin menopoza girdiği ve sonuçlarımızın yapılan çalışmalar ile benzer olduğu görülmüştür (Can, 2005; Yavuzcan ve ark., 2014; Salman ve ark., 2015).

Kavlak'ın çalışmasında katılımcıların %67.1'inin kronik bir hastalığı bulunduğu ve en çok görülen kronik hastalığın ise hipertansiyon olduğu belirlenmiştir (Kavlak, 2017). Kavlak'ın çalışmasında olduğu gibi çalışmamızda da hipertansiyon en sık görülen sistemik hastalık olmuştur (Kavlak, 2017) (Tablo 2). Katılımcıların %34.6'sının sistemik hastalığı olduğunu belirten Kurtay'ın çalışmasında, katılımcıların %25.2'sinin sürekli kullandığı bir ilaç olduğu bildirilmiştir (Kurtay, 2018). Çalışmamızda ise deney grubundaki katılımcıların %57.8'inin, kontrol grubundaki katılımcıların %44.4'ünün sistemik hastalığı bulunurken hem deney

grubundaki hem de kontrol grubundaki katılımcıların %46.7'sinin sürekli kullandığı bir ilaç olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Deney ve kontrol gruplarının ameliyattan önceki bağırsak alışkanlıkları, abdominal cerrahi geçirmiş olma ve geçirilmiş abdominal cerrahi sonrasında GİS fonksiyonlarına bağlı problem yaşama durumlarının benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 3, 4, 5, 6, 7 ve 8). Grupların bağırsak alışkanlıkları vb. açısından benzer olması elde edilen bulguların yorumlanmasını kolaylaştırmıştır. Çalışkan'ın yaptığı çalışmada ameliyattan önceki bağırsak alışkanlıkları incelendiğinde katılımcıların %86.7'sinde günde bir kez veya daha fazla, %13.3'ünde iki veya üç günde bir kez gaita çıkışı olduğu belirlenmiştir (Çalışkan, 2012). Çalışmamızda ise deney grubundaki katılımcıların %57.8'inde günde bir ya da birden fazla, %28.9'unda iki günde bir, %13.3'ünde üç gün ya da daha uzun sürede bir; kontrol grubundaki katılımcıların %73.3'ünde günde bir ya da birden fazla, %15.6'sında iki günde bir, %11.1'inde üç gün ya da daha uzun sürede bir gaita çıkışı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3). Salman ve arkadaşlarının çalışmasında total laparoskopik histerektomi olan hastaların %16.7'sinin geçmiş cerrahi öyküsü bulunurken, Balcı'nın çalışmasında ise katılımcıların %19.5'inin abdominal cerrahi öyküsü olduğu belirlenmiştir (Balcı, 2014; Salman ve ark., 2015). Kulhan ve Naykı'nın yaptığı laparoskopik histerektomi olan hastaların incelendiği bir başka çalışmada ise katılımcıların %20.0'sinin sezaryen, %12.0'sinin alt abdominal cerrahi öyküsü olduğu belirlenmiştir (Kulhan ve Naykı, 2018). Yavuzcan ve arkadaşlarının laparoskopik histerektomi sonuçlarını inceledikleri çalışmada katılımcıların %37.7'sinin pelvik cerrahi öyküsü olduğu belirlenmiştir (Yavuzcan ve ark., 2014). Çalışmamızda ise deney grubundaki katılımcıların %8.9'unun karaciğer ve safra yolları ameliyatı, %8.9'unun bağırsak ameliyatı, %22.2'sinin kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili ameliyat; kontrol grubundaki katılımcıların %8.9'unun karaciğer ve safra yolları ameliyatı, %8.9'unun bağırsak ameliyatı, %28.9'unun kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili ameliyat geçirmiş olduğu ve bulgularımızın diğer çalışmalarla benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4) (Yavuzcan ve ark., 2014; Kulhan ve Naykı, 2018).

## 7.2. Ameliyat ve Takip Sürecinde Yapılan Uygulamalar ile İlgili Bulguların Tartışılması

Güncel literatür incelendiğinde; laparoskopik histerektominin en sık görülen endikasyonlarının myom uteri, kanamalar ve endometrial hiperplaziler olduğu belirlenmiştir (O'Hanlan ve ark., 2007; Wright ve ark., 2012; Balcı, 2014; Salman ve ark., 2015; Demirayak ve ark., 2016; Doğan ve ark., 2016; Öztürk ve ark., 2016; Fathy ve ark., 2018). Karacan ve arkadaşlarının laparoskopik histerektomi ameliyatı geçiren hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada en çok görülen histerektomi endikasyonlarının sırasıyla %31.9 myom uteri ve %27.8 disfonksiyonel uterin kanama olduğu bildirilmiştir (Karacan ve ark., 2014). Demirayak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise histerektomi endikasyonlarının sırasıyla %32.6 anormal uterin kanama, %27.7 myom uteri ve %18.8 atipili hiperplazi olduğu bildirilmiştir (Demirayak ve ark., 2016). Araştırma sonuçlarımıza bakıldığında deney grubundaki katılımcıların %26.7'sinin atipili ve atipisiz hiperplazi ile CIN 1-2-3, %8.9'unun menometroraji, anormal uterin kanama ve postmenopozal kanama, %17.8'inin tedaviye dirençli kanama, %13.3'ünün myoma uteri, %13.3'ünün adneksiyal kitle nedeniyle; kontrol grubundaki katılımcıların %28.9'unun atipili ve atipisiz hiperplazi ile CIN 1-2-3, %17.8'inin menometroraji, anormal uterin kanama ve postmenopozal kanama, %22.2'sinin tedaviye dirençli kanama, %20.0'sinin myoma uteri, %11.1'inin adneksiyal kitle nedeniyle histerektomi olduğu ve sonuçlarımızın konu ile ilgili yapılmış çalışmalar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir (O'Hanlan ve ark., 2007; Wright ve ark., 2012; Balcı, 2014; Karacan ve ark., 2014; Salman ve ark., 2015; Demirayak ve ark., 2016; Doğan ve ark., 2016; Öztürk ve ark., 2016; Fathy ve ark., 2018). Araştırmamızın sonuçlarına bakıldığında; ameliyat süresi bakımından grupların homojen dağıldığı ve sonuçlarımızın konu ile ilgili yapılan çalışmalar ile benzer olduğu belirlenmiştir (Wright ve ark., 2012; Salman ve ark., 2015; Doğan ve ark., 2016; Fathy ve ark., 2018) (Tablo 9).

Literatürde ameliyat sonrası dönemde mobilizasyonun, bağırsak hareketlerine ve gaz-gaita çıkarma süresine olumlu yönde etkisi olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur (Çınar, 2005; Sindell ve ark., 2012). Araştırmadan elde edilen bulgulara göre katılımcıların ameliyat sonrası dönemdeki mobilize olma sayılarını ve hangi

saatlerde mobilize olduklarını gösteren bulgulara bakıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 10 ve 11). Bu durum postoperatif dönemde GİS fonksiyonlarında mobilizasyondan bağımsız olarak ılık suyun etkisini değerlendirebilmemize olanak sağlamıştır.

Literatürde opioid analjeziklerden olan Contramal 100 mg ampülün bulantı-kusma, bağırsak motilitesinde azalma gibi olumsuz etkileri olduğu bildirilmektedir (Gutstein ve Akil, 2001; White, 2002). Çalışkan'ın laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada postoperatif dönemde opioid bir ajan olan pethidinin gaz ve gaita çıkarma süresi üzerine etkisi olmadığı görülmüştür (Çalışkan, 2012). Çalışmamızda ameliyat sonrasında katılımcılara Contramal ampül 100 mg yapıma durumlarına bakıldığında; her iki grupta da 2 kişiye Contramal ampül 100 mg yapıldığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir (Tablo 12). Deney ve kontrol grubu arasında Contramal ampül 100 mg kullanımı yönünden anlamlı fark olmaması, ılık suyun GİS fonksiyonlarına etkisini değerlendirebilmemize yardımcı olmuştur.

### **7.3. Ilık Suyun Gastrointestinal Sistem Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik Bulguların Tartışılması**

Tablo 13 ve 14'teki veriler incelendiğinde, ameliyat sonrası 18 saat boyunca yapılan takip sonucunda, hastaların post op dönemdeki bulantı ve kusma durumları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Post op ilk 6 saat içinde deney grubundaki katılımcıların %71.1'i bulantı, %28.9'u kusma; kontrol grubundaki katılımcıların %71.1'i bulantı, %42.2'si kusma yaşamıştır. Post op 7. saatte deney grubundaki katılımcıların %48.9'u bulantı, %24.4'ü kusma; kontrol grubundaki katılımcıların 62.2'si bulantı, %37.8'i kusma yaşarken post op 8. saatte deney grubundaki katılımcıların %33.3'ü bulantı, %20.0'si kusma; kontrol grubundaki katılımcıların 53.3'ü bulantı, %26.7'si kusma yaşamıştır ve oranlar gittikçe azalarak devam etmiştir. İzveren ve Dal'ın çalışmasında abdominal cerrahi sonrası bulantı ameliyat sonrası 1. gün %35.8, 2. gün %23.9, 3. gün %14.9; kusma ise ameliyat sonrası 1. gün %19.4, 2. gün %13.4, 3. gün %9.0 olarak bulunmuştur (İzveren ve Dal, 2011). Morino ve arkadaşlarının yaptığı bir

diğer çalışmada ise jinekolojik cerrahi sonrası 0-24 saat içinde hastaların %48.4'ünün bulantı, %23.1'inin kusma yaşadığı belirtilmektedir (Morino ve ark., 2013). Çalışmamızda gruplardaki katılımcıların bulantı ve kusma sıklıklarının diğer çalışmalarda bildirilen oranlardan daha fazla olmasının nedeni bazı çalışmalarda gün içinde yaşanan bulantı ve kusma sıklığının ortalamasının verilmesi ile ilişkili olabilir (İzveren ve Dal, 2011; Morino ve ark., 2013). Ayrıca, kadın cinsiyetin postoperatif bulantı-kusma için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Roberts ve ark., 2012). Diğer abdominal cerrahi sonrası bulantı kusma sıklığı bildiren çalışmalarda erkeklerde değerlendirmeye alındığı için bizdeki bulantı ve kusma sayısı daha yüksek olarak bulunmuş olabilir (İzveren ve Dal, 2011; Morino ve ark., 2013). Chatterjee ve arkadaşlarının çalışmasında CO<sub>2</sub> gazının vagus sinirine yaptığı baskı ile beyinde kusma merkezinin uyarıldığı ve bunun sonucunda ameliyat sonrası bulantı-kusma görülebileceği belirlenmiştir (Chatterjee ve ark., 2011). Çalışmamızda kullanılan laparoskopik yöntemde pnömoperitonyum oluşturmak amacıyla kullanılan CO<sub>2</sub> gazı, ameliyat sonrası dönemde bulantı-kusma yaşayan hasta sayısının artmasına neden olmuş olabilir. Çalışkan'ın çalışmasında laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalara postoperatif dönemde verilen ılık suyun bulantı-kusma üzerine etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Çalışkan, 2012). Bizim çalışma sonuçlarımız ile Çalışkan'ın çalışma sonuçları benzerdir.

Genel anestezi ile yapılan cerrahi girişimlerden sonra anestetik ajanların etkisi ile GİS peristaltizminin zayıfladığı ve GİS fonksiyonlarının farklı sürelerde normale döndüğü bilinmektedir (Grupta ve Singh, 2009; Pawar, 2012). Literatürde ılık suyun bağırsak hareketleri üzerindeki etkisini inceleyen yeterli sayıda çalışmaya rastlanmadığı için sonuçlar, postoperatif dönemde sakız çiğnemenin ve erken beslenmenin etkisini araştıran çalışma bulguları ile karşılaştırılabilmektedir. Postoperatif dönemde bağırsak hareketleri ile ilgili sakız çiğnemenin etkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde; Husslein ve arkadaşlarının çalışmasında jinekolojik laparoskopik cerrahi sonrası sakız çiğnemenin, bağırsak hareketleri üzerine olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (Husslein ve ark., 2013). Yapılan bir meta-analizde abdominal cerrahi geçiren hastalarda sakız çiğnemenin bağırsak hareketlerini arttırdığı belirlenmiştir (Li ve ark., 2013). Benzer şekilde Nijerya'da sezaryen sonrası sakız çiğneyen hastalarda yapılan bir çalışmada ilk bağırsak

seslerinin deney grubundaki katılımcılarda daha erken duyulduğu bildirilmiştir (Ajuzieogu ve ark., 2014). Yapılan çalışmalara bakıldığında ameliyat sonrası erken oral hidrasyon ve erken beslenmenin bağırsak hareketlerinin geri dönüş süresini kısalttığı belirlenmiştir (Mülayim ve ark., 2008; Orj ve ark., 2009; Yetimalar ve ark., 2010; Jalilian ve Ghadami, 2014; Huang ve ark., 2015). Adeli ve arkadaşlarının sezaryen sonrası erken beslenmenin GİS komplikasyonlara etkisini araştırdıkları çalışma sonuçlarına göre erken beslenme bağırsak hareketleri üzerinde olumlu etkiye sahiptir (Adeli ve ark., 2013). Araştırma sonuçlarımız incelendiğinde; post op 7. saatte gruplardaki katılımcıların bağırsak hareketleri istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Post op 7. saatte deney grubundaki katılımcıların %86.7'sinin, kontrol grubundaki katılımcıların ise %57.8'inin bağırsak hareketlerinin aktif olduğu belirlenmiştir (Tablo 15). Suyun, bağırsak motilitesini arttırması ve sıvı-elektrolit dengesini sağlaması ile sıcak su kompresinin bağırsak hareketlerini arttırıp gaita çıkışını kolaylaştırmasından yola çıkarak ameliyat sonrası dönemde hastalara verilen ılık suyun bağırsak hareketlerinin erken başlamasında etkili olduğu söylenebilir (Moovethan ve Nivethitha, 2014). Ayrıca literatürde soğuk uygulamanın damarlar üzerinde vazokonstriksiyona, buna bağlı olarak da kan akımında azalmaya neden olduğu belirtilmektedir (Kazan, 2011). Ilık suyun ise soğuk uygulamanın tersi bir etki ile bölgedeki kan akımını arttırarak bağırsak hareketlerini arttırdığı söylenebilir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, ılık su verilen hastalarda bağırsak hareketlerinin daha erken başlayacağını belirten **H1** hipotezimizi destekler niteliktedir.

Tablo 16'da deney ve kontrol grupları arasında, post op 10., 11.-12., 13.-14., 15.-16. ve 17.-18. saatlerde gaz çıkarma yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Pandeewari ve arkadaşlarının çalışması ile jinekolojik laparoskopik cerrahi sonrası sakız çiğnemenin erken gaz çıkarmaya olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (Pandeewari ve ark., 2018). Kamalak ve arkadaşlarının jinekolojik operasyonlar sonrası ileusu önlemede sakız çiğnemenin etkisini inceledikleri çalışmada ameliyat sonrası sakız çiğneyen grupta bağırsak seslerinin daha erken duyulduğu ve daha kısa sürede gaz çıkışı olduğu belirlenmiştir (Kamalak ve ark., 2015). Akalpler ile Ledari ve arkadaşlarının sezaryen yapılan hastalarda sakız çiğnemenin etkisini inceledikleri çalışmada; deney grubundaki

katılımcıların kontrol grubundakilere göre daha erken gaz çıkardıkları belirlenmiştir (Ledari ve ark., 2013; Akalpler, 2018). Benzer şekilde Zhu ve arkadaşlarının sezaryen yapılan hastalarda sakız çiğnemenin bağırsak fonksiyonlarına etkisini inceledikleri çalışmada deney grubunda gaz çıkarma ve bağırsak seslerinin ilk duyulma zamanının daha erken olduğu bildirilmiştir (Zhu ve ark., 2014). Huang ve He'nin beş randomize kontrollü çalışma sonucunu inceledikleri sistematik derleme ve meta-analize göre; sezaryen sonrası sakız çiğneyen grupta gaz çıkarma ve bağırsak seslerinin duyulma zamanı daha kısadır (Huang ve He, 2015). Çalışkan'ın laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası 4. saatte ılık su verilen hastalar üzerinde yaptığı çalışmada gaz çıkarma süresinin, deney grubunda ortalama  $11\pm 4.2$ , kontrol grubunda ise ortalama  $18.6\pm 6$  saat olduğu bulunmuştur (Çalışkan, 2012). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile bizim çalışma sonuçlarımız benzerdir ve bu sonuç, ılık su verilen hastalarda gaz çıkışının verilmeyenlere göre daha erken olacağını belirten **H2** hipotezimizi desteklemektedir. Bu sonucun, ılık suyun gastrik boşalmayı hızlandırarak mide ve bağırsak hareketlerini artırması ile sağlanmış olabileceği söylenebilir (Hodges ve ark., 2014).

Tablo 17'e bakıldığında hastaların post op dönemde gaita çıkarma durumları arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Ledari ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sezaryen sonrası sakız çiğnemenin post op gaita çıkarma süresini kısalttığını bildirmişlerdir (Ledari ve ark., 2012). Yine benzer şekilde Urcanoğlu ile Ajuzieogu ve arkadaşlarının 2014'te yaptıkları çalışma ile sakız çiğnemenin gaita çıkarma süresi üzerine olumlu etkisi olduğu bulunmuştur (Ajuzieogu ve ark., 2014; Urcanoğlu, 2017). Çalışkan'ın yaptığı çalışmada ise ılık suyun gaita çıkarma süresi üzerine etkisi olmadığı bildirilmiştir (Çalışkan, 2012). Konu ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarından bazıları bizim sonuçlarımız ile benzerken bazıları değildir. Bulgularımız ile diğer çalışmaların bulguları arasındaki benzerlik ve farklılıklar, uygulanan ameliyat türleri, takip sıklıkları ve süreleri ile ilişkili olabilir. Bizim çalışmamızı yaptığımız klinikte hastalar, ameliyat sonrasında gaz çıkarmış olmaları koşulu ile gaita çıkarmaları beklenmeden taburcu edilmektedir. Taburcu edilen hastaların gaita çıkarma sürelerine ilişkin takip yapılmamıştır.

Laparoskopik girişimlerde kullanılan CO<sub>2</sub> gazının, intraabdominal basıncı arttırması, peritonun ve diyafragma kaslarının gerilmesine neden olması sonucu abdominal alanda distansiyon ve oluşan distansiyona bağlı olarak ağrı meydana gelebilir (Memedov ve ark., 2008; Radosa ve ark., 2013). Çalışmadaki katılımcıların distansiyon ve distansiyona bağlı ağrı yaşama durumları ile ilgili sonuçlar incelendiğinde; deney ve kontrol grupları arasında post op 10.,11.-12., 13.-14., 15.-16., 17.-18. saatlerde distansiyon yönünden; post op 10., 11.-12., 13.-14. saatlerde distansiyona bağlı ağrı yaşama yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ve bu sonuçlar **H3** hipotezimizi desteklemektedir (Tablo 18-19). Lee ve arkadaşlarının çalışmasında kolonoskopi öncesinde ılık su verilen hastaların, soğuk su verilen ve su verilmeyenlere göre daha az ağrı ve rahatsızlık yaşadıkları belirlenmiştir (Lee ve ark., 2009). İBS olan hastalarda yapılan bir başka çalışmada, 37 °C'deki ılık su içenlerde 4 °C'deki soğuk su içen hastalara göre ağrı, kramp, distansiyon gibi İBS semptomlarının daha az görüldüğü belirlenmiştir (Zou ve ark., 2006). Elde ettiğimiz bulgular, diğer çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir. Gruplar arasında distansiyon yönünden anlamlı fark olan postoperatif saatlere bakıldığında, aynı saatlerde katılımcıların gaz çıkarma durumları yönünden de anlamlı fark olduğu görülmektedir (Tablo 16). Bu sonuçlardan yola çıkarak katılımcıların gaz çıkarmış olmalarının, abdominal distansiyonun ve distansiyona bağlı olarak yaşanan ağrının azalmasına olumlu yönde etki etmiş olabileceği söylenebilir.

## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Laparoskopik histerektomi ameliyatı sonrası hastalara verilen ılık suyun GİS fonksiyonlarına etkisini belirlemeye yönelik yapılan bu araştırmadan şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Deney ve kontrol grupları arasında yaş, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu gibi demografik özellikler ve menopoza girme durumu, sistemik hastalık, sürekli ilaç kullanımı gibi sağlıkla ilişkili özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ) (Tablo 1, 2).
- Deney ve kontrol grupları arasında ameliyattan önceki bağırsak alışkanlıkları, abdominal cerrahi öyküsü ve geçirilmiş abdominal cerrahi sonrası yaşanan GİS'i ilgilendiren şikâyetler bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ) (Tablo 3, 4, 5, 6, 7, 8).
- Deney ve kontrol grupları arasında ameliyat nedenleri ve ameliyat süreleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ) (Tablo 9).
- Deney ve kontrol grupları arasında ameliyat sonrası bulantı ve kusma bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ) (Tablo 13, 14).
- Deney ve kontrol grupları arasında postop 7. saatte bağırsak hareketleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ) (Tablo 15). Bu sonuca göre ılık su verilen hastalarda bağırsak hareketlerinin daha erken başlayacağını belirten **H1** hipotezi desteklenmektedir.
- Deney ve kontrol grupları arasında post op 10., 11.-12., 13.-14., 15.-16., 17.-18. saatlerde gaz çıkarma yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ) (Tablo 16). Bu sonuca göre ılık su verilen hastalarda gaz çıkışının, verilmeyenlere göre daha erken olacağını belirten **H2** hipotezi desteklenmektedir.
- Deney ve kontrol grupları arasında post op gaita çıkarma durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ) (Tablo 17).

- Deney ve kontrol grupları arasında post op 10., 11.-12., 13.-14., 15.-16., 17.-18. saatlerde distansiyon; post op 10., 11.-12., 13.-14. saatlerde distansiyona bağlı ağrı yaşama yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ) (Tablo 18, 19). Bu sonuca göre ılık su verilen hastalarda GİS şikâyetlerinin verilmeyenlere göre daha az olacağını belirten **H3** hipotezi desteklenmektedir.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular sonucunda bundan sonraki benzer çalışmalar için aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

1. Laporoskopik histerektomi sonrası 6. saatte hastalara ılık su vermenin GİS fonksiyonlarını iyileştirmede etkili, basit, ucuz ve güvenilir bir yöntem olduğu ve klinik uygulamada kullanılabileceği düşünülmektedir.
2. Bundan sonra yapılacak benzer araştırmalarda uzun dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemede ılık suyun etkisini ortaya koymak açısından hastaları 24 saat ve üzerinde takip etmek gerekli olabilir.
3. Araştırma daha farklı hasta gruplarında ve daha fazla sayıda katılımcı ile yapılarak daha geçerli ve genellenebilir sonuçlara ulaşılabilir.
4. Ilık suyun GİS fonksiyonları üzerine etkisini daha iyi değerlendirebilmek için ılık suyla eş zamanlı olarak farklı alternatif yöntemler kullanılarak ılık suyun diğer yöntemlere karşı üstün yada zayıf yanları belirlenebilir.
5. Ilık suyun, laparoskopik histerektomi sonrasında bağırsak hareketlerinin daha kısa sürede geri dönmesinde ve erken dönemde gaz çıkışının sağlanmasında etkili bir yöntem olacağı düşünülmektedir.
6. Literatürde konu ile ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmadığı için elde edilen bulguların benzer çalışmalar ile desteklenmesi önerilir.

## 9. KAYNAKLAR

1. Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW, Kluivers KB. Surgical approach for hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 12 (8): CD003677.
2. Abdalrahim MS, Majali SA, Stomberg MW, Bergbom I. The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Educ Pract.* 2011; 11 (4): 250-255.
3. ACOG Committee Opinion No. 444: choosing the route of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol.* 2009; 114 (5): 1156-1158.
4. Adeli M, Razmjoo N, Tara F, Ebrahimzade S. Effect of early post cesarean feeding on gastrointestinal complications. *Nurs Midwifery Stud.* 2013; 2 (2): 176-181.
5. Ahmed F, Wasti S. Infectious complications following abdominal hysterectomy in Karachi, Pakistan. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2001; 73: 27-34.
6. Ajuzieogu OV, Amucheazi A, Ezike HA, Achi J, Abam DS. Enugu. The Efficacy Of Chewing Gum On Postoperative İleus Following Cesarean Section İn Enugu, South Eastnigeria: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Nigerian Journal of Clinical Practice.* 2014; 17: 739-742.
7. Akalpler Ö. Sezaryen Ameliyatı Sonrası Sakız Çiğnemenin Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisi. *Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, Lefkoşa (Danışman: Prof. Dr. Hülya Okumuş).*
8. Akkaya C. Radikal sistektomi ve üriner diversiyon yapılan hastalarda hemşirelik bakımı. *Üroonkoloji Bülteni.* 2013; 12: 43-45.
9. Akyol D, Esinler I, Guven S, Salman MC, Ayhan A. Vajinal hysterectomy: Results and complications of 886 patients. *J Obstet Gynaecol.* 2006; 26 (8): 777-81.
10. Aksoy G., Kanan N., Akyolcu N. *Cerrahi Hemşireliği 1. İstanbul Nobel Kitabevi; 2012, s: 23-37, 257-299.*

11. Apfel CC, Heidrich FM, Jukar-Rao S. Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Br J Anaesth* 2012; 109: 742–53.
12. Asao T, Kuwano H, Nakamura J, Morinaga N, Hirayama I, Ide M. Gum chewing enhances early recovery from postoperative ileus after laparoscopic colectomy. *J Am Coll Surg*. 2002; 195: 30-32.
13. Aslan FE, Badır A. Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*. 2005; 17 (2), 44–51.
14. Aslan FE. Tarihsel süreçte ağrı: Kültürün ağrı algısı ve kontrolüne etkisi. Ed: Aslan FE. Ağrı doğası ve kontrolü içinde. İstanbul: Mart Matbaacılık Sanatları Ltd Sti, 2006, s: 3-9.
15. Ay F, Alpar ŞE. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı*. 2010; 22, 21-9.
16. Ay F. Preoperatif hazırlık- postoperatif bakım ve takip. Ed: Ay F. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar içinde. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2007, s: 393-406.
17. Ayaş S, Leblebici B, Sözüay S, Bayramoğlu M, Niron EA. The effect of abdominal massage on bowel function in patients with spinal cord injury. *American Journal Of Physical Medicine Rehabilitation*. 2006; 85 (12): 951-5.
18. Ayhan F. Abdominal Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Ağrı Deneyimleri ve Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Konya (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Şerife Kurşun).
19. Baggish MS. Total and subtotal abdominal hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005; 19 (3): 333–56.
20. Bala I, Bhatia N, Mishra P, Verma G.R, Kaman L. Comparison of preoperative oral acetazolamide and intraperitoneal normal saline irrigation for reduction of postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2015; 285- 290.
21. Balcı O. Total laparoskopik histerektomi olgularımızın değerlendirilmesi. *Selçuk Tıp Derg*. 2014; 30 (3): 123-125.

22. Baskett TF. Hysterectomy: evolution and trends. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005; 19: 295-305
23. Batdorf NJ, Lemaine V, Lovely JK, Ballman KV, Goede WJ, Martinez-Jorge J, Saint-Cyr M. Enhanced recovery after surgery in microvascular breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2014 ;68 (3): 395-402.
24. Berek J. Novak Jinekoloji. Ahmet Erk(çev.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi Ltd. Şti, 2004, s: 793-796.
25. Bolsoy N, Kavlak O, Dağ H. Histerektomi operasyonu geçiren kadınların cinsel yaşamlarına yönelik bilgi gereksinimleri. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi.* 2014; 1: 36-51.
26. Bruce U, Terina T, Daniel P, Andrew D, Andrew B, Andrew G. Chewing gum and postoperative ileus in adults: A systematic literature review and meta-analysis. *International Journal of Surgery.* 2015; 14: 49-55.
27. Burnham W. Extirpation of the uterus and ovaries for sarcomatous disease. *Lancet.* 1854; 8: 147.
28. Büyükyılmaz F, Şendir M. Ameliyat sonrası bakımda göz ardı edilen bir sorun: Derin ven trombozu (DVT) riskinin tanınması ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014; 23 (1): 48-54.
29. Büyükyılmaz F, Şendir M. Cerrahi hastalarında barsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2009; 2 (1): 74-81.
30. Camanni M, Bonino L, Delpiano EM, et al. Laparoscopy and body mass index: feasibility and outcome in obese patients treated for gynecologic diseases. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010; 17 (5): 576-82.
31. Can R. Histerektomi Ameliyatı Yapılan Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Bilgilerin Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Konya (Danışman: Yard. Doç. Dr. Naile Bilgili).
32. Cappen TH, Vergouwe Y, van Wolfswinkel L, Kalkman CJ, Moons KGM, van Klei WA. Impact of adding therapeutic recommendations to risk assessments from a prediction model for postoperative nausea and vomiting. *Br J Anaesth.* 2015; 114: 252-60.

33. Carlisle J, Stevenson CA. Drugs for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 3: CD004125.
34. Carter J, Philip S. Assessing outcomes after fast surgical management of corpus cancer. *Open Journal of Obstetric and Gynecology*. 2011; 1 (3): 139-43.
35. CDC. National Hospital Discharge Survey. Procedures by selected patient characteristics – Number by procedure category and age, 2010.
36. Chandler JG, Corson SL, Way LW. Three spectra of laparoscopic entry access injuries. *J Am Coll Surg*. 2001; 192: 478–91.
37. Chapron C, Fauconnier A, Goffinet F, Bréart G, Dubuisson JB. Laparoscopic surgery is not inherently dangerous for patients presenting with benign gynecologic pathology: Results of a meta-analysis. *Hum Reprod*. 2002; 17: 1334–42.
38. Chatterjee S, Rudra A, Sengupta S. Current concepts in the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiology Research And Practice*. 2011; 1-11.
39. Chiu C, Aleshi P, Esserman LJ, Inglis-Arke C, Yap E, Whitlock EL, Harbell MW. Improved analgesia and reduced post-operative nausea and vomiting after implementation of an enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for total mastectomy. *BMC Anesthesiology*. 2018; 18: 41
40. Church JM. Warm water irrigation for dealing with spasm during colonoscopy: Simple, inexpensive and effective. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2002; 56 (5): 672-674.
41. Coşkun H, Akbayrak N. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2001; 5: 63–68.
42. Cohen SL, Vitonis AF, Einarsson JI. Updated hysterectomy surveillance: Factors associated with minimally invasive hysterectomy, a cross-sectional analysis. *JSL*. 2014; 3: e2014.00096.
43. Collins AS. Postoperative nausea and vomiting in adults: implications for critical care. *Crit Care Nurse*. 2011; 31 (6): 36-45.

44. Correia MI, da Silva RG. The impact of early nutrition on metabolic response and postoperative ileus. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*. 2004; 7 (5): 577-83.
45. Crainic C, Erickson K, Janet G, Haberman S, Patten P. Comparison of methods to facilitate postoperative bowel function. *Medical Surgical Nursing*. 2009; 18: 235-238
46. Cruikshank S, Vaginal hysterectomy. *The Global Library of Women's Medicine*, 2008.
47. Çalışkan N. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Geçiren Hastalara Postoperatif Erken Dönemde İlık Suverilmesinin Bağırsak Hareketlerine Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Hülya Bulut).
48. Çepni İ, Şal V. Laparoskopik komplikasyonları önlem ve yönetimi, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics. 2008; 1 (6): 109-17.
49. Çınar V. Batın Ameliyatı Geçiren Hastalarda Erken Ambulasyonun Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi ,2005, Afyonkarahisar (Danışman: Prof. Dr. Osman Nuri Dilek).
50. Çilingir D, Bayraktar N. Günübirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;13 (1): 69-81.
51. Demirayak G, Kılık T, Çetinkaya F, Bulut B, Akbaş M, Kılınç A, Şermin K, Şahin O, Kılıçkaya A, Mihmanlı V. Laparoskopik histerektomi deneyimlerimiz. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2016; 32 (4): 198-203.
52. Dicle A. Cerrahi hastasında ağrı. Akbayrak N, Erkal S, İlhan SE, Ançel G, Albayrak A.(Ed.). *Hemşirelik Bakım Planları içinde*. Ankara: Alter Yayıncılık, 2007; 613-23.
53. Dikmen Y. Ağrı ve Yönetimi. Ataberk Aştı T, Karadağ A(Ed.). *Hemşirelik Esasları içinde*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013, 633-67.
54. Doğan A, Ertaş İE, Solmaz U, Mat E, Özdemir İA, Güngördük K, Sancı M. Total laparoskopik histerektomi: Tek merkezin 20 aylık deneyimi. *Pam Tıp Derg.* 2016; 9 (1): 17-22.

55. Doganay M, Aksakal OS, Ozaksit MG. Hysterectomy rates and indications in Zekai Tahir Burak Women's Health Education and Research Hospital; 10 years old follow-up. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*. 2012; (34): 1406-9.
56. Eichel L, McDougall E, Clayman R. *Basics of laparoscopy*. Philadelphia: Saunders Elsevier. 2007; 171-220.
57. Eltabbakh GH, Shamanki MI. Hysterectomy for obese women with endometrial cancer: Laparoscopy or laparotomy? *Gynecol Oncol*. 2000; 78: 329-335
58. Emly, M. Rochester, P. A new look at constipation management in the community. *British Journal of Community Nursing*. 2006, 11 (8), 328-332. 326.
59. Emly MC. Abdominal massage for constipation. In: Halsam J, Laycock J. eds. *Therapeutic management of incontinence and pelvic pain*. 2 nd ed. London; 2007; 223-5.
60. Erdil F. *Cerrahi Hemşireliği*. Erdil F, Elbaş N. (Ed.). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğiiçinde*. Ankara, Aydoğdu Ofset, 2001; 97-136.
61. Ernst E. Abdominal massage therapy for chronic constipation: A systematic review of controlled clinical trials. *Forsch Komplementarmed*. 1999; 6 (3): 149-151.
62. Ettrich U, Seifert J, Scharnagel R, Günther KP. A multimodal and multidisciplinary postoperative pain management concept. *Orthopade* 2007; 36 (6): 544, 546-51.
63. Fakraden A.H. *Bin Beş Yüz Jinekolojik Laparoskopik Olgusunun Retrospektif Analizi*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Ruşen Aytaç).
64. Fanning, J., Valea, F. A. Perioperative bowel management for gynecologic surgery. *American Journal of Obstetric and Gynecology*. 2011; 1016 (10): 309-314.
65. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol*. 2002; 99: 229-34.
66. Fathy M, Al-Azony H, Hasanen E, Abd-Elhamid N. Total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy in uterine tumors. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 2018; 72 (10): 5427-5432.

67. Fearon KCH, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CHC, Lassen K. Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clinical Nutrition*. 2005; 24: 466-477.
68. Freund WA: Extirpation of the entire uterus by a new method, *Am J Obstet NY*. 1879; 12: 200.
69. Gan TJ, Diemunsch P, Habib AS, et al. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*. 2014; 118: 85-113.
70. Gan TJ, Meyer TA, Apfel CC. Society for ambulatory anesthesia. Society for ambulatory anesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*. 2007; 105: 1615–28.
71. Gengeç K. Laparoskopik ve Laparatomik Histerektomilerde Komplikasyonların Karşılaştırılması. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2016, Şanlıurfa (Danışman: Doç. Dr. Muhammed Erdal Sak).
72. Goldstein JL, Matuszewski KA, Delaney CP, Senagore A, Chiao EF, Shah M, Meyer K, Bramley T. Inpatient economic burden of postoperative ileus associated with abdominal surgery in the United States. *P&T* 2007; 32: 82-90.
73. Gruber IV, Frank V, Wischnewsky M. Komplikationen der gynäkologischen endoskopie. *Der Gynäkologe*. 2005; 11: 992-9.
74. Gupta R., Singh S. Challenges in paediatric laparoscopic surgeries. *Indian J Anaesth*. 2009; 53 (5): 560–566
75. Guimei L, Fuqin M, Xiaofen Z, Donglan C, Xuena L, Xiaolin H. Studyon the time of initial oral intake after general anesthesia in patients receiving otolaryngology or head-neck surgery. *Journal of Nursing Science*. 2008; 16 (5).
76. Gutstein HB, Akil H. Opioid Analgesics. In: Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG, editors. *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 10th ed. New York: McGraw-for Treatment of Hyperalgesia and Pain. *Curr Rheumatol Rep*. 2001; 10 (6), 492–499.
77. Gülgün CP. Akciğer Kanseri Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Yaşam Kalitesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014, İstanbul (Danışman: Doç. Dr Hatice Kaya).

78. Güner H. Ürojinokoloji ve pelvik rekonstrüktif cerrahi. İkinci baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2008, 333-42
79. Güner, H.Total abdominal histerektomi. Güner, H(Ed.) Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi içinde Ankara, 2005, s.554-571.
80. Güner, H. Vaginal histerektomi. Güner, H(Ed.) Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi içinde Ankara, 2005, s: 501-514.
81. Habib AS, Gan TJ. Evidence-based management of postoperative nausea and vomiting: a review. *Can J Anesth.* 2004; 51: 4,326–341.
82. Harma, M. G., Barut, A., Arıkan, G., Harma, M. Gum- chewing speeds return of bowel sounds but not first defecation after cesarean section. *Anatolian Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2009; 1: 1-3.
83. Health AM. Case of excision of the uterus by the abdominal section. *London Med Gazette,* 1843.
84. Hodges LA, Hughes A, Targett D, Durcan MJ. Does a hot drink provide faster absorption of paracetamol than a tablet? A pharmacoscintigraphic study in healthy male volunteers. *Pharm Res.* 2014; 31 (8): 2078–2085.
85. Holland CM, Shafi MI. Radical hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005; 19: 387-401.
86. Hooper V. SAMBA consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting: An executive summary for perianesthesia nurses. *J Perianesth Nurs.* 2015; 30: 377-82.
87. Hrkki-Sirén P. Laparoscopic hysterectomy. Outcome and complications in Finland. [doctoral thesis]. Helsinki: Medical Faculty University of Helsinki, 1999.
88. Huang H, Wang H, He M. Early oral feeding compared with delayed oral feeding after cesareansection: A Meta-Analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med, Early Online* 2015: 1–7.
89. Huang HP, He M. Usefulness of chewing gum for recovering intestinal function after cesarean delivery: A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2015; 54, 116-121.

90. Husslein H, Franz M, Gutsch M, Worda C, Polterauer S, Leipold H. Postoperative gum chewing after gynecologic laparoscopic surgery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2013; 122: 85–90.
91. İstanbulluoğlu MO, Kaynar M. Ürolojik laparoskopik cerrahide komplikasyonlar. *Türk Üroloji Seminerleri*, 2010; 1: 142-6
92. İzveren AU, Dal İ. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2011; 18 (2): 36-46.
93. Jacobson GF, Shaber RE, Armstrong MA, Hung YY. Hysterectomy rates for benign indications. *Obstet Gynecol.* 2006; 107: 1278-83.
94. Jadoul P, Donnez J. Complications of laparoscopic surgery in gynecology. In: Donnez J, ed. *Atlas of Operative Laparoscopy and Hysteroscopy.* 3rd ed. London: Informa Healthcare. 2007; 425-46.
95. Jalilian N, Ghadami MR. Randomized clinical trial comparing postoperative outcomes of early versus late oral feeding after cesarean section. *J. Obstet. Gynaecol.* 2014; 40, 6: 1649–1652
96. Jansen FW, Kolkman W, Bakkum EA .Complications of laparoscopy: an inquiry about closed-versus open-entry technique. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190: 634-38.
97. Jiang J. Study on enhancement of gastric and intestinal peristalsis recovery after abdominal operation. *Nanfang Journal of Nursing.* 2004; 11: 3.
98. Junger M, Schoenberg MH. Postoperative care in fast-track rehabilitation for elective colonic surgery. *Transfusion Alternatives in Transfusion Medicine.* 2007; 9: 66-77.
99. Kamalak Z, Köşüş N, Köşüş A, Kalem MN, Hızlı D, Akçal B, Kafalı H. Jinekolojik operasyonlarda postoperatif ileusu önlemek için tuhaf bir yol: Sakız çiğneme. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi.* 2015; 12 (3): 119 – 122.
100. Karacan T, Usta TA, Naki MM, Çalık A, Tosun A, Okuyan E. Kliniğimizde yapılan yüz kırk yedi total laparoskopik histerektomi olgusunun analizi. *İKSST Derg.* 2014; 6 (1): 6-13.

101. Karadag M, Cecen K, Demir A, Bagcioglu M, Kocaaslan R and Kadioglu T. Gastrointestinal complications of laparoscopic/robot-assisted urologic surgery and a review of the literature. *J Clin Med Res.* 2015; 7 (4): 203–210.
102. Karataş A, Albayrak M, Köse S, Bıyık İ, Keskin F. Üniversite kliniğinde histerektomi olgularının değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2013; 5 (3): 29-33
103. Kavlak T. Histerektomide Preoperatif Solunum, Yatak İçi Egzersiz ve Mobilizasyon Eğitiminin Postoperatif Ağrı ve Mobilizasyon Düzeyine Etkisinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017, Ankara, Doktora Tezi (Danışman: Doç. Dr. Gülten Güvenç).
104. Kazan EE. Soğuk uygulamalar ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 2011; 73-82.
105. Kimball G. Successful case of extirpation of the uterus. *Boston Med Surg J.* 1855; 52: 249.
106. Kluivers KB, Opmeer BC, Geomini PM. Women's preference for laparoscopic or abdominal hysterectomy. *Gynecol Surg.* 2009; 6: 223-228.
107. Kovac SR, Barhan S, Lister M, Tucker L, Bishop M, Das A. Guidelines for the selection of the route of hysterectomy: application in a resident clinic population. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187 (6): 1521-7.
108. Krishnakumar S ve Tambe P. Entry complications in laparoscopic surgery. *J Gynecol Endosc Surg.* 2009; 1 (1): 4–11.
109. Kulhan NG, Naykı C. Doğu Anadolu'da total laparoskopik histerektomi deneyimlerimiz tersiyer bir merkezin retrospektif sonuçları. *Van Tıp Derg.* 2018; 25 (3): 338-343.
110. Kurtay S. Total Abdominal Histerektomi ve Total Laparoskopik Histerektomi Yapılan Hastalarda Postoperatif Yaşam Kalitesi ve Ürogenital Şikâyetlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2018, Ankara, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Doç. Dr. Şadımın Kıykaç Altınbaş)
111. Kutlutürkan S. Konfor. Aştı TA, Karadağ A(ED.). *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri içinde.* 1. baskı. Adana: Nobel Tıp Kitabevleri, 2011; 128-65.

112. Lamas K, Lindholm L, Stenlund H, Engstrom B, Jacobsson C. Effects of abdominal massage in management of constipation-A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46 (6): 759-67.
113. Langenbeck CJM. Geschichte einer von mir glücklich verichteten extirpation der gengergebarmutter. *Bibliotyh Chir Opth Hanover*. 1817; 1: 557–62.
114. Langenbeck MA. *Detotius uteri extirpatione*. Gorringen ex. Off. Dieterihiana, 1842.
115. Ledari FM, Barat S, Delavar MA, Banihosini SZ, Khafri S. Chewing sugar-free gum reduces ileus after cesarean section in nulliparous women: A randomized clinical trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2013; 15 (4): 330–334.
116. Lee A, Fan LTY. Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 2: CD003281.
117. Lee H, Kim JJ, Min BH, Lee JH, Kim YH, Chang DK. Effectiveness of warm water consumption to reduce patient discomfort during colonoscopy: A randomized controlled trial. *The American Journal of Gastroenterology*. 2009; 12: 2935-2941.
118. Leier H. Does gum chewing help prevent impaired gastrit motility in the postoperative period? *Journal of the American Academy of Practitioners*. 2007; 19: 133-136.
119. Li S, Liu Y, Peng Q, Xie L, Wang I, Qin X. Chewing gum reduces postoperative ileus following abdominall surgery: A meta- analysis of 17 randomized controlled trials. *J Gastroenterol Hepatol*. 2013; 28: 1122-32.
120. Liu Z, Sakakibara R, Odaka T, et al. Mechanism of abdominal massage for diffucult defecation in a patient with myelopathy. *Journal Neural*. 2005; 252: 1280-1282.
121. Llarena NC, Shah AB, Milad MP. Bowel injury in gynecologic laparoscopy: A systematic review. *Obstet Gynecol*. 2015; 125: 1407–17.
122. Lodh, E., Bhattacharjee, P. Advanced technique of caesarean section. Free communication (oral) presentations. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009; 246.

123. Lubawski J, Saclarides T. Postoperative ileus: strategies for reduction. *Ther Clin Risk Manag.* 2008; 4: 913-917.
124. Mahesh, J. Very early mobilisation (3 hours after c.s.) prevents complications of postoperative caesarian section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2009; 107: S2, 253.
125. Manyonda IT, Hadoura E. Total Abdominal Hysterectomy. O'Donovan PJ, Miller CE (Edt). *Modern Management of Abnormal Uterine Bleeding.* U.K: Informa Healthcare. 2008; 279-67.
126. Mathevet P, Valencia P, Cousin C, Mellier G, Dargent D. Operative injuries during vaginal hysterectomy. *European J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001; 97 (1): 71-5.
127. McClurg D, Hagen S, Dickinson L. Abdominal massage for the treatment of constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* 2011.
128. McCracken G, Houston P, Lefebvre G. Guideline for the management of postoperative nausea and vomiting. *JOGC JUILLET.* 2008; 209: 600-7
129. Mehdi H, Goodrich S, Lockhart D. Predictors of surgical site infection in women undergoing hysterectomy for benign gynecologic disease: a multicenter analysis using the national surgical quality improvement program data. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014; 21: 901-909.
130. Memedov C, Menteş Ö, Şimşek A, Kece C, Yağcı G, Harlak A, Coşar A, Tufan T. Laparoskopik kolesistektomi sonrası postoperatif ağrının önlenmesinde çoklu bölgeye lokal anestezi infiltrasyonu: ropivakain ve prilokainin plasebo kontrollü karşılaştırılması. *GülhaneTıp Dergisi.* 2008; 84-90.
131. Miedema, B.W., Johnson, J.O. Methods for decreasing postoperative gut motility. *Lancet Oncology.* 2003; 4: 365–72
132. Minig L, Biffi R, Zanagnolo V, Attanasio A, Beltrami C, Bocciolone L. Early oral versus “traditional” postoperative feeding in gynecologic oncology patients undergoing intestinal resection: a randomized controlled trial. *Ann Surg Oncol.* 2009; 16 (6): 1660–8
133. Moventhan A, Nivethitha L. Scientific evidence-based effects of hydrotherapy on various systems of the body. *N Am J Med Sci.* 2014; 6 (5): 199–209.

134. Morino R, Ozaki M, Nagata O, Yokota M. Incidence of and risk factors for postoperative nausea and vomiting at a Japanese Cancer Center: First large-scale study in Japan. *J Anesth.* 2013; 27 (1): 18–24.
135. Morley GW. History of hysterectomy. Washington, DC. American College of Obstetrics and Gynecology, 1988.
136. Muehling BM, Halter GL, Schelzig H. *Eur Journal of Cardiothoracic Surgery.* 2008; 34: 174-80.
137. Mülâyim B, Çelik NY, Kaya S, Yanık FF. Early oral hydration after cesarean delivery performed under regional anesthesia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2008; 101, 273–276.
138. Munro M, Parker W. A classification system for laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1993; 82: 624-9.
139. Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10811 patients. *Br J Anaesth.* 2000; 84: 6–10.
140. Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Archtari C et al. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations- Part-2. *Gynecologic Oncology.* 2016; 2 (140): 323-32
141. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2009; 3: CD003677.
142. Obermair A, Monolitsas TP. Total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for obese women with endometrial cancer In *J Gynecol Cancer.* 2005; 15: 319-324
143. O'Hanlan KA, Dibble SL, Garnier AC, Reuland ML. Total laparoscopic hysterectomy: Technique and complications of 830 cases. *JSLS.* 2007; 11: 45-5.
144. Orji EO, Olabode TO, Ogunniyi SO. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after cesarean section. *Journal of Fetal and Neonatal Medicine.* 2009; 22 (1): 65-71.
145. Öbek, C. Ürolojik laparoskopide komplikasyonlar ve önlenmesi. *Üroonkoloji Bülteni(sayı 2) , 2005.*

146. Özdemir F, Psinlioğlu T. Histerektomi operasyonu geçiren kadınların histerektomi hakkında görüşlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2009; 1: 30-37.
147. Öztekin D. Ameliyat sonrası bakım uygulamaları. Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N.(Ed). *Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi içinde*. 1. baskı. Ankara: İstanbul Tıp Kitabevi Yayıncılık, 2011; 33-66.
148. Öztürk E, Güraslan H, Doğan K, Şentürk MB, Güraslan B, İdil NS, Yaşar L. Bening endikasyonlarda laparoskopik ve abdominal histerektomi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2016; 47: 3.
149. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2011; 18 (1): 83-92.
150. Pace NL, Carlisle J, Eberhart LHJ. Prediction models for the risk of postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 9: CD011318.
151. Pandeewari BB, Bhasani D, Dhumale S. Effect of chewing gum on the postoperative recovery of gastrointestinal function after gynaecological laparoscopic surgery. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2018; 7 (2) :644-647.
152. Panella JJ. Preoperative care of children: Strategies from a child life perspective *AORN J* 104. 2016; 12-19
153. Parker WH, Cooper JM, Levine RL, Olive DL. The AAGL classification system for laparoscopic hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2000; 7 (3): 439-440.
154. Parnaby, C.N., MacDonald, A.J., Jenkins, J.T. Sham feed or sham? A meta-analysis of randomized clinical trials assessing the effect of gum chewing on gut function after elective colorectal surgery. *International Journal of Colorectal Disease*. 2009; 24: 585-92
155. Pawar D. Common post-operative complications in children. *Indian Journal of Anaesthesia*. 2012; 56: 5.
156. Phelps P, Cakmakkaya O.S, Apfel C.C, Radke O.C. A simple clinical maneuver to reduce laparoscopy-induced shoulder pain: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2008; 1155-1160.

157. Radosa J.C, Radosa M.P, Mavrova R, Rody A, Juhasz-Böss I, Bardens D, Brün K, Solomayer E.F, Baum S. Five minutes of extended assisted ventilation with an open umbilical trocar valve significantly reduces postoperative abdominal and shoulder pain in patients undergoing laparoscopic hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013; 122-127.
158. Rafii A, Samain E, Levardon M, Darai E, Deval B. Vaginal hysterectomy for benign disorders in obese women: A prospective study. *BJOG.* 2005; 112 (2): 223-7
159. Ramirez, J. A., McIntosh, A. G., Strehlow, R. Definition, incidence, risk factors, and prevention of paralytic ileus following radical cystectomy: A Systematic Review. *European Association of Urology*, 2012; 4892: 1-10.
160. Reich H, De Caprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg.* 1989; 5: 213-6.
161. Reich H. Laparoscopic hysterectomy. *Surgical Laparoscopy Endoscopy.* 1992; 2: 85-93
162. Richards J, Hubbert AO. Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Manag Nurs.* 2007; 8 (1): 17-24.
163. Roberts SM, Bezinover DS, Janicki PK. Reappraisal of the role of dolasetron in prevention and treatment of nausea and vomiting associated with surgery or chemotherapy. *Cancer Manag Res.* 2012; 4: 67-73.
164. Rock AJ, Jones HW. *Te Linde's Operative Gynecology.* Tavmergen E (çev. Edt). 9. Basım. İzmir: Güven Kitabevi, 2005: 731-56.
165. Rosero EB, Kho KA, Joshi GP, Giesecke M, Schaffer JI. Comparison of robotic and laparoscopic hysterectomy for benign gynecologic disease. *Obstet Gynecol.* 2013; 122: 778-86.
166. Rüsç D, Eberhart LH, Wallenborn J, Kranke P. Nausea and vomiting after surgery under general anesthesia: an evidence-based review concerning risk assessment, prevention, and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2010; 107 (42): 733-41.
167. Salman S, Ayanoğlu YT, Bozkurt M, Kumbasar S, Kavşi B, Sertoğlu E, Koyucu RG. Analysis of total laparoscopic hysterectomy performed in our clinic. *JAREM.* 2015; 5: 10-3.

168. Saylam M. Histerektomi Ameliyatı Olan Kadınlara Ameliyat Öncesi ve Sonrası Verilen Danışmanlık Hizmetinin Yaşam Kalitesi ve Cinsel Sorunlara Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2005, Ankara (Danışman: Yrd.Doç.Dr.Füsun Terzioğlu).
169. Scinlair, M. The use of abdominal massage to treat chronic Constipation. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. 2011; 15: 436-445.
170. Shwayder JM. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1999; 26 (1): 169-87.
171. Sindell, S., Causey, M.W., Bradley, T., Poss, M., Moonka, R., Thirlby, R.. Expediting return of bowel function after colorectal surgery. *American Journal Of Surgery*. 2012; 203 (5): 644-8.
172. Slim K, Le Roy B. Early mobilization in abdominal and thoracic surgery. *Surgery*. 2016; 160 (6): 1711.
173. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Textbook of medical and surgical nursing. Eleven ed. London, Lippincott Williams wilkins, 2008; 258-95.
174. Smith HS, Smith EJ, Smith BR. Postoperative nausea and vomiting. *Ann Palliat Med*. 2012; 1 (2): 94-102.
175. Soysüren İ. Abdominal ve Vajinal Cerrahi Sonrasında Üriner Disfonksiyonların Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2011, Edirne (Danışman: Doç. Dr. Petek Balkanlı Kaplan).
176. Sweis I, Yegiyants SS, Cohen MN. The management of postoperative nausea and vomiting: current thoughts and protocols. *Aesthetic Plast Surg*. 2013; 37 (3): 625-33.
177. Şendağ F, Zenbek B. Jinekolojide tek insizyondan laparoskopik cerrahiuygulamaları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol)*. 2011; 8 (4): 225- 30
178. Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sitem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012; 713-714
179. Terzioğlu F, Şimşek S, Karaca K, Sarıncı N, Altunsoy P, Salman MC. Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynecologic surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 22 :1917-25.

180. Thomson AJ, Farquharson RG. Vault haematoma and febrile morbidity after vaginal hysterectomy. *Hosp Med.* 2001; 62 (1): 535-8.
181. Tuncer ZS. Abdominal Histerektomi ve Ooferektomi. Beksaç, MS(Ed.). Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite Jinekolojik Onkoloji içinde. Ankara: Öncü Basımevi, 2006; 1860-1861.
182. Turan N, Öztürk A, Nurten K. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2010; 3: 1.
183. Uğraş GA, Yüksel S, Erer TI, Taşdelen B, Doğan H, Mutluay Ö. Kraniyal cerrahi sonrası abdominal masajın bağırsak alışkanlığına etkisi. *Türk Nöroşir Derg.* 2016; 26: 387.
184. Urcanoğlu ÖB. Laparoskopik Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Sakız Çiğnemenin Barsak Motilitesine, Erken Mobilizasyona, Ameliyat Sonrası Ağrıya ve Erken Taburculuğa Etkisi. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Tekirdağ (Danışman: Doç. Dr. Tülin Yıldız).
185. Urman B, Mercan R, Mumcu A. Endoskopik Cerrahi; Laparoskopi. Beksaç, MS(Ed.). Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite Jinekolojik Onkoloji içinde. Ankara: Öncü Basımevi, 2006: 1757-1794.
186. van der Voort M, Heijnsdijk EA, Gouma DJ. Intestinal injury as a complication of laparoscopy. *Br J Surg.* 2004; 91 (10): 1253–1258.
187. Vather R, Trivedi S, Bissett I. Defining postoperative ileus: results of a systematic review and global survey. *J Gastrointest Surg.* 2013; 17: 962-72.
188. Villars PS, Veazie MQ, Berger JS, Vu QM, Campbell-McAdory AA, Frenzel JC, Kee SS. Adaptation of the ooda loop to reduce postoperative nausea and vomiting in a highrisk outpatient oncology population. *Journal of PeriAnesthesia Nursing.* 2008; 23 (2): 78-86.
189. Walsh CA, Walsh SR, Tang TY, Slack M. Total abdominal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol.* 2009; 144: 3-7.
190. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: The evidence. *Cmaj.* 2006; 174: 801-809.

191. Weimann A, Bragab M, Harsanyic L, Lavianod A, Ljungqviste O, Soetersf P. Espen guidelines on enteral nutrition: surgery including organ transplantation. *Clinical Nutrition*. 2006; 25: 224-244.
192. White P.F. The role of non-opioid analgesic techniques in the management of pain after ambulatory surgery. *Anesth Analg*. 2002; 94: 577-85.
193. Whitehead WE, Bradley CS, Brown MB, Brubaker L, Gutman RE, Varner RE. Gastrointestinal complications following abdominal sacrocolpopexy for advanced pelvic organ prolapse.. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 197: 1–7.
194. Whiteman MK, Hillis SD, Jamieson DJ, Morrow B, Podgornik MN, Brett KM ve diğ erleri. Amerika Birleş ik Devletleri'nde yatan hasta histerektomi sű rveyansı, 2000-2004. *J Obstet Gynecol*. 2008; 198: 341-347.
195. Wright JD, Ananth CV, Lewin SN, et al. Robotically assisted vs laparoscopic hysterectomy among women with benign gynecologic disease. *JAMA*. 2013; 309: 689-98.
196. Wright JD, Herzog TJ, Tsui J, Ananth CV, Lewin SN, Lu YS, Neugut AI, Hershman DL: Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States. *Obstet Gynecol*. 2013; 122: 233–41.
197. Wright KN, Jonsdottir GM, Jorgensen S, Shah N, Einarsson JI. Costs and outcomes of abdominal, vaginal, laparoscopic and robotic hysterectomies. *JSLs*. 2012; 16 (4): 519–524.
198. Wu JM, Wechter ME, Geller EJ, Nguyen TV, Visco AG. Hysterectomy rates in the United States, 2003. *Obstet Gynecol*. 2007; 100: 1091-5.
199. Xu C, Peng J, Liu S, Qi D. Effect of chewing gum on gastrointestinal function after gynecological surgery: A systematic literature review and meta-analysis. *J. Obstet. Gynaecol. Res*. 2018; 44 (5): 936–943.
200. Yavař çaoğ lu B, Kaya FN, Ő zcan B, et al. Eriř kinlerde anestezi sonrası gű rű len komplikasyonların retrospektif deę erlendirilmesi. *Uludaę Ő niversitesi Tıp Fakű ltesi Dergisi*. 2009; 35: 73-8.
201. Yavuzcan A, Çaę lar M, Yıldız G, Dilbaz S, Ő stű n Y, Eriř en O, Kumru S. Laparoskopik histerektomi sonuę larımız. *J Clin Exp Invest*. 2014; 5 (2): 261-264.

202. Yetimalar H, Köksal A, Aksakallı V, Kasap B, Çukurova K. Major abdominal jinekolojik cerrahi sonrası erken oral beslenmenin etkileri. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2010; 7: 1, 40-44.
203. Yu CK, Cutner A. Total laparoscopic hysterectomy as a primary surgical treatment for endometrial cancer in morbidly obese women BJOG. 2005; 112: 115-117
204. Zhu YP, Wang WJ, Zhang SL, Dai B, Ye DW. Effects of gum chewing on postoperative bowel motility after caesarean section: a metaanalysis of randomised controlled trials. BJOG. 2014; 121: 787-792.
205. Zindar Y. Histerektominin Beden Algısı, Kadın Cinselliği ve Partner İlişisine Etkisinin Beden Algısı Ölçeği ve Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği ile Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Alev Atış Aydın).
206. Zou XL, Li YQ, Shi L, Lv GP, Kuang R.G et al. Visceral hypersensitivity following cold water intake in subjects with irritable bowel syndrom. Journal of Gastroenterology. 2006; 41: 311-317.

## 10.EKLER

### Ek 1- Anket Formu

**Çalışma Grubu: 1. Deney 2. Kontrol**

**Hastanın Adı Soyadı:**

**1) Yaşınız: .....**

**2)Eğitim Durumunuz:**

- 1) İlkokul mezunu
- 2) Ortaokul mezunu
- 3) Lise mezunu
- 4) Üniversite mezunu

**4)Çalışıyor musunuz? 1)Evet 2) Hayır**

**5)Çocuk sayınız: .....**

**6)Menopoz durumunuz: 1)Girdim 2)Girmedim**

**7)Herhangi bir sistemik hastalığınız var mı?**

1. Hipertansiyon
2. Diyabet
3. Kalp hastalığı
4. Böbrek yetmezliği
5. Tiroid
6. Astım
7. Romatizmal hastalıklar
8. Diğer: .....

**8)Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?**

1. Antihipertansif
2. Antidiyabetik
3. Antiaritmik ilaçlar
4. Diüretikler
5. Laksatif ilaçlar
6. Antiromatizmal ilaçlar
7. Analjezik ilaçlar
8. İnhaler ilaçlar
9. Diğer: .....

**9) Daha önce herhangi bir abdominal cerrahi geçirdiniz mi?**

- 1) Evet (Lütfen belirtiniz.....)

2) Hayır

**10) Geçirdiğiniz cerrahi operasyonlar sonrasında bulantı yaşadınız mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**11) Yaşadığınız bulantının olumsuz etkilerini azaltıcı herhangi bir uygulama yapıldı mı?**

- 1) Bulantı yaşamadım.
- 2) Medikal tedavi(antiemetik)
- 3) Zencefil
- 4) Relaksasyon(gevşeme)
- 5) Akupunktur
- 6) Akupressür
- 7) Masaj
- 8) Hayır herhangi bir uygulama yapmadım.

**12) Geçirdiğiniz cerrahi operasyonlar sonrasında kusma yaşadınız mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**13) Yaşadığınız kusmanın olumsuz etkilerini azaltıcı herhangi bir uygulama yaptınız mı?**

- 1) Bulantı yaşamadım.
- 2) Zencefil
- 3) Relaksasyon(gevşeme)
- 4) Akupunktur
- 5) Akupressür
- 6) Masaj
- 7) Hayır herhangi bir uygulama yapmadım.

**14) Geçirdiğiniz cerrahi operasyonlar sonrasında gaz sancısı yaşadınız mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**15) Yaşadığınız gaz sancısının olumsuz etkilerini azaltıcı herhangi bir uygulama yaptınız mı?**

- 1) Gaz sancısı yaşamadım.
- 2) Medikal tedavi(analjezik vs)
- 3) Mobilizasyon
- 4) Lokal ısı kullanma
- 5) Masaj
- 6) Bitki çayı (rezene, papatya)
- 7) Sakız çiğneme
- 8) Ilık su içme

9) Herhangi bir uygulama yapmadım.

**16) Geçirdiğiniz cerrahi operasyonlar sonrasında şişkinlik yaşadınız mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**17) Yaşadığınız şişkinlik probleminin olumsuz etkilerini azaltıcı herhangi bir uygulama yaptınız mı?**

- 1) Şişkinlik yaşamadım.
- 2) Medikal tedavi
- 3) Mobilizasyon
- 4) Lokal ısı kullanma
- 5) Masaj
- 6) Bitki çayı (rezene, papatya)
- 7) Sakız çiğneme
- 8) Ilık su içme
- 9) Herhangi bir uygulama yapmadım

**18) Normalde ne sıklıkla büyük tuvalete çıkarsınız?**

- 1) Günde birden fazla
- 2) Günde bir defa
- 3) İki günde bir
- 4) Üç günde bir
- 5) Dört gün veya daha uzun sürede bir

**19) Normalde sık sık gaz sancısı yaşar mısınız?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**20) Yaşadığınız gaz sancısını azaltmaya yönelik herhangi bir uygulama yapar mısınız?**

- 1) Gaz sancısı yaşamadım.
- 2) Medikal tedavi
- 3) Mobilizasyon
- 4) Lokal ısı uygulama
- 5) Masaj
- 6) Bitki çayı (rezene, papatya)
- 7) Sakız çiğneme
- 8) Ilık su içme
- 9) Herhangi bir uygulama yapmam.

## Ek 2- Hasta Takip ve Değerlendirme Formu

Çalışma Grubu:

Tarih:

Hasta Adı-Soyadı:

Yaşı:

Tanı									
Ameliyat Süresi									
Ameliyatta Yapılan İlaçlar									
İlk su vermeden önce/ Oral açılmadan önce		İlk su verildikten sonraki(Deney grubu için) Oral açıldıktan sonraki(Kontrol grubu için)(saat)							
	İlk 6 saat	1.	2.	3.	4.	6.	8.	10.	12.
Aldığı sıvı miktarı									
Çıkardığı sıvı miktarı									
Bulantı									
Kusma									
Mobilizasyon									
Distansiyon									
Bağırsak sesleri									
Gaz									
Gaita									
Distansiyona bağlı ağrı									
Yapılan analjezik ilaç									

### **Ek 3- Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur Formu**

Sayın katılımcı,

Laparoskopik Histerektomi Ameliyatı Sonrası Hastalara Verilen Ilık Suyun Gastrointestinal Fonksiyonlara Etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma Tansu Akkurt ve Dr.Öğr. Üyesi Özlem CAN GÜRKAN tarafından yürütülmektedir.

Bilindiği üzere geçirilen cerrahi operasyonlar sonrasında anestezi ve ameliyattaki uygulamalar nedeniyle bağırsak hareketleri azalmaktadır. Bu da hastalarda bulantı, kusma, gaz sancısı, rahatsızlık ve şişkinlik gibi problemlere neden olmaktadır. Bu çalışma ile ortaya çıkabilecek bu tür problemlerin önüne geçilmesinde ameliyat sonrası verilecek ılık suyun etkisini ortaya koymayı amaçlamaktayız.

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde laparoskopik histerektomi cerrahisi yapılan hastalarla gerçekleştirilecek çalışmada toplam 90 katılımcının alınması planlanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde araştırmacı tarafından rastgele belirlenecek deney ve kontrol gruplarından birine dahil edileceksiniz. Deney grubuna dahil olmanız durumunda, ameliyat olmadan önce size araştırmacı tarafından hazırlanan, kişisel bilgileriniz ve hastalığınız ile ilgili soruları içeren anket formu doldurulacaktır. Ameliyat sonrası 6.saatte genel durumunuz değerlendirildikten sonra 37 °C'lik 200 ml (1 bardak) suyu 5 dakika içinde içmeniz istenecektir. Ilık su içilmesinden sonra oral alım rutin uygulamada olduğu gibi devam ettirilecektir. Öncelikle sıvı gıdalar ile başlanacak sonrasında yumuşak gıdalar ve devamında normal gıdalara geçilecektir. Katılımcı araştırmacı tarafından ılık suyu içtikten sonraki ilk 4 saat boyunca her saat başı, daha sonraki 8 saat boyunca 2 saatte bir toplamda 12 saat süreyle bulantı, kusma, bağırsak hareketleri, gaz çıkışı, ağrı vb. yönünden değerlendirilecektir.

Eğer kontrol grubuna dahil olursanız yine araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu doldurulacak ve ameliyat sonrası 6.saatten itibaren yiyip içmenize (sıvı besinler ile başlanıp yumuşak gıda ve devamında normal gıdalarla devam ettirilecektir) izin verilecek ve yine oral alıma izin verildikten sonraki ilk 4 saat boyunca her saat başı, daha sonraki 8 saat boyunca 2 saatte bir toplamda 12 saat süreyle değerlendirilecektir.

Deney grubuna dahil olacak katılımcılara verilecek ılık suyun herhangi bir yan etkisi yoktur. Yapılan araştırmalarla ameliyat sonrası dönemde ılık suyun yararları desteklenmiştir. Bunun yanı sıra ılık suyun mide ve bağırsakları rahatlattığı ve bağırsak hareketlerine olumlu etki ettiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğunu ve katılıp katılmama konusunda tamamen serbest olduğunuzu belirtmek isteriz. Çalışmada belirttiğiniz bilgiler başkalarıyla kesinlikle paylaşılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden ücret talep edilmeyecek ve karşılığında size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmadan istediğiniz takdirde gerekçeli veya gerekçesiz olarak ayrılabilirsiniz. Bu durumda size uygulanacak bakım ve tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Araştırma konusunda tarafımca bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Herhangi bir sorunuz olduğunda ulaşabileceğiniz telefon numarası ve adres aşağıda belirtilmiştir.

**TANSU AKKURT (Araştırmacı)**

Tel: 0538 516 44 09

Adres: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Güztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Bölümü Jinekoloji Servisi

**Katılımcı Rıza Formu**

‘Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlamaya maruz kalmadan gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.’

Katılımcının Adı-Soyadı:	İmza:	Tarih:
Katılımcı ile Görüşen Araştırmacı:	İmza:	Tarih:

## Ek 4- Etik Kurul Onayı

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU					
SAYI:		Tarih: 26.12.2017			
KONU: Etik Kurulu Kararı					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Laparoskopik Histerektomi Ameliyatı Sonrası Hastalara Verilen İlık Suyun Gastrointestinal Fonksiyonlara Etkisi			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	TELEFON	216 570 91 90			
	FAKS	216 565 55 26			
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Özlem Can Gürkan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik çalışması	<input type="checkbox"/>				
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Retrospektif	<input type="checkbox"/>				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017/0369	Tarih: 26.12.2017			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmamın/çalışmamın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmamın/çalışmamın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan  
İmza:

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)  
KARAR FORMU

SAYI

Tarih: 26.12.2017

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Laparoskopik Histerektomi Ameliyatı Sonrası Hastalara Verilen İlık Suyun Gastrointestinal Fonksiyonlara Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Şökrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Sebahat Dilek Torun	Halk Sağlığı	Özel Kuruluş	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Sıdıka Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Yrd. Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Gönen Hukuk Bürosu	E	K	E	H	E	H	
Saliha Şahin	İçişleri		E	K	E	H	E	H	

\* Toplantıda Bulunma

Karar:  Onaylandı  Reddedildi

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan  
İmza:

## Ek 5- Kurum Onayı

Tarih: 17.01.2018

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ  
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİMİNE

'Laparoskopik Histerektomi Ameliyatı Sonrası Hastalara Verilen İlik Suyun Gastrointestinal Fonksiyonlara Etkisi' başlıklı çalışmayı, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Şubat 2018- Mayıs 2019 tarihleri arasında yapabilmek için gerekli izin tarafınızdan verilmesi hususunda gereğini saygılarımla arz ederim.

Ayrıca bu çalışma esnasında, kurumun kurallarına uyacağımı, kapsam dışı hiçbir veri ve kişisel bilgi toplamayacağımı, veri toplarken kurumun ve kişilerin rızasını alacağımı, kurumun istemesi halinde etik kurul izni alacağımı, kurumun izin verdiği süre içinde araştırmamı yürüteceğimi, çok merkezli veya girişimsel araştırmalar için İstanbul İli Sağlık Müdürlüğünden ilave izin alacağımı taahhüt ederim.

Başvuruda Bulunan Kişinin:

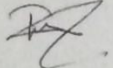
TC Kimlik No: 18866726880

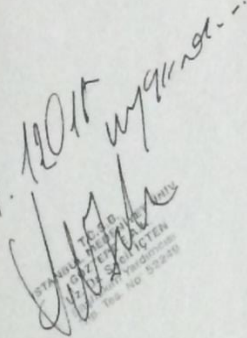
Adı Soyadı :TANSU AKKURT

Bölüm, Unvan: Kadın ve Doğum Hastalıkları Jinekoloji Servisi- Hemşire

Adres : Eğitim Mah. Dr. Erkin Cad. Kadıköy/İstanbul

İletişim : 0538 516 4409/ tnsakkurt@gmail.com

İmza : 

19.12.2017  
  
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ  
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
YÖNETİMİNE  
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
YÖNETİMİNE  
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
YÖNETİMİNE

## Oral Presentations

### Presentations

**MATERIALS AND METHODS:** A review of the literature was conducted using PubMed search engine with keywords: "breast cancer", "breast surgeon", "mastology" and "certification". The web sites of various international societies dedicated with breast cancer, were consulted searching guidelines for adequate surgical practice.  
**RESULTS:** The European Board for Surgical Qualification (EBSQ) gives guidelines on eligibility criteria for involvement with breast surgery defining metrics for operations (as minimum) that a breast surgeon should have performed as 1st and 2nd operator and what minimum numbers for major oncologic operations and minor surgeries should have completed. A final examination of the CV in breast surgery is necessary. Different international societies are involved in education and certification of competency in breast surgery. Many authors highlight that training in high-volume centers is of crucial importance because may improve 5-year survival up to 33%. The number breast cancer surgeries that the surgeon performs per year seems to be an independent prognostic factor for patients survival and general outcome. For all these reasons, treatment of breast cancer in breast centres by specialized breast surgeons is mandatory.  
**CONCLUSIONS:** There is an urgent need for certified education in breast surgery, not only for breast centers but also for breast surgeons. Dedication is a key principle in breast surgery, because it improves outcomes.

### OP-65. EFFECT OF WARM WATER ON BOWEL MOVEMENTS AFTER HYSTERECTOMY SURGERY

**Akkurt<sup>1</sup>, Gürkan Can Ö<sup>2</sup> (TR)**

<sup>1</sup> Graduate Student in Obstetrics and Gynecology Nursing Department, Institute of Health Sciences of Marmara University, Istanbul- Turkey

<sup>2</sup> Asst. Prof., Faculty of Health Sciences of Marmara University, Nursing Division, Obstetrics and Gynecology Nursing Department, Istanbul- Turkey

**INTRODUCTION - OBJECTIVE:** Our study was done to investigate effect of warm water on bowel movements after hysterectomy surgery.

**MATERIAL AND METHODS:** A randomized controlled experimental study was conducted at the gynecology service of a state hospital in Istanbul between January 2018 and June 2018. A total of 60 participants who underwent laparoscopic hysterectomy were included in the study (experiment=30; control=30). Participants in the experimental group 200 ml of warm water at 37 ° C in the postoperative 6th hour was given within 5 minutes. The data were obtained by the questionnaire form prepared by the researcher and by the patient follow-up and evaluation form after laparoscopic hysterectomy.

**RESULTS:** As a result of the obtained data, average age of participants in groups, surgery types, operation times, postoperative painkillers, mobilization hours, taken and urinated amount of liquid and nausea-vomiting were similar ( $p>0.05$ ). At the next 4th and 6th hours after warm water was given, the gas extraction frequency of the participants in the experimental group was statistically significantly higher than in the control group (4th and 6th hours:  $X^2=6.5, p<0.05$ ).

The frequency of distention was statistically lower in the experimental group than in the control group ( $X^2=7.8, p<0.05; X^2=12.7, p=0$ , respectively).

**CONCLUSIONS:** The warm water may be effective in increasing bowel movements after hysterectomy surgery.

**KEY WORDS:** hysterectomy, warm water, bowel movements, distention

## 11.ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Tansu	<b>Soyadı</b>	Akkurt
<b>Doğum Yeri</b>	Keçiören / Ankara	<b>Doğum Tarihi</b>	21.11.1993
<b>Uyruğu</b>	Türk	<b>Tel</b>	0538 516 44 09
<b>E-mail</b>	tnsakkurt@gmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2016-....
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi Florence Nihgingale Hemşirelik Fakültesi	2015
<b>Lise</b>	Atakent Lisesi	2011

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
Hemşire	Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015- halen

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>
İngilizce	İyi	Orta	Orta

<b>Yabancı Dil Sınav Notu</b>								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
33.75								

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	83.29	81.97	69.89

#### **Bilgisayar Bilgisi**

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Word, Powerpoint, Excel, SPSS	iyi

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.