

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AMELİYAT SONRASI BULANTI KUSMAYA ETKİ EDEN RİSK
FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Arş. Gör. Sinem GEÇİT

DANIŞMAN

Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR

İZMİR

2017

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AMELİYAT SONRASI BULANTI KUSMAYA ETKİ EDEN RİSK
FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Arş. Gör. Sinem GEÇİT

DANIŞMAN

Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR

İZMİR

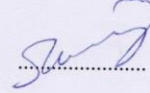
2017

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan (Danışman): Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR



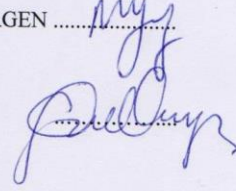
ye

: Prof.Dr.Meryem YAVUZ van GIERBERGEN



ye

: Yard. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK



Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 10.07.2017

ÖNSÖZ

Mesleki eğitim sürecimde katkılarını ve yardımlarını esirgemeyen, tezimin danışmanlığının yürütülmesinde bilgi birikimi ve deneyimleri ile bana yol gösteren ve her konuda destek olan çok değerli danışmanım Sn. Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR'a,

Tez jürimde bulunan ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Sn. Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIERBERGEN' e ve Sn. Yard. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK' e,

Yüksek Lisans Eğitim sürecimde katkıda bulunan değerli hocam Sn. Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ'a,

Tez çalışmama gönüllü katılımlarıyla destek veren tüm hastalara ve çalışmamın yürütülmesinde katkı sağlayan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Üroloji Anabilim Dalı, Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Nöroşirürji Anabilim Dalı başkanlıklarına, klinik başhemşire, sorumlu hemşire ve hemşirelerine,

Her daim yanımda olduğunu hissettiğim ve varlığı ile güç bulduğum biricik eşime, hayatım boyunca desteklerini hep üzerimde hissettiğim sevgili annem, babam ve kardeşime,

TEŞEKKÜR EDERİM...

Sinem GEÇİT

İZMİR 2017

ÖZET

AMELİYAT SONRASI BULANTI KUSMAYA ETKİ EDEN RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın amacı, ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan bulantı kusmanın değerlendirilmesidir. Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Üroloji Anabilim Dalı, Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi kliniklerinde 01.06.2016–31.07.2016 tarihleri arasında yürütüldü.

Araştırmanın örneklemini 01.06.2016–31.07.2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 9 cerrahi kliniğinde ameliyat olan 18 yaş üstü, bilinçli ve Amerikan Anesteziyoloji Derneği [American Society of Anesthesiologists (ASA)] I-II sınıflama kriterlerine uyan gönüllü 242 hasta oluşturdu.

Araştırmanın verileri hastanın ameliyattan önce hastaneye yattığı uygun bir zamanda araştırmanın konusu hakkında hasta bilgilendirilerek yazılı izin alındıktan sonra, ameliyattan sonra ki ilk 24 saat hasta dosyaları incelenerek ve hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Bilgilendirme ve Onam Formu alındıktan sonra verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan ‘Hasta Tanıtım Formu’ ve ameliyat öncesi değerlendirme ile ameliyat sonrası değerlendirmeleri içeren ‘Hasta Değerlendirme Formu’ kullanıldı.

Hasta Tanıtım Formu ile hastanın klinik bilgileri, yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, Beden Kitle İndeksi (BKİ), öğrenim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, ek hastalığı, sigara ve alkol kullanımı, yolculuk sırasında ki bulantı ve kusma deneyimi, daha önceki cerrahi girişimleri, daha önceki cerrahi girişimler sonrası bulantı-kusma deneyimi, bu deneyime yönelik girişimleri değerlendirilmektedir.

Hasta Değerlendirme Formu ile; premedikasyon uygulaması, ameliyata ilişkin kaygı/korku/endişesi, ameliyat öncesi açlık süresi, ameliyat öncesi narkotik, antibiyotik ve antiemetik kullanımı sorgulanacaktır. Ameliyat sonrası bulantı kusmanın gelişiminin tahmini için kadın cinsiyeti, ameliyat sonrası bulantı kusma

öyküsü veya taşıt tutma hikayesi, sigara içmeme, ameliyat sonrası opioid kullanımı gibi risk faktörlerini içeren Apfel Bulantı Kusma Risk Skoru ve ameliyatın süresi>60 dk., kadın cinsiyeti, taşıt tutma veya ameliyat sonrası bulantı kusma öyküsü, sigara içmeme risk faktörlerini içeren Koivuranta Bulantı Kusma Risk Skoru kullanılarak hastanın ameliyat öncesi bulguları değerlendirilmiştir. Ameliyatın yeri, ameliyatın süresi, kullanılan anestezi ajanları, ağrı için uygulanan tedavi, ameliyat sonrası oral alım saati, yoğun bakımda/ayılma ünitesinde kalma süresi, ameliyat sonrası yatış pozisyonu, bulantı kusma olduğunda verilmiş özel bir yatış pozisyonu olup olmadığı, bulantının olup olmadığı, bulantı oldu ise süresi, bulantıya yönelik uygulanan tedavi, bulantıya yönelik uygulanan/kullanılan ilaç dışı yöntem olup olmadığı, kusma olup olmadığı, öğürme olup olmadığı, ameliyat sonrası ilk 2 saat, ameliyat sonrası 3-6 saat aralığı, ameliyat sonrası 7-24 saat zaman aralıklarında şiddeti 0 ile 10 cm arasında derecelendirilen Visual Analog Skala (VAS) ile hastanın ağrı şiddeti, aktiviteler sırasında ki ağrı şiddeti, dinlenme halinde ki ağrı şiddeti, kaygı/endişe/korku düzeyi, yorgunluğunun derecesi, bulantının şiddeti, bulantının en kötü şiddeti, aktivite sırasında ki bulantı şiddeti, dinlenme halinde ki bulantı şiddeti, öğürme/kusma şiddeti ve öğürme/kusmanın en kötü şiddeti derecelendirilmiştir.

Araştırma kapsamındaki veriler Statistical Package For Social Science (SPSS) 22.0 programında değerlendirildi. Hastalar ile ilgili tanıtıcı bilgiler sayı, yüzde ve ortalama olarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk Testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Kruskal-Wallis-H Testi, Spearman Korelasyon Analizi, oluşturulan çapraz tabloların analizinde Pearson Ki-kare ve Fisher's Kesin Ki-kare analizleri kullanıldı. Tüm sonuçlar için $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Çalışma sonunda, araştırma kapsamına alınan hastaların %45.9'unun (n=111) bulantı yaşadığı, ameliyat sonrası dönemde bulantı yaşayan hastaların %46.9'unun (n=52) 2 kez bulantı yaşadığı, %92.8'inin (n=103) bulantı süresinin 0-5 dakika arasında sürdüğü, %99.1'inin (n=110) değişen nitelikte bulantı yaşadığı saptandı. Ameliyat sonrası dönemde bulantı yaşayan hastaların %81.1'inin (n=90) bulantı sonrası ilaç kullanmadığı saptandı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde %23.6'sının (n=57) kusma yaşadığı, kusma yaşayan hastaların %54.4'ünün (n=31) 1 kez kusma yaşadığı saptandı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların Apfel risk skoru ortalaması 1.88 ± 1.16 (min:0, max:4) olarak saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların Koivuranta risk skoru ortalaması 2.35 ± 1.07 (min:0, max:5) olarak saptandı. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın Apfel risk skoru kullanımı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (χ^2 : 36.301, 35.302, p:0.000). Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın Koivuranta risk skoru kullanımı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (χ^2 : 36.552, 36.523, p:0.000).

Hastaların cinsiyetleri ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 2.133, p:0.144), ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 11.134, p:0.001).

Hastaların sigara kullanımları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 9.089, p:0.003), ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (χ^2 : 2.900, p:0.089).

Hastaların ek hastalıkları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 10.020, p:0.002), ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (χ^2 : 1.231, p:0.267).

Hastaların taşıt tutması yaşaması ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 21.358, p:0.000), ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 12.513, p:0.000).

Hastaların daha önce ameliyat geçirmiş olmaları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 6.935, p:0.008), ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (χ^2 : 2.339, p:0.126).

Hastaların daha önceki ameliyatlarında bulantı yaşama durumları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 1.306, p:0.253), ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 10.542, p:0.001).

Hastaların ameliyat öncesi kaygı-korku yaşamaları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 27.894, p:0.000), ameliyat

sonrası kusma görölme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 12.407, p:0.000).

Hastaların ameliyat süreleri ile ameliyat sonrası bulantı görölme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 2.100, p:0.224), ameliyat sonrası kusma görölme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (p:0.174).

Anestezi tipi ile ameliyat sonrası bulantı görölme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 0.000, p:1.000), ameliyat sonrası kusma görölme arasında anlamlı bir ilişki saptandı (χ^2 : 5.476, p:0.019).

Hastaların ameliyat sırasında opioid kullanımı ile ameliyat sonrası bulantı görölme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 0.808, p:0.369), ameliyat sonrası kusma görölme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (χ^2 : 1.853, p:0.173).

Hastaların ameliyat sonrasında opioid kullanımı ile ameliyat sonrası bulantı görölme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 18.051, p:0.000), ameliyat sonrası kusma görölme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 20.285, p:0.00).

Sonuç olarak; hastaların ameliyat sonrası dönemde bulantı ve/veya kusma yaşadığı, ASBK'yı hastaya ve anesteziye özgü faktörlerin etkilediği ve Apfel ve Koivuranta risk skorları sonuçları ile hastaların erken dönemde ASBK risk sonuçlarının belirlenebildiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Bulantı kusma, ameliyat sonrası bulantı kusma, hemşirelik

ABSTRACT

EVALUATION OF RISK FACTORS AFFECTING POSTOPERATIVE NAUSEA AND VOMITING

The aim of this descriptive study was to investigate of the nausea and vomiting occurring in the postoperative period. The research was conducted between 01.06.2016 and 31.07.2016 at Ege University Medical Faculty Hospital General Surgery Department, Chest Surgery Department, Cardiovascular Surgery Department, Ear Nose Throat Department, Neurosurgery Department, Orthopedics and Traumatology Department, Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery Department, Urology Department and Organ Transplant Research and Application Center.

The sample of the research was constituted 242 volunteer conscious patients over 18 years old and American Society of Anesthesiologist (ASA) I-II classification criteria underwent surgery between 01.06.2016 and 31.07.2016 at Ege University Medical Faculty Hospital's 9 surgical clinics.

Data were collected after receiving the written consent of the investigator to inform the patient about the issue of researching the patient at the appropriate time to the operation with patients files were collected and face to face technique in the first 24 hours after operation. After Information and Consent Form, used the questionnaire form that was 'Patient Presentation Form' prepared in the direction of literature and 'Patient Evaluation Form' containing preoperative and postoperative evaluations.

Patient Presentation Form was used to evaluate the patient's clinical knowledge, age, gender, height, weight, Body Mass Index (BMI), education status, marital status, social security, addiction, smoking and alcohol use, nausea and vomiting during the trip, surgical interventions, experience of nausea and vomiting after previous surgical interventions, and evaluation of these attempts.

Patient Evaluation Form; premedication practice, anxiety / fear / worry related to operation, pre-operative fasting period, pre-operative narcotic, antibiotic and antiemetic use will be questioned. The Apfel Nausea Vomiting Risk Score including risk factors such as female gender, postoperative nausea and vomiting narrative or vehicle retention story, smoking cessation, postoperative opioid use and duration of surgery> 60 minutes, female gender, preoperative findings of the patient

were evaluated using Koivuranta Nausea Vomiting Risk Score including postoperative nausea vomiting, smoking risk factors. The location of the operation, the duration of the operation, the anesthetic agents used, the treatment applied for pain, the time of oral intake after the operation, the length of stay in the intensive care unit / separation unit, postoperative posture, postoperative nausea and vomiting, the duration of the surgery, the duration of the treatment, the treatment applied to the nausea, whether or not the drug is used / used for the nausea, vomiting, whether or not it is gumming, the first 2 hours after surgery, 3-6 hours after surgery, the severity of pain during activity, the intensity of rest pain, the level of anxiety / anxiety / horror, the severity of fatigue, the severity of bulinitis, the worst severity of bulinitis, the severity of pain during activity, the severity of pain during activity nausea severity, the severity of nausea, the severity of sickness / vomiting, and the worst severity of retching / vomiting.

Data were analysed using the SPSS for Windows 22.0 package program. It was used descriptive statistics, Shapiro Wilk test for intergroup comparisons of normal distribution parameters. Kruskal Wallis-H test, Spearman Correlation Analysis, Pearson Chi-Square and Fisher's exact Chi-Square analyses for cross tabulations. A p value of <0.05 was considered statistically significant for all outcomes.

At the end of the study, 45.9% (n=111) of the patients were experiencing nausea, 46.9% (n=52) of the patients who had nausea in the postoperative period had 2 nausea, 92.8% (n=103) of the nausea lasted 0-5 minutes, 99.1% (n=110) were had nausea of varying quality. 81.1% (n=90) of the patients who had nausea in the postoperative period did not use medication after nausea.

It was found that 23.6% (n=57) of the patients included in the study had vomiting, 54.4% (n=31) of vomiting patients were found to have been vomited for 1 time.

The mean Apfel risk score of the patients included in the study was 1.88 ± 1.16 (min:0, max:4). The mean Koivuranta risk score of the patients included in the study was 2.35 ± 1.07 (min:0, max:5). According to the Kruskal Wallis-H Test results; a statistically significant difference was found between the postoperative nausea and vomiting and the use of the Apfel risk score (χ^2 : 36.301, 35.302, p:0.000). According to the Kruskal Wallis-H Test results; a statistically significant

difference was found between the postoperative nausea and vomiting and the use of the Koivuranta risk score (χ^2 : 36.552, 36.523, p :0.000).

There was no significant relationship between the sex of patients and postoperative nausea (χ^2 : 2.133, p :0.144), was found to be significantly associated with postoperative vomiting (χ^2 : 11.134, p :0.001).

There was a significant correlation between nonsmoking status and postoperative nausea (χ^2 : 9.089, p :0.003), were not significantly associated with postoperative vomiting (χ^2 : 2.900, p :0.089).

There was a significant correlation between patients' additional disease and postoperative nausea (χ^2 : 10.020, p :0.002), were not significantly associated with postoperative vomiting (χ^2 : 1.231, p :0.267).

There was a significant correlation between history of motion sickness and postoperative nausea (χ^2 : 21.358, p :0.000), was found to be significantly associated with postoperative vomiting (χ^2 : 12.513, p :0.000).

There was a significant correlation between patients' previous surgery and postoperative nausea (χ^2 : 6.935, p :0.008), was found to be significantly associated with postoperative vomiting (χ^2 : 2.339, p :0.126).

There was no significant relationship between history of postoperative nausea and vomiting and postoperative nausea (χ^2 : 1.306, p :0.253), was found to be significantly associated with postoperative vomiting (χ^2 : 10.542, p :0.001).

There was a significant correlation between preoperative anxiety-fear and postoperative nausea (χ^2 : 27.894, p :0.000), was found to be significantly associated with postoperative vomiting (χ^2 : 12.407, p :0.000).

There was no significant correlation between operative duration of patients and postoperative nausea (χ^2 : 2.100, p :0.224), were not significantly associated with postoperative vomiting (p :0.174).

There was no significant correlation between anesthesia type and postoperative nausea (χ^2 : 0.000, p :1.000), was found to be significantly associated with postoperative vomiting (χ^2 : 5.476, p :0.019).

There was no significant correlation between opioid use during surgery and postoperative nausea (χ^2 : 0.808, p :0.369), were not significantly associated with postoperative vomiting (χ^2 : 1.853, p :0.173).

There was a significant correlation between opioid use after surgery and postoperative nausea (χ^2 : 18.051, p :0.000), was found to be significantly associated with postoperative vomiting (χ^2 : 20.285, p :0.00).

As a result, patients have experienced postoperative nausea and/or vomiting, postoperative nausea and vomiting is influenced by specific factors to the patient and anesthesia and results of Apfel and Koivuranta risk scores, it was determined that the risk of postoperative nausea and vomiting risk in early stage of the patients can be determined.

Key words: Nausea and vomiting, postoperative nausea and vomiting, nursing



İÇİNDEKİLER

Özet.....	V
Abstract.....	IX
İçindekiler.....	X
Tablolar Listesi.....	XIV
Şekiller Listesi.....	XVII
Kısaltmalar Listesi.....	XVIII
Ekler Listesi.....	XIX
BÖLÜM I.....	1
1.GİRİŞ.....	1
1.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	2
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	2
1.5. SINIRLILIKLAR VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER.....	3
1.6. TANIMLAR	4
1.7. GENEL BİLGİLER.....	5
1.7.1.Öğürme, Bulantı ve Kusma.....	5
1.7.1.1.Öğürme.....	5
1.7.1.2.Bulantı	5
1.7.1.3.Kusma.....	5
1.7.1.3.1.Kusmanın Fizyolojisi	5
1.7.2.Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma	8
1.7.2.1. Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmaya Bağlı Görülen Komplikasyonalar.	8
1.7.2.2.Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmada Risk Faktörleri.....	9
1.7.2.2.1.Hastaya Özgü Risk Faktörleri	11
1.7.2.2.1.1.Cinsiyet.....	12
1.7.2.2.1.2.Sigara İçmeme.....	12
1.7.2.2.1.3.Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Öyküsü ve/veya Taşıt Tutma Öyküsü.....	12
1.7.2.2.1.4.Yaş.....	12
1.7.2.2.2.Anestezi İle İlişkili Risk Faktörleri	12

1.7.2.2.2.1Uçucu Anestezik Gaz Kullanımı.....	12
1.7.2.2.2.2.Nitröz Oksit Kullanımı.....	13
1.7.2.2.2.3.Ameliyat Sırası/Sonrası Opioid Kullanımı	13
1.7.2.2.3.Ameliyata İlişkin Risk Faktörleri.....	13
1.7.2.2.3.1.Ameliyatın Süresi.....	13
1.7.2.2.3.2.Ameliyatın Tipi	13
1.7.2.2.3.3.Anestezi Türü ve Anestezik Ajanlar.	13
1.7.2.3.Basitleştirilmiş risk Faktörleri Modelleri	14
1.7.2.3.1.Apfel Basitleştirilmiş risk Faktörleri Modeli	14
1.7.2.3.2.Koivuranta Basitleştirilmiş Risk Faktörleri Modeli	16
1.7.3.Korunma ve Tedavi.....	17
1.7.3.1.Korunma.....	17
1.7.3.2.Tedavi.....	18
1.7.3.2.1.Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	18
1.7.3.2.1.1.5-HT3 Reseptör Antagonistleri.	18
1.7.3.2.1.2.Dopamin Antagonistleri.	18
1.7.3.2.1.3.Antihistaminik ve Antimuskarinik Ajanlar	19
1.7.3.2.1.4.Kortikosteroidler	19
1.7.3.2.1.5.Nörokinin 1 Reseptör Antagonisti	19
1.7.3.2.1.6.Diğer Antiemetikler.....	19
1.7.3.2.1.7.Kombine Tedaviler.....	20
1.7.3.2.2.Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri	20
BÖLÜM II	22
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	22
2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	22
2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	22
2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	22
2.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER.....	23
2.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	23
2.6.1.Hasta Tanıtım Formu	24
2.6.2.Hasta Değerlendirme Formu	24
2.6.3.Bilgilendirilmiş Onam Formu	25
2.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BULGULARIN ANALİZİ	25

2.8. SÜRE VE OLANAKLAR	25
2.9. ETİK AÇIKLAMALAR.....	26
BÖLÜM III.....	27
3.BULGULAR.....	27
3.1.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	27
3.2.Hastaların Sağlık Öykülerine İlişkin Bulgular.....	29
3.3.Hastaların Ameliyat Öncesi Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular	37
3.4.Hastaların Ameliyat Sonrası Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular.....	38
3.5.Hastaların Apfel ve Koivuranta Risk Skoru Bulguları.....	55
3.6.Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyat Öncesi Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma Bulguları.....	58
3.7.Hastaların Ameliyat Sırası ve Sonrası Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantı- Kusma Bulguları.....	63
BÖLÜM IV.....	67
4.TARTIŞMA.....	67
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyat Öncesi Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusmaya İlişkin Sonuçların Tartışılması	67
4.2. Hastaların Ameliyat Sırası ve Sonrası Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantı- Kusma Verilerinin Tartışılması	69
4.3. Hastaların Ameliyat Sonrası Değerlendirmelerine İlişkin Verilerin Tartışılması.....	70
4.4. Hastaların Apfel ve Koivuranta Risk Skorlarına İlişkin Verilerin Tartışılması..	71
BÖLÜM V.....	74
5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
5.1.SONUÇLAR.....	74
5.1.1.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar.....	74
5.1.2. Hastaların Sağlık Öykülerine İlişkin Sonuçlar.....	74
5.1.3.Hastaların Ameliyat Öncesi Değerlendirmelerine İlişkin Sonuçlar.....	75
5.1.4.Hastaların Ameliyat Sonrası Değerlendirmelerine İlişkin Sonuçlar.....	76
5.1.5.Hastaların Apfel ve Koivuranta Risk Skorlarına İlişkin Sonuçlar.....	80
5.1.6.Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyat Öncesi Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmasına İlişkin Sonuçlar.....	81
5.1.7. Hastaların Ameliyat Sırası ve Sonrası Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmasına İlişkin Sonuçlar.....	83

5.2. ÖNERİLER.....	84
BÖLÜM VI.....	85
KAYNAKLAR	85
EKLER.....	.93
ÖZGEÇMİŞ.....	131



Tablolar Listesi

Tablo 1: Yetişkinlerde Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Risk Faktörleri ve Kanıt Düzeyleri.....	10
Tablo 2: Yetişkinlerde Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmayı Arttıran Risk Faktörleri, Olasılık Oranları ve Güven Aralıkları.....	11
Tablo 3: Bulantı Kusmaya Yönelik Basit Risk Skoru (Apfel).....	15
Tablo 4: Apfel Risk Faktörleri Modelinde; Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmayı Arttıran Risk Faktörleri, Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Görülme İnsidansı ve Profilaksi Stratejileri.....	16
Tablo 5: Bulantı Kusmaya Yönelik Koivuranta Risk Faktörleri Modeli.....	17
Tablo 6: Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmada Temel Risklerin Azaltılması Stratejileri ve Kanıt Düzeyleri.....	17
Tablo 7: Araştırmanın Uygulama Süresi.....	26
Tablo 8: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	27
Tablo 9: Hastaların Boy, Kilo ve Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımları	28
Tablo 10: Hastaların Ek Hastalıklarına Göre Dağılımları	29
Tablo 11: Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımlarına Göre Dağılımları	30
Tablo 12: Hastaların Yolculuk Sırasında Bulantı-Kusma (Taşıt Tutması) Durumlarına Göre Dağılımları	30
Tablo 13: Hastaların Daha Önce Cerrahi Girişim Geçirme Durumlarına Göre Dağılımları.....	31
Tablo 14: Daha Önce Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Bulantı-Kusma Deneyimleme Durumları ve Bulantı Kusmayı Önlemek İçin Uygulanan Tedavinin Dışında Alternatif Uygulama Durumlarına Göre Dağılımları	32
Tablo 15: Hastaların Bulundukları Kliniklere Göre Dağılımları.....	32
Tablo 16: Hastaların Tanılarına Göre Dağılımları	33
Tablo 17: Hastaların Geçirdikleri Ameliyatlara Göre Dağılımları	35
Tablo 18: Hastaların Ameliyat Öncesi Değerlendirmelerine Göre Dağılımları.....	37
Tablo 19: Hastaların Ameliyat Yeri-Bölgesine Göre Dağılımları.....	38
Tablo 20: Hastaların Ameliyat Sırası ve Sonrası Göre Dağılımları	39

Tablo 21: Ameliyat Sırasında Uygulanan Anesteziye Göre Dağılımları	39
Tablo 22: Ameliyat Sonrasında Ağrı İçin Uygulanan Tedaviye Göre Dağılımları...	40
Tablo 23: Hastaların Ameliyat Sonrasında Oral Almaya Başlama Sürelerine Göre Dağılımları.....	41
Tablo 24: Hastaların Ameliyat Sırasında Opioid İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımları	41
Tablo 25: Hastaların Ameliyat Sonrasında Opioid İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımları.....	42
Tablo 26: Hastaların Ameliyat Sonrasında Yoğun Bakım/Ayılma Odasında Kalma Sürelerine Göre Dağılımları.....	43
Tablo 27: Hastaların Ameliyat Sonrasında Yatış Pozisyonlarına Göre Dağılımları.	43
Tablo 28: Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Bulantı Durumuna Göre Dağılımları.....	45
Tablo 29: Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Öğürme ve Kusma Durumuna Göre Dağılımları	45
Tablo 30: Hastaların Ameliyat Sonrasında Yaşadıkları Ağrının Derecelerine Göre Dağılımları	46
Tablo 31: Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Kaygı-Korku-Endişenin Derecelerine Göre Dağılımları.....	49
Tablo 32: Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Yorgunluğun Derecelerine Göre Dağılımları	50
Tablo 33: Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Bulantının Derecelerine Göre Dağılımları	51
Tablo 34: Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Öğürme-Kusmanın Derecelerine Göre Dağılımları	54
Tablo 35: Hastaların Apfel ve Koivuranta Risk Skorlarına Göre Dağılımları	55
Tablo 36: Hastaların Apfel ve Koivuranta Risk Skorları Ortalamalarına Göre Dağılımları.....	56
Tablo 37: Hastaların Apfel ve Koivuranta Risk Skorları İlişkilerinin Değerlendirilmesi	56

Tablo 38: Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusmanın Apfel Risk Skoru Kullanımı ile Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	57
Tablo 39: Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusmanın Koivuranta Risk Skoru Kullanımı ile Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	58
Tablo 40: Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyat Öncesi Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantının Değerlendirilmesi.....	58
Tablo 41: Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyat Öncesi Verileri ile Ameliyat Sonrası Kusmanın Değerlendirilmesi	61
Tablo 42: Hastaların Ameliyat Sırası ve Sonrası Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantının Değerlendirilmesi.....	63
Tablo 43: Hastaların Ameliyat Sırası ve Sonrası Verileri ile Ameliyat Sonrası Kusmanın Değerlendirilmesi.....	64

Şekiller Listesi

<u>Şekil No</u>		<u>Sayfa No</u>
1.	Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Mekanizması ve Nörotransmitter Sistem	7
2.	Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Çizelgesi	8

Kısaltmalar Listesi

ASBK: Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma

BKI: Beden Kitle İndeksi

VAS: Visual Analog Scale

Ekler Listesi

- Ek I.** Hasta Tanıtım Formu
- Ek II.** Hasta Değerlendirme Formu
- Ek III.** Bilgilendirilmiş Onam
- Ek IV.** Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Etik Kurul
İzin Yazısı
- Ek V.** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu İzin Yazısı

BÖLÜM I

1.GİRİŞ

1.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU

Bulantı; merkezi, sempatik ve parasempatik tepkilerin aktivasyonunu içeren kusma ihtiyacı hissidir. Kusma; otonomik, gastrointestinal ve solunum sisteminin koordineli aktivasyonu yoluyla mide içeriğinin ağız yoluyla istemsiz olarak atılmasıdır (1). Ameliyat sonrası bulantı kusma (ASBK) ise; ameliyattan sonra ki ilk 24 saatlik süre içerisinde meydana gelen bulantı ve/veya kusmadır (2). ASBK, 1848'den bu yana anestezi uygulamasından sonra görülen cerrahi bir sorun olarak belirtilmektedir (3).

Her yıl dünyada yaklaşık 75 milyon insan anestezi almaktadır (4). ASBK anestezi sonrası en sık bildirilen yan etkilerdendir (5, 6). Dünya genelinde ameliyat olan hastaların % 40-50'sinde ameliyat sonrası bulantı, %25-30'unda ameliyat sonrası kusma (7) ve yaklaşık %30'u ameliyat sonrası bulantı kusma yaşamaktadır (5, 6, 7, 8). Yüksek riskli hastalarda ise ASBK sıklığının %80'e kadar ulaştığına ilişkin veriler bulunmaktadır (9, 10). Bu durum hastaların ameliyat sonrası dönemde bakımını olumsuz etkilemektedir.

Ameliyat sonrası bulantı kusmanın önlenmesi, hastada konforu ve memnuniyeti arttırmaktadır. Beslenme ve hidrasyonun sürdürülmesi, ameliyat sonrası sürecin iyileşmesine yardımcı olmaktadır. Carr ve ark. (2015) hastaların ameliyat sonrası ağrıdan daha çok ameliyat sonrası bulantı kusmadan korktuklarını belirtmişlerdir (11).

ASBK, ameliyat sonrası sık görülen bir semptomdur ve birden fazla nedenden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle araştırmacılar tarafından da ASBK'nın önlemesi için hastaların risk belirleme aracı kullanılarak değerlendirmelerinin yapılması ve yüksek riskli hastaların belirlenmesi ile ASBK'nın en aza indirilmeye yardımcı olunacağı düşünülmektedir (10).

ASBK risk faktörleri; hasta, anestezi ve ameliyat ile ilişkili olmak üzere üç kategoridir (3, 8, 9, 12, 13, 14, 15). Hastaya özgü risk faktörleri; kadın cinsiyeti, sigara içmeme, ASBK öyküsü ve/veya taşıt tutması öyküsüdür (8, 14). Anesteziye

ilişkin risk faktörleri; uçucu anesteziklerin kullanımı, Azot Oksit kullanımı ile ameliyat sonrası ve sonrası opioid kullanımıdır (14). Ameliyatın süresi, tipi ve ameliyatın bölgesi de ameliyata ilişkin risk faktörleridir. (12).

Risk faktörlerinde belirtildiği gibi, ASBK'yı etkileyen bir çok neden bulunmaktadır. Bu risk faktörlerinin tahmin edilebilmesi için risk faktörleri modelleri oluşturulmuştur ve klinik olarak kullanımı en uygun modeller ASBK'nın belirlenmesinde kullanılmaktadır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, ameliyat sonrası bulantı kusmaya etki eden risk faktörlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amacına yönelik hipotez;

H₀: Ameliyat sonrası bulantı kusmada risk faktörlerinin değerlendirilmesi etkili değildir.

H₁: Ameliyat sonrası bulantı kusmada risk faktörlerinin değerlendirilmesi etkilidir.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

İnsanlar var oluşundan bu yana hastalıklar ile birlikte cerrahi girişimler de var olmuştur (16). Bu cerrahi girişimler tanı ve tedavi amaçlı yapılmaktadır ve günümüzde cerrahi girişimler, anestezi teknikleri ve ameliyat sonrasında ki bakımın gelişmesi sonucunda en son başvurulacak yöntem olmaktan çıkarak, rutin bir tedavi yöntemi olmuştur (17).

Rutin bir tedavi yöntemi olarak uygulanan cerrahi tedavilerde, ameliyat sonrası dönemde hastalar bazı komplikasyonlar yaşamaktadırlar. Yaşanan bu komplikasyonlar arasında yer alan ASBK, hasta memnuniyetini ve bakımını önemli derecede etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda, ameliyat sonrası dönemde hastaların memnuniyetleri incelendiğinde, hastaların büyük çoğunluğunun ağrıya göre ASBK'dan daha çok etkilendiği ve hastayı ameliyatın kendisi ya da ameliyat sonrası ağrıdan daha da güçsüz düşürdüğü belirtildi (2, 9).

ASBK, genel anestezi alan ameliyat sonrası dönemdeki hastaları etkileyen, antiemetiklerde ki gelişmelere ve daha az emetojenik etkili anestezi tekniklerine rağmen yaklaşık %20-%30 görülme insidansına sahip, en sık görülen semptomlar arasındadır (12, 18, 19, 20). Her yıl yaklaşık 75 milyon hasta veya ameliyat olan hastaların 3'te 1'i ameliyat sonrası bulantı kusmadan etkilenmektedir (11).

ASBK, ameliyat sonrası hastanede kalış süresini uzatan ve yıllık birkaç milyon dolar maliyete sebep olan önemli ve güçlü belirleyicilerdendir. ASBK, elektif cerrahi öncesi hastalarda en sık bildirilen korkular arasındadır (2). Bunun yanı sıra bireylerin ayılma ünitesinde yaklaşık 25 dakika daha uzun kalmasına neden olduğu belirtilmektedir (6).

ASBK, dehidratasyon, elektrolit dengesizliği ve buna bağlı kardiyak aritmiler, mide içeriğinin aspirasyonu, yara yerinin ayrılması, özefagus rüptürü, cilt altı amfizemi ve bilateral pnömotoraks gibi birçok komplikasyona neden olmaktadır (2, 3, 21, 22). Bu komplikasyonlar sonucunda hastaların bakım kalitesi etkilenmekte, ameliyat sonrası dönemde hastaların hastanede kalış süresi uzamaktadır (2). Tüm bunların sonucunda ASBK, hastalar için acı veren ve hemşireler için iş yükünü arttıran önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (23, 24).

ASBK risk faktörlerinin bilinmesi, yüksek riskli hastaların doğru belirlenmesi ve ASBK'nın yönetimi için gereklidir (25). Risk faktörlerinin belirlenebilmesi adına basitleştirilmiş bir risk faktörleri modeli kullanımı, ASBK oranını önemli ölçüde azaltarak ayılma ünitesinde kalış süresini kısaltmakta ve klinisyenler ile tüm ekibin hastaları değerlendirerek önlem almalarına olanak sağlamaktadır. ASBK'nın değerlendirilmesinde en sık kullanılan, klinik olarak kullanışlı basitleştirilmiş risk skorları Apfel ve arkadaşları (26) ile Koivuranta ve arkadaşlarının (27) risk skorlarıdır.

Bu bağlamda, hastanın ameliyat sonrası dönemde bakımını etkileyen ve hayati önem taşıyan komplikasyonların nedenleri arasında yer alan ASBK ve risk faktörlerinin ASBK'ya etkisi daha fazla araştırılması gereken bir konu olarak ortaya çıkmaktadır.

1.5. SINIRLILIKLAR VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

01.06.2016-31.07.2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde ameliyat olan 18 yaş üzeri araştırmayı kabul eden bilinçli hastalarla sınırlandırılmış olup, 18 yaş altı olan ve araştırmaya katılmak istemeyenler kapsam dışı bırakıldı. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 22 hasta, ASA III ve ASA IV sınıflamasında olan 16 hasta ve ameliyat sonrası ilk 24 saatte bilinci açık olmayan 23 hasta çalışmaya dahil edilemedi.

1.6. TANIMLAR

Bulantı: Medullada kusma merkezinin bir kısmının veya çok yakın ilişkisi olan bir bölgenin bilinçaltı uyarılmasının bilinçli olarak tanınmasıdır (28).

Öğürme: Mide içeriği dışarı çıkmadan, diyafram, göğüs kafesi ve karın duvarı kasları ile birlikte solunum kaslarının zorlu, düzensiz ve ritmik kasılması olarak tanımlanmaktadır (3, 22).

Kusma: Gastrointestinal kanalın üst bölümünde herhangi bir alanın aşırı irrite edilmesi, gerilmesi veya aşırı uyarılması ile üst gastrointestinal kanalın içeriğinden kurtulma yöntemidir (28).

Emezis: Bulantı ve kusma ile birlikte öğürmenin de görülmesidir (29).

Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma: Mide bulantısı ile ifade edilen, cerrahi süreç olumsuz bir reaksiyon ve fizyolojik bir tepkidir (9, 12). Ameliyattan sonra ki ilk 24 saatlik süre içerisinde meydana gelen bulantı ve/veya kusmadır (2).

Erken Dönem Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma: Ameliyat sonrası ilk 2-6. saatler arasında, sıklıkla Ayılma Ünitesi'nde meydana gelen bulantı ve/veya kusmadır (2).

Geç Dönem Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma: Ameliyat sonrası 7-24. saatleri arasında meydana gelen bulantı ve/veya kusmadır (2).

Gecikmiş Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma: Ameliyattan 24 saat sonra meydana gelen bulantı ve/veya kusmadır (2).

Amerikan Anesteziyoloji Derneği [American Society of Anesthesiologists (ASA)]1: Normal, sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi patoloji dışında bir hastalık veya sistemik sorunu olmayan sağlıklı bir kişi (30).

Amerikan Anesteziyoloji Derneği [American Society of Anesthesiologists (ASA)]2: Cerrahi girişim gerektiren nedene veya başka bir hastalığa (hafif derecede anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, amfizem, şişmanlık, diyabet gibi) bağlı hafif bir sistemik bozukluğu olan kişi (30).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. ÖĞÜRME, BULANTI VE KUSMA

1.7.1.1. ÖĞÜRME

Öğürme; mide içeriği dışarı çıkmadan, diyafram, göğüs kafesi ve karın duvarı kasları ile birlikte solunum kaslarının zorlu, düzensiz ve ritmik kasılması olarak tanımlanmaktadır (2, 5, 31). Öğürme sırasında hastanın ağzı ve glotisi kapalıdır. Mide içeriği geri gelerek özefagus ile mide arasında hareket eder ve proksimal kısım rahatlar. Ancak diyafragma rahatlamaz ve karın içi basınç artar, intratorasik basınç azalır (2).

1.7.1.2. BULANTI

Bulanti; medullada kusma merkezinin bir kısmının veya çok yakın ilişkisi olan bir bölgenin bilinçaltı uyarılmasının bilinçli olarak tanınmasıdır (28). Bulanti, sadece insanlarda incelenebilen, mekanizması tam olarak belirlenemeyen, kusma ile seyreden, tatsız bir his ve hoş olmayan subjektif bir duygudur (3, 12, 22, 32). Bulanti genellikle boğaz ve epigastriumun arkasında hissedilir ve gastrik ton kaybı, duodenum kasılmaları ile mide bağırsak içeriğinin geri kaçıışı eşlik eder (5).

1.7.1.3. KUSMA

Kusma, mide içeriğinin karın kaslarının kasılmasıyla güçlü bir refleks ile özefagus ve ağız yoluyla atılmasıdır (12). Gastrointestinal kanalın üst bölümünde herhangi bir alanın aşırı irrite edilmesi, gerilmesi veya aşırı uyarılabilir hale geldiği durumlarda üst gastrointestinal kanalın içeriğinden kurtulma yöntemidir (28). Kusma ortaya çıkmadan önce fenalık hissi ile belirginleşen bulanti ortaya çıkar ve bulanti sonrasında kusma ile devam eder (33).

1.7.1.3.1. KUSMANIN FİZYOLOJİSİ

Kusma, öğürme ve çıkarma olmak üzere iki aşamadan oluşur. Çıkarma, öğürme olmadan gerçekleşmemektedir (32). Diğer bir deyişle, öğürme, kusmanın olmadığı bir süreçtir (12).

Kusma ile ilgili beyinde iki önemli alan vardır. Kusma sürecinde önemli yere sahip bu iki alan beynin medulla oblongata bölümünün dorsal kısmında bulunan

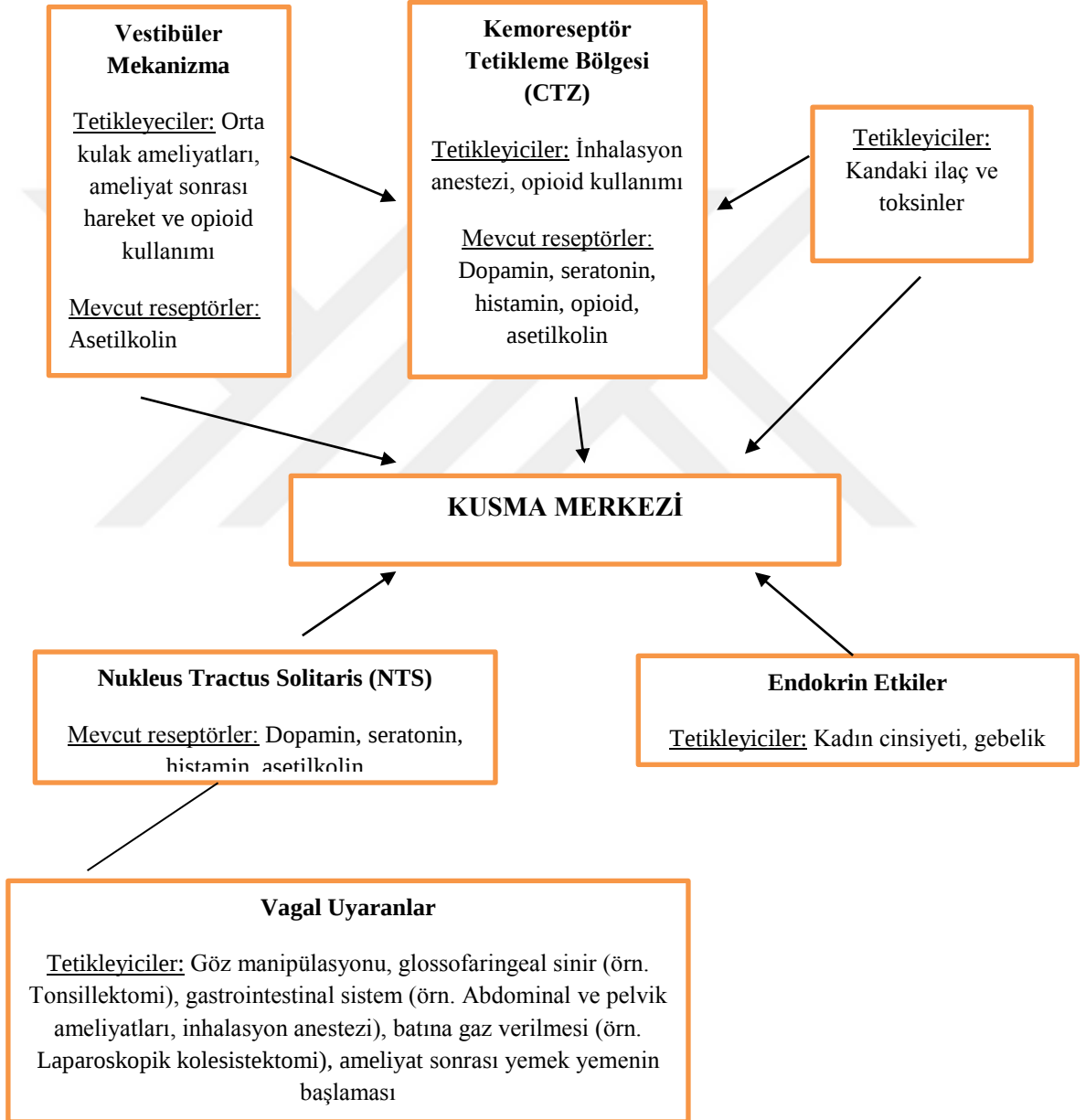
kusma merkezi (vomiting center) ve kemoreseptör tetikleme bölgesi (chemoreceptor trigger zone)' dur. Kusma, bu iki alan tarafından yönetilmektedir. Kusma merkezi medullanın retiküler formasyonunda bulunmaktadır ve kusmada etkili olan düz ve çizgili kasların hareketini koordine etmektedir. Kusma merkezi kusma sırasında birçok motor nöronun koordinasyonunu sağlar. Kemoreseptör tetikleme bölgesi ise medullanın postrema bölgesinde bulunur. Bu bölgede kan beyin bariyeri yoktur ve bu nedenle ilaçlar gibi kimyasal uyarılara oldukça duyarlıdır (34, 35, 36).

Birçok nörotransmitter kusma yolu ile ilgilidir. Bunlarda en önemlileri histamin (H1 reseptörler aracılığı ile), dopamin (D2 aracılığı ile), serotonin (5-HT₃ aracılığı ile) ve asetilkolin (muskorinik reseptörler aracılığı ile)'dir. Opioidler de kusma üzerinde doğrudan etkilidir. (34, 35). Medulla oblangata dopamin, serotonin, histamin ve asetilkolin reseptörlerinden zengindir. Postrema bölgesi ise dopamin ve serotonin reseptörleri açısından zengindir. Bu reseptörlerin aktivasyonu, bulantı ve kusmanın oluşmasında önemli rol oynamaktadırlar (20).

Karmaşık bir hareket olan kusma, solunum, sindirim ve karın kas koordinasyonunu gerektirmektedir. Vagal sinirlerin uyarılması kusma aktivasyonunu başlatır (6). Kusmadan önceki gastrointestinal gerginliğin veya irritasyonun başlangıcında antiperistaltizm başlar. Antiperistaltizm, sindirim kanalında yukarı doğru olan peristaltizmdir. Antiperistaltik hareketlenme ileuma kadar giden alt bölümlerinden başlayabilir. Bu antiperistaltik dalgalar bağırsaklarda yukarıya doğru 2-3 cm/sn hızla ilerler ve bu işlem 3-5 dakika içinde tüm bağırsak içeriğinin büyük bir bölümünü duodenum ve mide içine sürükler. Sonra, duodenum gibi gastrointestinal kanalın bölümleri aşırı gerginliğe uğrar ve kusma işlemini başlatan uyarıcı faktör haline gelir. Kusmanın başlangıcında, duodenum ve midede güçlü intrinsek kasılmalar olurken, yemek borusu alt sfinkterinde kısmen gevşeme olur. Böylece kusmuğun özefagus içinde ilerlemesi sağlanmış olur (28). Dürtüler medulladaki kusma merkezine vagal ve sempatik afferentler tarafından iletilir ve otomatik motor tepkiler kusmanın başlamasına neden olur (3).

Kusma merkezi yeterince uyarılıp kusma işlemi başladığında derin nefes alma, üst özefagus sfinkterini çekerek açmak üzere larinks ve hiyoid kemiğin yükselmesi, kusmuğun akciğere kaçmasını önlemek için glottisin kapanması ve burnun arka deliklerinin kapatılması için yumuşak damağın yükselmesi olayları görülür. Bunları

takiben, diyafram güçlü bir kasılmayla aşağı doğru inerken aynı anda tüm karın duvarı kasları kasılır. Bu işlem mideyi diyafram ile karın duvarı kasları arasında sıkıştırarak mide içi basıncı yükseltir. Son olarak, mide içeriğinin özefagus yoluyla yukarı atılmasını kolaylaştırmak için, alt özefagus sfinkteri tümüyle gevşer. Böylece kusma işlemi, mide içeriğinin dışarı atılması için karın kaslarını sıkıştırması ile özefagus alt sfinkterinin ani açılışı sonucu ortaya çıkmaktadır (37).



Şekil 1: Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Mekanizması ve Nörotransmitter Sistem (20).

1.7.2. AMELİYAT SONRASI BULANTI KUSMA

ASBK; mide bulantısı ile ifade edilen, cerrahi sürece olumsuz etkileyen fizyolojik bir tepkidir (9, 12). ASBK, ameliyattan sonra ki ilk 24 saatlik süre içerisinde meydana gelen bulantı ve/veya kusmadır (2).

Amerikan PeriAnestezi Hemşireler Derneği (American Society of PeriAnesthesia Nurses-ASPAN) tarafından ASBK, erken dönem, geç dönem ve gecikmiş ASBK olarak tanımlanmaktadır. Erken dönem ASBK; ameliyat sonrası ilk 2.-6. saatler arasında, sıklıkla ayılma ünitesinde meydana gelen bulantı ve/veya kusmadır. Geç dönem ASBK; ameliyat sonrası 7.-24. saatleri arasında meydana gelen bulantı ve/veya kusmadır. Gecikmiş ASBK ise; ameliyattan 24 saat sonra meydana gelen bulantı ve/veya kusmadır (Şekil 2) (2).



Şekil 2: Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Zaman Çizelgesi (2).

1.7.2.1. AMELİYAT SONRASI BULANTI KUSMAYA BAĞLI GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

ASBK'ya bağlı olarak, dehidratasyon ve elektrolit bozukluğu (hipokalsemi, hipokloremi, hiponatremik metabolik alkaloz ve dehidratasyon), elektrolit bozukluğuna bağlı kardiyak aritmiler ve görme bozukluğuna neden olan göz içi basıncın artması gibi komplikasyonlar görülmektedir (3).

ASBK'ya bağlı ortaya çıkan pulmoner komplikasyonlar, anesteziye yavaş uyanan ve havayolu korunamayan hastalarda sıklıkla aspirasyon nedeniyle görülmekte, bilateral pnömotoraks riski artmaktadır. Aspirasyon riskini azaltmak için hastalara fowler ya da semi-fowler pozisyonu verilmelidir (3).

ASBK'ya bağlı görülen diğer önemli komplikasyonlar; yara aılması, cilt altı amfizemi ve nadiren özefagus rüptürüdür. Öksürük, öğürme, bulantı ve kusma durumunda hastalara yaralarını nasıl destekleyeceği öğretilmelidir (2, 3, 5, 21, 22, 37).

ASBK, hasta memnuniyeti ve ameliyat sonrası dönemde bakımını olumsuz etkilemekte ve hastaların ayılma ünitesinden çıkma süresini uzatmaktadır (3, 8). Komplikasyonların ortaya çıkması sonucunda ameliyat sonrası dönemde taburculuk süresinin uzamasına neden olmakta (8, 20), hasta memnuniyetini ve hasta sonuçlarını olumsuz etkilemektedir (38). ASBK, taburculuk sonrası hastaneye yeniden başvurma sıklığını ve sağlık alanında harcanan maliyeti arttırmaktadır (7, 8, 38).

1.7.2.2. AMELİYAT SONRASI BULANTI KUSMADA RİSK FAKTÖRLERİ

ASBK'yı etkileyen birçok risk faktörü belirlenmiştir ve genellikle birden fazla risk faktörü ASBK'ya neden olmaktadır (12).

ASPAN tarafından belirlenen kılavuzda, risk faktörleri aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

1A Düzeyinde Kanıtlanmış Risk Faktörleri:

- Kadın cinsiyeti
- Ameliyat sonrası bulantı kusma deneyimi
- Taşıt tutması (hasta tarafından belirtilmesi)
- Sigara içmeme
- Ameliyat sonrası opioid kullanımı
- Uçucu anestezi kullanımı
- Nitröz Oksit (N₂O) kullanımı

IIa-B Düzeyinde Kanıtlanmış Risk Faktörleri

- Yaş
- Ameliyat süresi

IIb-B Düzeyinde Kanıtlanmış Risk Faktörleri

- Ameliyat türü

ASPAN tarafından 2006 yılında oluşturulan kılavuzda belirlenen risk faktörleri ve kanıt düzeyleri yapılan çalışmalar ile bazı değişikliklere uğramış, Gan ve arkadaşları ile Hooper tarafından yenilenerek ASBK risk faktörleri ve kanıt düzeyleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (14, 39):

Tablo1: Yetişkinlerde ASBK Risk Faktörleri ve Kanıt Düzeyleri (14, 39)

Kanıtlar	Risk Faktörleri (Kanıt Düzeyleri)
Kabul Edilenler	Kadın cinsiyeti (B1^{**}) ASBK öyküsü veya taşıt tutması öyküsü (B1^{**}) Sigara içmeme (B1^{**}) Genç yaş (B1^{**}) Genel anestezi (A1[*]) Uçucu anestezi ve Azot monoksit kullanımı (A1[*]) Ameliyat sonrası opioid kullanımı (A1[*]) Anestezinin süresi (B1^{**}) Ameliyatın türü (kolesistektomi, laparoskopi, jinekolojik ameliyatlara) (B1^{**})
Çelişkililer	ASA sınıflaması (B1^{**}) Menstrual siklus (B1^{**}) Anestezi uzmanının deneyimi (B1^{**}) Kas gevşetici antagonistler (A2^{***})
Çürütülenler veya klinik uygunluğu sınırlı olanlar	Beden Kitle İndeksi (BKİ) (B1^{**}) Anksiyete (B1^{**}) Nazogastrik tüp (A1[*]) Oksijen desteği (A1[*]) Ameliyat öncesi açlık (A2^{***}) Migren (B1^{**})

(A1^{*}: Rastgele kontrollü çalışmaların meta-analizinden elde edilen kanıt, B1^{**}: En az bir randomize kontrollü çalışmanın kanıtı, A2^{***}: Randomizasyon yapılmadan en az bir kontrollü çalışmanın kanıtı) (90)

Apfel ve arkadaşları tarafından ASBK'yı arttıran risk faktörleri, olasılık oranları ve güven aralıkları aşağıda ki tabloda belirtilmiştir (13):

Tablo2: Yetişkinlerde ASBK'yı Arttıran Risk Faktörleri, Olasılık Oranları ve Güven Aralıkları (13)

Risk Faktörleri	Olasılık Oranlar	%95	Güven
Aralığı			
Kadın cinsiyeti	2.57	2.32-2.84	
ASBK öyküsü/hareket hastalığı öyküsü	2.09	1.90-2.84	
Sigara içmeme	1.82	1.68-1.98	
Yaş	0.88	0.84-0.92	
Uçucu anestezi	1.82	1.56-2.13	
Azot Oksit	1.45	1.06-1.98	
Ameliyat sonrası opioid kullanımı	1.39	1.20-1.60	
Kolesistektomi	1.90	1.36-2.68	
Laparoskopi	1.37	1.07-1.77	
Jinekolojik Ameliyatlar	1.29	1.02-1.52	

Tablo 2’de belirtilen olasılık oranı, özellikler ve sonuçlar arasındaki ilişkidir ve bu durumda ASBK görülür. Olasılık oranı 1 olduğunda, sonuçların ortaya çıkmasından olasılık etkilenmez, olasılık oranı 1’den az veya çok olduğunda, ortaya çıkan olasılıklar da daha az ya da daha fazla olmaktadır (13).

ASBK risk faktörleri gruplandırıldığında; hastaya özgü, anestezi ile ilişkili ve ameliyat ile ilişkili olmak üzere üç kategoride tanımlanmıştır (3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 40). Hastaya özgü risk faktörleri; kadın cinsiyeti, sigara içmeme, ameliyat öncesi bulantı kusma öyküsü/taşıt tuma öyküsüdür. Anestezi ile ilişkili risk faktörleri; uçucu gaz kullanımı, azot oksit kullanımı, anestezinin süresi ve ameliyat sonrası opioid kullanımıdır. Ameliyat ile ilişkili risk faktörleri ise; ameliyatın süresi ve tipidir (8, 38). Bu faktörlere bakıldığında, hastaya özgü bir çok faktör değişmez iken, anestezi ve ameliyata ilişkin risk faktörlerinin büyük bir çoğunluğu değişkendir (12).

1.7.2.2.1. HASTAYA ÖZGÜ RİSK FAKTÖRLERİ

Hastaya özgü risk faktörleri kadın cinsiyeti, sigara içmeme, ASBK öyküsü ve/veya taşıt tutma öyküsü olarak belirtilmiştir (8, 14). Son yapılan araştırmalarda bu

risk faktörlerine ek olarak yaş faktörü de ASBK açısından değerlendirilmesi gereken faktör olarak belirtilmektedir (14).

1.7.2.2.1.1. Cinsiyet: Birçok çalışmada belirtildiği gibi, kadın cinsiyeti ASBK’da temel bağımsız ve en güçlü risk faktörüdür (12, 34). Kadınlar erkeklerden 3 kat daha fazla ASBK yaşamaktadırlar (9, 12, 13, 14, 26, 41, 42). Kesin nedeni tam olarak bilinmese de, bu durumun kadınlarda kusma merkezinin endokrin veya hormonal etkilerden etkilendiği düşünülmektedir (12, 20).

1.7.2.2.1.2. Sigara İçmeme: Sigara içmeme, ASBK’nın bağımsız belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (12, 21, 27). Sigara içmeyenlerde, içenlere oranla daha fazla ASBK görülmüştür (12, 34, 41, 43). Bu etkinin sigarada ki kimyasalların karaciğer enzimlerini etkilemesi nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Sigarada bulunan kimyasallar, ASBK’nın sıklığını azaltan anestezide kullanılan birçok ilacın metabolizmasını arttırmaktadır (12, 44).

1.7.2.2.1.3. ASBK Öyküsü ve/veya Taşıt Tutma Öyküsü: ASBK öyküsü ile taşıt tutma öyküsü de, ASBK oluşumunu etkileyen risk faktörlerindendir ve bu faktörler daha önce yaşandığı için, hastada istemsiz kusma gerçekleştiği tahmin edilmektedir (12).

1.7.2.2.1.4. Yaş: Genel olarak, ASBK genç yetişkinlerde daha fazla görülürken, ileri yaş yetişkinlerde daha az görülmektedir (12).

1.7.2.2.2. ANESTEZİ İLE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

Uçucu anesteziklerin kullanımı, Nitröz Oksit (N₂O) kullanımı ile ameliyat sonrası ve sonrası opioid kullanımı ASBK’yı etkileyen anestezi ile ilişkili risk faktörleridir (8, 12, 14, , 41, 45, 46). Anestezi ile ilişkili bu risk faktörleri, kemoreseptör tetikleme bölgesinin uyarılması yoluyla ASBK’yı arttırmaktadır (12, 41, 47).

1.7.2.2.2.1. Uçucu Anestezik Gaz Kullanımı: Uçucu anestezik gaz kullanımı, ASBK’yı önemli derecede arttıran belirleyici bir risk faktörüdür (9, 13, 14, 26, 48). Uçucu anestezik gaz olarak sıklıkla kullanılanlar; florlu hidrokarbon olan sevofluran, desfluran ve izoflurandır (9, 14). Uçucu anestezik kullanımı, propofol kullanımına oranla, ASBK’yı iki kat arttırmaktadır (12). Uçucu anestezik kullanımına bağlı

ASBK doz ile ilişkilidir ve genellikle ameliyat sonrası 2.-6. saat aralığında ASBK görülmektedir (12, 14, 41).

1.7.2.2.2. Nitröz Oksit (N₂O) Kullanımı: Nitröz Oksit'in tek başına ya da uçucu maddeler ile birlikte kullanımı, ASBK'yı önemli ölçüde arttırmaktadır (9, 13, 14, 48, 49).

1.7.2.2.3. Ameliyat Sırası/Sonrası Opioid Kullanımı: Ameliyat sonrası opioid kullanımı, ASBK'yı verilen doz ile doğru orantılı olarak önemli ölçüde arttırmaktadır (9, 12, 14, 21, 25, 41, 42, 46,). Opioidlerin, kemoreseptör tetikleme bölgesinde olduğu düşünülen D₂ dopaminerjik reseptörler nedeni ile kusma merkezini uyardıkları ve oluşturdukları santral etki sonucunda bulantı kusmaya neden oldukları bilinmektedir (29).

1.7.2.2.3. AMELİYATA İLİŞKİN RİSK FAKTÖRLERİ

Ameliyatın süresi, tipi ve bölgesi, anestezi türü ve anestezi ajanları ASBK gelişmesine neden olan ameliyata ilişkin önemli risk faktörleridir (8, 12, 14).

1.7.2.2.3.1. Ameliyatın Süresi: Ameliyatın süresi, ASBK'yı etkileyen ameliyata ilişkin risk faktörüdür. Ameliyat veya anestezi süresi daha az olanlarda ASBK sıklığı daha az görülmektedir (50, 51). Ameliyat süresinin ASBK'ya etkisi, hastanın daha uzun süre emetojenik anestezi ajana maruz kalması sonucu görülmektedir (29). Sinclair ve Chung'un 17.638 hasta ile yaptığı çalışmada anestezi süresinde ki her 30 dakikalık artış, ASBK sıklığını %59 arttırmaktadır (52).

1.7.2.2.3.2. Ameliyatın Tipi: Ameliyatın tipi ASBK'ya neden olan bir diğer güçlü risk faktörüdür ancak, bağımsız bir risk faktörü olup olmadığı ile ilgili kanıtlar henüz net değildir (14). Ameliyat sırasında kullanılan anestezi ajana bakılmaksızın bazı ameliyatlardan sonra bulantı ve kusma daha sık görülmektedir (53). Yapılan son çalışmalarda, laparoskopi, jinekoloji ameliyatları ve kolesistektominin ASBK riskini arttıran ameliyat türleri olduğu belirtilmiştir (14).

1.7.2.2.3.3. Anestezi Türü ve Anestezi Ajanları: Yapılan çalışmalarda genel anestezide kullanılan intravenöz anestezi ilaçlarından etomidat, ketamin, metoheksiton ve propanidinin emetik etkiye (%14-26), midazolam ve propofolun daha az emetik etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (29, 54, 55, 56). Balans

anestezide kullanılan opioidlerle, standart anestezi tekniklerine göre ASBK 2-5 kat daha fazla görülmektedir (29, 56). Spinal anestezide de (%15-35) ASBK görüldüğü belirtilmektedir (29, 57).

1.7.2.3. BASİTLEŞTİRİLMİŞ RİSK FAKTÖRLERİ MODELLERİ

Hastaların ASBK yaşama risklerinin tahmin edilmesi bir çok araştırmacı tarafından incelenmiştir (9, 15, 26, 48). Birçok ASBK tahmin modelleri uzun yıllardır yayınlanmaktadır ancak, yayınlanan modellerin bir çoğu karmaşık modellerdir, birçok risk faktörü içermektedir ve risk tahmin sonuçlarının hesaplanmasında bilgisayar kullanımı gerekmektedir (9, 48). En çok onaylanan modeller Koivuranta ve arkadaşları (27), Apfel ve arkadaşları (26), Gan (46) ve Sinclair ve arkadaşlarının (52) geliştikleri modellerdir (9). Diğer modeller oluşturulduklarında ya da sonrasında onaylanmadıkları için kullanılmamaktadır (9, 15, 48). Sinclair ve arkadaşlarının (52) modelinin hesaplanmasının karmaşıklığı nedeni ile uygulanabilirliğini yitirmiştir. Apfel ve arkadaşlarının (26) modeli, Koivuranta ve arkadaşları (27), Sinclair ve arkadaşları (52) ve Gan'ın (46) modeline göre önemli ölçüde güçlülük göstermektedir (9). Bu nedenle en sık kullanılan, klinik olarak kullanışlı, basitleştirilmiş risk skorları Apfel ve arkadaşları (26) ile Koivuranta ve arkadaşlarının (27) risk skorlarıdır (9, 14, 15, 58, 59).

1.7.2.3.1. Apfel Basitleştirilmiş Risk Faktörleri Modeli

ASBK açısından riskli olan hastaların belirlenmesi için Apfel ve ark. 1999 yılında, Koivuranta ile ortak verilere sahip risk skorlama modeli önermişlerdir (Tablo 3) (12, 20, 26, 60). Apfel ve ark. risk skorlama modeli, genel anestezi uygulanan yetişkin hastalardan oluşmuş, pediatrik ve rejyonel anestezi uygulanan hastalar dahil edilmemiştir. Örneklemi 2.700'den fazla olduğu için, Koivuranta ve ark.'nın örnekleminden yaklaşık olarak 2 kat daha büyüktür. Koivuranta ve ark. gibi çok değişkenli regresyon analizi kullanılarak, en güçlü dört bağımsız belirleyici seçilmiştir. Anılan skorlama sistemi, 2006 yılına ait bir çalışmada da 'kullanımı basit ve yararlı' olarak değerlendirilmiştir (29, 6, 61).

Tablo 3: Bulantı kusmaya yönelik basit risk skoru (Apfel)

Risk Etmenleri	Skor
Kadın cinsiyet	1
Sigara içmeme	1
Daha önceki ameliyatlarda bulantı-kusma ve/veya taşıt tutma öyküsü	1
Ameliyat sonrası opioid kullanımı	1
Risk etmenlerinin sayısı	0...4

(Bu bağımsız belirleyicilerden 0, 1, 2, 3 ve 4 'ünün varlığına göre ASBK riski yaklaşık olarak %10, %20, %40, %60 ve %80'dir. Her risk etmeni ASBK görülme olasılığını %20 oranında artırır. 0, 1 (düşük risk), 2 (orta risk), 3 veya daha fazla (yüksek risk))(12, 20, 26).)

Apfel risk skorlaması, düşük risk, orta risk ve yüksek risk olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır. Sıfır ile bir arasında risk skorlama puanına sahip olan hasta, ameliyat sonrası bulantı kusma görülme açısından düşük riskli, iki puana sahip hasta orta riskli, üç ile dört arasında puana sahip olan hastalar yüksek riskli olarak belirlenmiştir (26, 60).

Apfel tarafından oluşturulan risk faktörleri modelinde; ameliyat sonrası bulantı kusmayı arttıran faktörler, ameliyat sonrası bulantı kusmayı ve profilaksi stratejileri aşağıdaki tabloda belirtilmektedir (5, 21):

Tablo 4: Apfel Risk Faktörleri Modelinde; Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmayı Arttıran Risk Faktörleri, Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Görülme İnsidansı ve Profilaksi Stratejileri (5, 21)

Risk Faktörleri	Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma İnsidansı	Profilaksi Stratejileri
Herhangi bir risk faktörü olmadığında	%9	Uygulanan profilaksi bulunmamaktadır.
Kadın cinsiyeti	%20	4 mg Deksmetazone ± 2. antiemetik
Sigara içmeme	%39	Mümkün ise inhalasyon ajanları önlemek + 4 mg Deksmetazone ± 2. antiemetik
Ameliyat sonrası bulantı kusma öyküsü veya taşıt tutması öyküsü	%60	Mümkün ise inhalasyon ajanları önlemek + 4 mg Deksmetazone + farklı profilaktikantiemetik (örneğin; skopalamın)
Opioid kullanımı >100 mcg Fentanil veya eşdeğeri	%78	Mümkün ise inhalasyon ajanları önlemek + 4 mg Deksmetazone + NK-1 Reseptör Antagonisti ± farklı profilaktikantiemetik (örneğin; skopalamın)

1.7.2.3.2. Koivuranta Basitleştirilmiş Risk Faktörleri Modeli

Koivuranta ve ark. (1997) hasta karakteristikleri ile ameliyat sonrası bulantı kusmayı prospektif olarak ilişkilendirmiştir (27). Örneklem büyüklüğü; 4 ile 86 yaş arasında genel veya rejyonel anestezi alan 1.107 hasta grubundan oluşmaktadır. Çok değişkenli regresyon analizi kullanılarak, en güçlü beş bağımsız belirleyiciler tespit edilmiştir (Tablo 5). Her risk faktörü bir puan değerindedir. Risk skorlaması sıfır ile beş arasında değişmekte, belirlenen skor ameliyat sonrası bulantı kusmayı belirlemektedir (27, 60).

Tablo 5: Bulantı Kusmaya Yönelik Koivuranta Basit Risk Skoru

Risk Etmenleri	Skor
Ameliyatın süresi > 60 dakika	1
Kadın cinsiyeti	1
Taşıt tutma (veya)	1
Daha önceki ameliyatlarda bulantı-kusma öyküsü	1
Sigara içmeme	1
Toplam Risk Skoru	0....5

(Bu bağımsız belirleyicilerden 0, 1, 2, 3, 4 veya 5'in varlığına göre Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma riski yaklaşık olarak %17, %18, %42, %54, %74 ve %87'dir (27, 62)).

1.7.3. KORUNMA VE TEDAVİ

1.7.3.1. KORUNMA

ASPAN, hastaların ASBK riski açısından ameliyat öncesi dönemde değerlendirilmelerini önermektedir (2). Cerrahi hastaların ameliyat öncesi dönemde ASBK açısından değerlendirilmeleri, ASBK'yı azaltmaktadır (9). Bu değerlendirmelerin yanı sıra risk faktörlerinin azaltılması da, ASBK'yı anlamlı ölçüde azaltmaktadır. Bu riskleri azaltmak için kanıt düzeyi belirlenmiş stratejiler belirtilmiştir (Tablo 6) (14, 39).

Tablo 6: ASBK'da Temel Risklerin Azaltılması Stratejileri ve Kanıt Düzeyleri (14, 39)

Stratejiler	Kanıt Düzeyleri
Genel anestezi yerine bölgesel anesteziyi kullanmak	A1*
Anestezinin indüksiyon ve idamesinde propofol kullanımı	A1*
Azot oksit kullanımından kaçınmak	A1*
Uçucu anestezi kullanımından kaçınmak	A1*
Ameliyat sırasında opioid kullanımını en aza indirmek	A2**
Ameliyat sonrasında opioid kullanımını en aza indirmek	A1*
Yeterli hidrasyonun sağlanması	A1*

(A1*: Rastgele kontrollü çalışmaların meta-analizinden elde edilen kanıt, A2*: Randomizasyon yapılmadan en az bir kontrollü çalışmanın kanıtı)

1.7.3.2. TEDAVİ

Bulantı ve kusmanın tedavisinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmaktadır (33).

1.7.3.2.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri: ASBK'nın öncelikli tedavi yöntemi farmakolojik olarak antiemetik ilaçların kullanılmasıdır (29). Tüm cerrahi müdahalelerde ve hasta popülasyonlarında ASBK görülme sıklığı antiemetik tedavi uygulanmadığında %25-%30 olduğu tahmin edilmektedir (7, 18).

Ameliyat sonrası bulantı kusma için yapılmış hayvansal çalışmalar olmadığı için, ilaç tedavi alanları sınırlı kalmıştır. Bu nedenle diğer bulantı kusmada kullanılan antiemetikler daha fazla kullanılmaktadır (32).

Postrema bölgesi ve kemoreseptör tetikleme bölgesi, serotonin tip-3 (5-HT₃), histamin tip-1 (H₁), muscarinic kolinerjik tip-1 (M₁), dopamin tip-2 (D₂), nörokinin tip-1 (NK₁) ve opioid reseptörleri gibi emetojenik reseptörler açısından zengindir (63). Kusma merkezi de kemoreseptör tetikleme bölgesinin aktivasyonu ile uyarılmaktadır (64).

1.7.3.2.1.1. 5-HT₃ reseptör antagonistleri: Ondansetron, dolasetron, granisetron, palonosetron, ramosetron ve tropisetrondur. Etkinlikleri benzerdir. Antiemetik etkilerinin yanı sıra gastrik prokinetik etkileri de bulunmaktadır (36). 5-HT sitotoksik ajanlar tarafından serbest kalmakta, gastrointestinal sistem ve beyindeki etkileşim ile bulantı kusmaya etki etmektedirler (32). Bu ajanların gelişimi, geleneksel antiemetiklerin sedasyon ve ağız kuruluğu gibi yan etkileri olmadan ameliyat sonrası bulantı kusma oranını azaltmaya yardımcı olmuştur (64). Oral ondansetron, granisetron ve palonosetron'da ameliyat sonrası bulantı kusmada etkilidir (32). Ondansetron, granisetron ve palonosetron, postrema bölgesindeki merkezi etkilemektedirler (63).

1.7.3.2.1.2. Dopamin antagonistleri: Fenotiazinler, benzamidler ve butirofenonların sedatif etkilerinin yanı sıra dopaminerjik blokaja bağlı antiemetik etkileri de bulunmaktadır. Santral D₂ reseptör antagonisti ve periferik 5HT₄ reseptörlerini uyararak etkili olmaktadır. En sık kullanılan fenotiazinler; proklorperazin , klorpromazin, perphenazine ve promethazin (36), benzamid; metoclopramide, butirofenonlar ise; droperidol ve haloperidol'dür (64). Droperidol,

ameliyat sonrasındaki 24 saat içerisinde meydana gelen bulantı kusmada etkilidir. Haloperidol ise, droperidol'e alternatif olarak düşük dozlarda kullanılmaktadır (14).

1.7.3.2.1.3. Antihistaminik ve antimuskarinik ajanlar: Hem kusma merkezinde hem de vestibular çekirdekte, muscarinik reseptörler ve Histamin H1 bulunmaktadır. Bulantı ve kusma tedavisi için kullanılan antihistaminik ilaçlar, antimuskarinik aktiviteye de sahiptir (32). Bu ajanlar histamin H1 reseptörleri (siklizin, dimenhydrinate, sinnarizin, hidroksizin) ve muskarinik M1 resptörleri (skopolamin) bloke etmektedir. Bu ilaçların antiemetik etkileri zayıftır. Genellikle ameliyat sonrası döneme ya da hareket bozukluklarına bağlı kusmalarda kullanılmaktadırlar (65, 36). Skopolaminin antiemetik etkisinin, beyin sapında vestibüler yollar üzerinde yer alan kolinerjik sinapsları bloke etmesine bağlı olduğu düşünülmektedir (29). Yağda çözünerek kusma merkezine ulaşmak için beyne nüfus eder. Skopolamin, etki süresini arttırmak için transdermal preparat olarak da kullanılmaktadır. Bu transdermal preparatlar, yeterli plazma konsantrasyonuna ulaşabilmesi için kusma uyarılarından bir kaç saat önce/ameliyattan önceki akşam/ameliyat günü uygulanmalıdır (32, 63).

1.7.3.2.1.4. Kortikosteridler: Antiemetik etki mekanizmaları tam olarak belli değildir. Santral prostoglandin sentezini inhibe ederek veya sitotoksik ilaçların kan-beyin omurilik sıvısı engelinin geçirgenliğini arttırmalarını engellemesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Dekzametazon en sık kullanılan glukokortikoid, methylprednisolone en sık kullanılan kortikosteroid ajandır (20, 64). Dekzametazon, ameliyat sonrası bulantı kusmada sıklıkla kullanılmaktadır. Methylprednisolone, geç dönem ameliyat sonrası bulantı kusmada etkilidir (14).

1.7.3.2.1.5. Nörokinin 1 reseptör antagonisti: P maddesi, bulantı ve kusmanın uyarılmasına neden olan periferik ve merkezi sinir sisteminde bulunan NK1 reseptörlerini etkileyen nörokinin nörotransmitteridir (64). En sık kullanılan ajanlar; aprepitant, casopitant ve rolapitanttır (63).

1.7.3.2.1.6. Diğer antiemetikler: Yüksek dozda kullanıldığında sedasyon gibi problemlerle karşılaşılrsa da, intravenöz anestezi propofol da ameliyat sonrası bulantı kusmanın tedavisinde kullanılmaktadır. Uygun dozun kullanılması etkilidir ve uygun dozun kullanımı ile plasebo kullanımı karşılaştırıldığında, intravenöz

anestezik propofol kullanılan hastalar anestezi sonrası bakım ünitesinde daha kısa süre kalmaktadırlar (32). Propofolun antiemetik mekanizması kesin olarak bilinmemektedir. Sedatif etkisi ya da zayıf serotonin antagonisti etkisi nedeniyle antiemetik etkiye sahip olduğu düşünülmektedir (18, 66).

1.7.3.2.1.7. Kombine Tedaviler: Çeşitli ilaç kombinasyonlarının ameliyat sonrası bulantı kusma üzerine etkili olduğunu gösteren bilgiler bulunmaktadır (29). 5-HT3 antagonistleri baş ağrısı gibi yan etkilere neden olduğu için, droperidol ile kombinasyon kullanımlarında çok daha düşük oranda baş ağrısı gibi yan etkiler görülmektedir. 5-HT3 antagonistleri aynı zamanda dexamethasone ile de etkili bir kombinasyon oluşturmaktadır (14).

Steroid ve propofol kombinasyonunun tedavisi kayıtlarda belirtilmesine rağmen, propofol ile metoklopramid ve propofol ile deksametazon kombinasyonunun ASBK'yı önlemede etkisine dair kanıtlar bulunmamaktadır (18).

Yapılan çalışmalarda, 2 mg haloperidol ile 5 mg dexamethasone kombinasyonunun ameliyat sonrası bulantı kusmada kullanımı, haloperidol veya dexamethasone'nun tek başına kullanımlarına göre daha etkili olduğu belirtilmektedir (67). Ondansetron ile haloperidol kombinasyonunun kullanımının da, tek antiemetik ajan kullanımına göre daha etkili olduğu belirtilmektedir (68). Ondansetron ile casopitant kombinasyonu da, sadece tek antiemetik kullanımına göre ameliyat sonrası bulantı kusmanın tedavisinde daha etkili olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (69, 70).

1.7.3.2.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri: Tedavide alternatif yöntemlerin kullanımı M.Ö. ikinci yüzyıla kadar dayanmaktadır. Farmakolojik olmayan yöntemler, hastaların iyilik halini ve ameliyat sonrası dönemde bakım kalitesini arttırarak, duygusal ve fiziksel iyileşmelerine yardımcı olmaktadır (71). Ameliyat sonrası bulantı kusmanın tedavisinde antiemetik tedavinin yanı sıra farmakolojik olmayan uygulamalar da kullanılmakta ve farmakolojik tedavileri desteklemektedirler (20).

10 farklı akupunktur yöntemi ile P6 stimülasyonu, A1 düzeyinde kanıt düzeyine sahip farmakolojik olmayan bir yöntemdir (72). Ameliyat sonrası bulantı

kusmanın önlenmesinde P6 stimölasyonu, ondansetron, droperidol, metoclopramide, cyclizine ve prochlorperazine kadar etkilidir (14).

Yeterli sıvı hidrasyonunun sağlanması da, ameliyat sonrası bulantı kusmanın önlenmesinde A2 kanıt düzeyine sahip bir yöntemdir (73).

Sırtta yapılan hafif masajın, ameliyat sonrası bulantı kusmanın önlenmesinde etkili olduğu belirtilmektedir. Sırt üstü yatan hastanın sırtına hemşire tarafından hafif masaj uygulanmasının bir çeşit terapötik dokunma olduğu düşünülmektedir (29, 74).

Müzik, vücut ve zihin üzerinde hipermetabolik bir tepki vermesinde ve zihin-beden-ruh dengesinin sağlanmasında etkilidir. Müzik, limbik sistem üzerindeki etkisi aracılığı ile psikofizyolojik tepkilerde iyilik haline yol açmakta, zararlı uyarılarla karşılaşıldığında dikkatin dağılmasını sağlamaktadır (71). Laurion ve Fetzer'in genel anestezi ile laparoskopik jinekolojik ameliyat olan 84 kadın hasta ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, müziğin ASBK'da etkili olmadığı belirtilmektedir (73).

Çin'de geleneksel olarak bulantı ve kusma gibi gastrointestinal problemlerde zencefil kullanılmaktadır. Chaiyakunapruk ve ark. tarafından bulantı kusmayı önlemede zencefilin etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü meta-analiz çalışmada, alt ekstremitte ya da jinekolojik ameliyatı olan hastalarda, 1 gr veya daha fazla zencefil kullanımının ameliyat sonrasında 24 saat içerisinde görülen ASBK'yı azalttığı belirtilmektedir (71, 76).

Yapılan çalışmalar da nane yağı kullanımı (77) ve akupresör (78) ASBK'nın önlenmesinde kullanılan diğerk farmakolojik olmayan alternatif yöntemlerdir (20).

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, ameliyat sonrası bulantı kusmaya etki eden risk faktörlerinin değerlendirilmesi amacı ile planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma, 01.06.2016-31.07.2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Üroloji Anabilim Dalı ve Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi kliniklerinde yürütüldü.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; 01.06.2016-31.07.2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Üroloji Anabilim Dalı ve Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi kliniklerinde ameliyat olan, araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar araştırmanın evrenini oluşturdu.

2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini 01.06.2016-31.07.2017 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Üroloji Anabilim Dalı, Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi kliniklerine başvuran ve ameliyat olan;

- 18 yaş üstü,
- Bilinci açık,
- Amerikan Anesteziyoloji Derneği [American Society of Anesthesiologists (ASA)] I-II sınıflaması kriterlerine uyan,

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 242 hasta oluşturdu. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 22 hasta, ASA III ve ASA IV sınıflamasında olan 16 hasta ve ameliyat sonrası ilk 24 saatte bilinci açık olmayan 23 hasta çalışmaya dahil edilemedi. Göz Hastalıkları Anabilim Dalı etik kurul iznine uygundur cevabı vermediği için ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın ek danışmanlık istemesi ve yüksek lisans tezinde ikinci danışman atanamaması nedeni ile bu kliniklerdeki hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Güç analizi; güvenilirliği, geçerliliği yüksek bir araştırma planlamayı ve araştırma sonucunda alınacak kararların geçerliliğini, güvenilirliğini ve duyarlılığını garanti altına almayı sağlayan bir yöntemdir (81). Araştırma planına göre sonuçlandırılan araştırmada ulaşılan kararların gerçekleşen gücü Güç Analizi (Power Analysis) ile belirlendi. Yapılan güç analizinde araştırmacının istatistiksel test gücü $\alpha = 0.06$, %95 olarak belirlendi..

2.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımlı Değişkenler: Bulantı sayısı, kusma sayısı, bulantı şiddeti ve kusma şiddeti araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişkenler: Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, boyu ve kilosu, beden kitle indeksi, tanısı, ek hastalığı, ameliyat öncesi anksiyetesi, ameliyat öncesi açlık süresi, ameliyatın süresi, kullanılan anestezi ajanları, ameliyat sonrası opioid kullanımı ve ameliyat sonrası yatış pozisyonu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

2.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmanın verileri hastanın ameliyattan önce hastaneye yattığı uygun bir zamanda araştırmanın konusu hakkında hasta bilgilendirilerek yazılı izin alındıktan sonra, ameliyattan sonra ki ilk 24 saat hasta dosyaları incelenerek ve hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin toplanmasında ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen ve hastalara ait tanıtıcı bilgiler ile öyküsünü elde etmek amacıyla oluşturulmuş 'Hasta Tanıtım Formu' (Ek I), hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde ASBK açısından değerlendirildiği 'Hasta Değerlendirme Formu' (Ek II) ve araştırma ile ilgili bilgilerin yer aldığı, bu

doğrultuda hastanın araştırmaya katılmaya onam verdiği ‘Bilgilendirilmiş Onam Formu’ (Ek III) kullanıldı.

2.6.1. Hasta Tanıtım Formu

Hasta Tanıtım Formu; tarih, klinik bilgileri, hastanın yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, Beden Kitle İndeksi (BKİ), öğrenim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, ek hastalığı, sigara ve alkol kullanımı, yolculuk sırasında ki bulantı ve kusma deneyimi, daha önceki cerrahi girişimleri, daha önceki cerrahi girişimler sonrası bulantı-kusma deneyimi, bu deneyime yönelik girişimleri belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Beden Kitle İndeksi (BKİ) Hesaplaması: $\text{Ağırlık (kg)} / \text{boy}^2 (\text{m}^2)$

BKİ Sınıflaması:

18.5 kg/cm ² altı	: Zayıf
18.5-24.9 kg/cm ²	: Normal kilolu
25-29.9 kg/cm ²	: Hafif şişman
30-34.9 kg/cm ²	: Orta derecede şişman
35-39.9 kg/cm ²	: Aşırı derecede şişman
40 kg/cm ² üstü	: Çok aşırı derecede şişman (79, 80)

2.6.2. Hasta Değerlendirme Formu

Hasta Değerlendirme Formu; ameliyat öncesi değerlendirme ve ameliyat sonrası değerlendirme bölümlerinden oluşmaktadır.

Ameliyat öncesi dönemde; premedikasyon uygulaması, ameliyata ilişkin kaygı/korku/endişesi, ameliyat öncesi açlık süresi, ameliyat öncesi narkotik, antibiyotik ve antiemetik kullanımı değerlendirildi. Ameliyat sonrası bulantı kusmanın gelişiminin tahmini için kadın cinsiyeti, ameliyat sonrası bulantı kusma öyküsü veya taşıt tutma hikayesi, sigara içmeme, ameliyat sonrası opioid kullanımı gibi risk faktörlerini içeren Apfel Bulantı Kusma Risk Skoru ve ameliyatın süresi>60 dk., kadın cinsiyeti, taşıt tutma veya ameliyat sonrası bulantı kusma öyküsü, sigara içmeme risk faktörlerini içeren Koivuranta Bulantı Kusma Risk Skoru kullanıldı.

Ameliyat sonrası değerlendirmede ise; ameliyatın yeri, ameliyatın süresi, kullanılan anestezi ajanlar, ağrı için uygulanan tedavi, ameliyat sonrası oral alım saati, yoğun bakımda/ayılma ünitesinde kalma süresi, ameliyat sonrası yatış pozisyonu, bulantı kusma olduğunda verilmiş özel bir yatış pozisyonu olup olmadığı, bulantının olup olmadığı, bulantı oldu ise süresi, bulantıya yönelik uygulanan tedavi, bulantıya yönelik uygulanan/kullanılan ilaç dışı yöntem olup olmadığı, kusma olup olmadığı, öğürme olup olmadığı, ameliyat sonrası ilk 2 saat, ameliyat sonrası 3-6 saat aralığı, ameliyat sonrası 7-24 saat zaman aralıklarında şiddeti 0 ile 10 cm arasında derecelendirilen Visual Analog Skala (VAS) ile hastanın ağrı şiddeti, aktiviteler sırasında ki ağrı şiddeti, dinlenme halinde ki ağrı şiddeti, kaygı/endişe/korku düzeyi, yorgunluğunun derecesi, bulantının şiddeti, bulantının en kötü şiddeti, aktivite sırasında ki bulantı şiddeti, dinlenme halinde ki bulantı şiddeti, öğürme/kusma şiddeti ve öğürme/kusmanın en kötü şiddeti derecelendirildi.

2.6.3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen bu form, ASBK'nın değerlendirilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Araştırmada hastalara ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde bulantı ve kusmaları değerlendirileceği açıklanmıştır. Verilen bilgiler doğrultusunda hastalardan araştırmaya katılmaları için gerekli olan onam alınmıştır.

2.7. VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ VE BULGULARIN ANALİZİ

Araştırma kapsamındaki veriler Statistical Package For Social Science (SPSS) 22.0 programında değerlendirildi. Hastalar ile ilgili tanıtıcı bilgiler sayı, yüzde ve ortalama olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk Testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Kruskal-Wallis-H Testi, Spearman Korelasyon Analizi, oluşturulan çapraz tabloların analizinde Pearson Ki-kare ve Fisher's Kesin Ki-kare analizleri kullanıldı. Tüm sonuçlar için $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

2.8. SÜRE VE OLANAKLAR

Kasım-Ocak 2016 tarihleri arasında araştırma planı yapıldı, ilgili literatür taraması sonucunda Ocak 2016'da tez konusu saptandıktan sonra bir dizi kaynak taraması yapıldı ve araştırmanın çerçevesi belirlendi. 20 Nisan 2016 tarihinde tez

önerisi olarak sunuldu. 01 Haziran 2016 – 31 Temmuz 2016 tarihleri arasında araştırmacı tarafından veriler toplanarak kodlamaları yapıldı.

Tablo 7: Araştırma Uygulama Süresi

YAPILANLAR	TARİH
Literatür İncelenmesi ve Tez Konusunun Belirlenmesi	Kasım-Ocak 2016
Tez Önerisinin Verilmesi	20 Nisan 2016
İzinlerin Alınması	27 Nisan 2016-25 Mayıs 2016
Veri Toplama	01 Haziran 2016-31 Temmuz 2016
Verilerin Analizi	Ağustos-Eylül 2016
Tez Yazımı	Ekim 2016-Aralık 2016
Tez Teslimi	Temmuz 2017

2.9. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurul'dan yazılı onay (Ek IV) ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Üroloji Anabilim Dalı ve Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi kliniklerinden (Ek V) gerekli izin yazıları alındı. Ayrıca görüşme öncesinde, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlar ve görüşme için harcanacak zaman konusunda açıklamalar yapılarak hastalardan yazılı onam alındı (Ek IV).

BÖLÜM III

3. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bulgular dört başlık altında incelenmiştir:

1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular
2. Hastaların Sağlık Öykülerine İlişkin Bulgular
3. Hastaların Ameliyat Öncesi Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular
4. Hastaların Ameliyat Sonrası Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

3.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 8: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
18-25 yaş	7	2.9
26-33 yaş	13	5.4
34-41 yaş	28	11.6
42-49 yaş	27	11.2
50-57 yaş	46	19
58-65 yaş	82	33.9
66 ve üzeri yaş	39	16.1
Cinsiyet		
Kadın	105	43.4
Erkek	137	56.6
Öğrenim Durumu		
İlköğretim	81	33.5
Ortaöğretim	68	28.1
Lise	63	26
Yüksekokul	12	5
Fakülte	18	7.4
Medeni Durum		
Bekar	55	22.7
Evli	187	77.3
Sosyal Güvence Varlığı		
Var	242	100
Sosyal Güvence Türü		
Emekli Sandığı	39	16.1
SSK	173	71.5

BAĞKUR	29	12
Yeşilkart	1	0.4
Toplam	242	100.0

Tablo 8’de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %33.9’unun (n=82) 58-65 yaş grubunda olduğu ve yaş ortalamalarının 54.12 ± 13.05 (min:19, max:85) yaş olduğu saptandı. Hastaların %56.6’sının (n=137) erkek, %33.5’inin (n=81) ilköğretim mezunu, %77.3’ünün (n=187) evli, %100’ünün (n=242) sosyal güvencesinin olduğu, %71.5’inin (n=173) SSK güvencesi olduğu saptandı (Tablo8).

Tablo 9: Hastaların Boy, Kilo ve Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımları

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
<u>Boy</u>		
150-159 cm	23	9.5
160-169 cm	100	41.3
170-179 cm	85	35.1
180 cm ve üzeri	34	14
<u>Kilo</u>		
50-59 kg	32	13.2
60-69 kg	47	19.4
70-79 kg	73	30.2
80-89 kg	48	19.8
90 kg ve üzeri	42	17.4
<u>Beden Kitle İndeksi</u>		
<18.5 kg/cm ² : zayıf	10	4.1
18-24.9 kg/cm ² : normal kilolu	88	36.4
25-29.9 kg/cm ² : hafif şişman	96	39.7
30-34.9 kg/cm ² : orta derecede şişman	33	13.6
35-39.9 kg/cm ² : aşırı derecede şişman	9	3.7
≥40 kg/cm ² : çok aşırı derecede şişman	6	2.5
Toplam	242	100.0

Tablo 9’da hastaların boy, kilo ve beden kitle indekslerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %9.5’inin (n=23) 150-159 cm, %41.3’ünün (n=100) 160-169 cm, %35.1’inin (n=85) 170-179 cm ve %14’ünün (n=34) 180 cm ve üzeri olduğu saptandı (Tablo 9).

Hastaların %13.2’sinin (n=32) 50-59 kg, %19.4’ünün (n=47) 60-69 kg, %30.2’sinin (n=73) 70-79 kg, %19.8’inin (n=48) 80-89 kg ve %17.4’unun (n=42) 90 kg ve üzeri olduğu saptandı. %4.1’inin (n=10) zayıf, %36.4’ünün (n=88) normal kilolu, %39.7’sinin (n=96) hafif şişman, %13.6’sının (n=33) orta derecede şişman, %3.7’sinin (n=9) aşırı derecede şişman ve %2.5’inin (n=6) çok aşırı derecede şişman olduğu saptandı. BKİ ortalamaları 26.52 ± 5.04 (min: 16.41, max: 47.01) kg/cm^2 olarak saptandı (Tablo 9).

3.2. HASTALARIN SAĞLIK ÖYKÜLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 10: Hastaların Ek Hastalıklarına Göre Dağılımları

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ek Hastalık Bulunma Durumu		
Var	125	51.7
Yok	117	48.3
Ek Hastalıkları Olanlar		
Hipertansiyon	73	30.2
Diyabetes Mellitus	41	16.9
Astım	4	1.7
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	3	1.2
Kronik Böbrek Yetmezliği	4	1.7

Tablo 10’de hastaların tanılarının dışında ek hastalıklarına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %51.7’sinin (n=125) ek hastalığının olduğu, %48.3’ünün (n=117) ek hastalığının olmadığı saptandı. Ek hastalığı olan hastaların %30.2’sinde (n=73) hipertansiyon, %16.92’sinde (n=41) diyabetes mellitus, %1.7’sinde (n=4) astım, %1.2’sinde (n=3) kronik obstrüktif

akciğer hastalığı ve %1.7'sinde (n=4) kronik böbrek yetmezliği olduğu saptandı (Tablo 10).

Tablo 11: Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımlarına Göre Dağılımları

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	57	23.6
Kullanmıyor	185	76.4
Alkol Kullanımı		
Kullanıyor	25	10.3
Kullanmıyor	217	89.7
Toplam	242	100.0

Tablo 11'de hastaların sigara ve alkol kullanımlarına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %23.6'sının (n=57) sigara kullandığı, %76.4'ünün (n=185) sigara kullanmadığı ve %10.3'ünün (n=25) alkol kullandığı, %89.7'sinin (n=217) alkol kullanmadığı saptandı (Tablo 11).

Tablo 12: Hastaların Yolculuk Sırasında Bulantı-Kusma (Taşıt Tutması) Durumlarına Göre Dağılımları

Yolculuk Sırasında Bulantı-Kusma (Taşıt Tutması) Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	35	14.5
Yok	207	85.5
Toplam	242	100.0

Tablo 12'de hastaların yolculuk sırasında bulantı-kusma (taşıt tutması) durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %14.5'inin (n=35) yolculuk sırasında bulantı-kusma (taşıt tutması) yaşadığı, %85.5'inin (n=207) yolculuk sırasında bulantı-kusma (taşıt tutması) yaşamadığı saptandı (Tablo 12).

Tablo 13: Hastaların Daha Önce Cerrahi Girişim Geçirme Durumlarına Göre Dağılımları

Cerrahi Girişim Geçirme Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	114	47.1
Hayır	128	52.9
Geçirilen Cerrahi Girişimler		
Sezeryan	10	8.8
Umblikal Herni	5	4.4
Total Abdominal Histerektomi	7	6.1
Kolesistektomi	10	8.8
Tiroidektomi	13	11.4
Appendektomi	12	10.5
İnguinel Herni	14	12.2
Prostatektomi	6	5.2
Tonsillektomi	6	5.2
Böbrek Ameliyatı	13	11.4
Koroner Arter Baypas Grefti	7	6.1
Rektum Rezeksiyonu	6	5.2
Kalp Kapak Replasmanı	5	4.4

Tablo 13’de hastaların cerrahi girişim geçirme durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %47.1’inin (n=114) daha önce cerrahi girişim geçirdiği, %52.9’unun (n=128) daha önce cerrahi girişim geçirmediği saptandı (Tablo 13).

Daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların %8.8’inin (n=10) sezeryan, %4.4’ünün (n=5) umblikal herni, %6.1’inin (n=7) total abdominal histerektomi, %8.8’inin (n=10) kolesistektomi, %11.4’ünün (n=13) tiroidektomi, %10.5’inin (n=12) appendektomi, %12.2’sinin (n=14) inguinel herni, %5.2’sinin (n=6) prostatektomi, %5.2’sinin (n=6) tonsillektomi, %11.4’ünün (n=13) böbrek ameliyatı, %6.1’inin (n=7) koroner arter baypas grefti, %5.2’sinin (n=6) rektum rezeksiyonu ve %4.4’ünün (n=5) kalp kapak replasmanı ameliyatı olduğu saptandı (Tablo 13).

Tablo 14: Daha Önce Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Bulantı-Kusma Deneyimleme Durumları ve Bulantı Kusmayı Önlemek İçin Uygulanan Tedavinin Dışında Alternatif Uygulama Durumlarına Göre Dağılımları

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bulantı-Kusma		
Evet	27	23.7
Hayır	87	76.3
Alternatif Uygulama		
Hayır	114	100

Tablo 14’de daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların bulantı-kusma deneyimleme durumları ve bulantı kusmayı önlemek için uygulanan tedavinin dışında alternatif uygulama durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan ve daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların %23.7’sinin (n=27) daha önce geçirdiği cerrahi girişim sonrası bulantı-kusma yaşadığı, %76.3’ünün (n=87) daha önce geçirdiği cerrahi girişim sonrası bulantı-kusma yaşamadığı saptandı. Daha önce geçirdiği cerrahi girişim sonrasında bulantı-kusma yaşayan hastaların %100’ünün alternatif bir uygulama yapmadığı saptandı (Tablo 14).

Tablo 15: Hastaların Bulundukları Kliniklere Göre Dağılımları

Klinikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı	22	9.1
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı	32	13.2
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	12	5
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi Anabilim Dalı	7	2.9
Nöroşirürji Anabilim Dalı	30	12.4
Üroloji Anabilim Dalı	14	5.8
Genel Cerrahi Anabilim Dalı	60	24.8
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	41	16.9
Organ Nakli Anabilim Dalı	24	9.9
Toplam	242	100.0

Tablo 15’de hastaların bulundukları kliniklere göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %9.1’inin (n=22) Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı’nda, %13.2’sinin (n=32) Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı’nda, %5’inin (n=12) Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı’nda, %2.9’unun (n=7)

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi Anabilim Dalı'nda, %12.4'ünün (n=30) Nöroşirürji Anabilim Dalı'nda, %5.8'inin (n=14) Üroloji Anabilim Dalı'nda, %24.8'inin (n=60) Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda, %16.9'unun (n=41) Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda ve %9.9'unun (n=24) Organ Nakli Anabilim Dalı'nda olduğu saptandı (Tablo 15).

Tablo 16: Hastaların Tanılarına Göre Dağılımları

Hastalık Tanıları	Sayı (n)	Yüzde (%)	Hastalık Tanıları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Paratiroid Bez Neoplazmı	15	6.2	Hipofiz Adenomu	5	2.1
Gonartroz	15	6.2	Prostat Hastalıkları	5	2.1
Menisküs	2	0.8	Böbrek Tümörleri	2	0.8
Femur Kırığı	5	2.1	Üretropelvik Darlık	4	1.7
Total Kalça Protezi	1	0.4	Mesane Hastalıkları	2	0.8
Enfeksiyonu			Kolon Polibi ve Tümörleri	6	2.5
Femur Tümörü	2	0.8	Rektum Kanseri	6	2.5
Humerus Kırığı	1	0.4	Hemoroid	2	0.8
Ön Çapraz Bağ Ruptürü	1	0.4	Tiroid Hastalıkları	8	3.3
Akciğer Kanseri	8	3.3	Apandisit	6	2.5
Büllöz Akciğer Hastalıkları	1	0.4	İnguinal Herni	2	0.8
Akciğerde Kitle	2	0.8	Taşlı Kese	3	1.2
Pnömotoraks	1	0.4	Meme Kanseri	4	1.7
Parmak Kopması	4	1.7	İnsizyonel Herni	2	0.8
Torakal Kitle	3	1.2	Mezenter İskemi	4	1.7
Post Segmental Enstrümantasyon	3	1.2	Anal Stenoz Darlık	1	0.4
Kafa İçi Yer Kaplayan Oluşum	11	4.5	Greft Tıkanması	2	0.8
Lomber disk Hernisi	6	2.5	Kalp Yetmezliği	5	2.1
Anevrizma	1	0.4	Koroner Arter Hastalığı	17	0.7
Abdominal Aort Anevrizması	7	2.9	Kalp Kapak Hastalıkları	5	2.1
Perikardit	1	0.4	Karotis Arter Stenozu	1	0.4
Kolostomi Kapatılması	1	0.4	Sternum Revizyonu	2	0.8
Adrenal Kitle	2	0.8	Mide Kanseri	1	0.4

Hidrocefali	1	0.4	Kronik Böbrek	19	7.9
Böbrek Taşı	1	0.4	Yetmezliği		
Septum Deviasyonu	3	1.2	Fournier Gangreni	2	0.8
Larenks Kanseri	2	0.8	Amputasyon	1	0.4
Enfeksiyon	3	1.2	Pelvis Tümörü	2	0.8
Özefagus Kanseri	2	0.8	Gastrointestinal	2	0.8
Kist Hidatik	1	0.4	Sistem		
Mide Fistülü	1	0.4	Perforasyonu		
Sırtta Tümör	1	0.4	Umbilikal Herni	2	0.8
Ülseratif Kolit	1	0.4	Anal Apse	2	0.8
Varis	1	0.4	Parmak	3	1.2
Karaciğer Tümörü	2	2.1	Amputasyonu		

Tablo 16’da hastaların tanılarına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %6.2’sinin (n=15) paratiroid bez neoplazmı, %6.2’sinin (n=15) gonartroz, %0.8’inin (n=2) menisküs, %2.1’inin (n=5) femur kırığı, %0.4’ünün (n=1) total kalça protezi enfeksiyonu, %0.8’inin (n=2) femur tümörü, %0.4’ünün (n=1) humerus kırığı, %0.4’ünün (n=1) ön çapraz bağ rüptürü, %3.3’ünün (n=8) akciğer kanseri, %0.4’ünün (n=1) bullöz akciğer hastalığı, %0.8’inin (n=2) akciğerde kitle, %0.4’ünün (n=1) pnömotoraks, %1.7’sinin (n=4) parmak kopması, %1.2’sinin (n=3) torakal kitle, %1.2’sini (n=3) post segmental enstrümantasyon, %4.5’inin (n=11) kafa içi yer kaplayan oluşum, %2.5’inin (n=6) lomber disk hernisi, %0.4’ünün (n=1) anevrizma, %2.1’inin (n=5) hipofiz adenomu, %2.1’inin (n=5) prostat hastalıkları, %0.8’inin (n=2) böbrek tümörleri, %1.7’sinin (n=4) üretropelvik darlık, %0.8’inin (n=2) mesane hastalıkları, %2.5’inin (n=6) kolon polipi ve tümörleri, %2.5’inin (n=6) rektum kanseri, %0.8’inin (n=2) hemoroid, %3.3’ünün (n=8) tiroid hastalıkları, %2.5’inin (n=6) apandisit, %0.8’inin (n=2) inguinel herni, %1.2’sinin (n=3) taşlı kese, %1.7’sinin (n=4) meme kanseri, %0.4’ünün (n=1) insizyonel herni, %1.7’sinin (n=4) mezenter iskemi, %0.4’ünün (n=1) anal stenoz darlık, %0.8’inin (n=2) greft tıkanması, %2.1’inin (n=5) kalp yetmezliği, %7’sinin (n=17) koroner arter hastalığı, %2.1’inin (n=5) kalp kapak hastalıkları, %2.9’unun (n=7) abdominal aort anevrizması, %0.4’ünün (n=1) perikardit, %0.4’ünün (n=1) kolostomi kapatılması, %0.8’inin (n=2) adrenal kitle, %0.4’ünün (n=1) hidrocefali, %0.4’ünün (n=1) böbrek taşı, %1.2’sinin (n=3) septum deviasyonu, %0.8’inin (n=2) larenks kanseri, %1.2’sinin (n=3) enfeksiyon, %0.8’inin (n=2) özefagus kanseri, %0.4’ünün (n=1) karotis arter stenozu, %0.8’inin (n=2)

sternum revizyonu, %0.4'ünün (n=1) mide kanseri, %7.9'unun (n=19) kronik böbrek yetmezliği, %0.8'inin (n=2) fornier gangreni, %0.4'ünün (n=1) amputasyon, %0.8'inin (n=2) pelvis tümörü, %0.8'inin (n=2) gastrointestinal sistem perforesyonu, %0.4'ünün (n=1) kist hidatik, %0.4'ünün (n=1) mide fistülü, %0.4'ünün (n=1) sırtta tümör, %0.8'inin (n=2) umblikal herni, %0.4'ünün (n=1) ülseratif kolit, %0.8'inin (n=2) anal apse, %0.4'ünün (n=1) varis, %1.2'sinin (n=3) parmak ampütasyonu ve %2.1'inin (n=5) karaciğer tümörü tanılarını aldığı saptandı (Tablo 16).

Tablo 17: Hastaların Geçirdikleri Ameliyatlara Göre Dağılımları

Geçirilen Ameliyatlar	Sayı (n)	Yüzde (%)	Geçirilen Ameliyatlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Paratiroid Kitle Eksizyonu	7	2.9	Sırttan Tümör Eksizyonu	1	0.4
Paratiroidektomi	8	3.3	Umblikal Herni	2	0.8
Total Diz Protezi	15	6.2	Kolektomi	1	0.4
Artroskopi	2	0.8	Anal Apse Drenajı	2	0.8
Femur Fiksasyonu	5	2.1	Varisektomi	1	0.4
Total Kalça Protezi	1	0.4	Karaciğer Nakli	5	2.1
Femur Tümör Eksizyonu	2	0.8	Karotis Endarterektomi	1	0.4
Humerus Fiksasyonu	1	0.4	Sternum Revizyonu	2	0.8
Ön Çapraz Bağ Rekonstrüksiyonu	1	0.4	Enstrümantasyon	2	0.8
Akciğer Lobektomi	6	2.5	Böbrek Nakli	19	7.9
Akciğer Bülektomi	1	0.4	Fornier Gangreni	2	0.8
Akciğer Tümör Rezeksiyonu	3	1.2	Debridman	1	0.4
Wedge Rezeksiyonu	2	0.8	Amputasyon	1	0.4
Parmak Amputasyonu	7	2.9	Hemipelvektomi	2	0.8
Torakal Tümör Eksizyonu	3	1.2	Gastrointestinal Sistem Perforasyonu	2	0.8
Distektomi	7	2.9	Kist Hidatik	1	0.4
Kraniotomi-Beyin Tümörü Eksizyonu	11	4.5	Mide Fistül Onarımı	1	0.4
Embolizasyon	1	0.4	Endovasküler Anevrizma Onarımı	3	1.2
Hipofizektomi	5	2.1	Kolostomi	1	0.4
Açık Radikal Prostatektomi	2	0.8	Kapatılması	2	0.8
			Adrenektomi	1	0.4
			Şant Takılması	1	0.4
			Kapalı Böbrek Taşı	1	0.4

Transüretral Prostat	3	1.2	Ameliyatı		
Rezeksiyonu			Septum Deviasyonu	3	1.2
Radikal Nefrektomi	2	0.8	Boyun Disksiyonu	2	0.8
Pyeloplasti	4	1.7	Timpomasteidektomi	2	0.8
Mesane Botoksu	2	0.8	Özefajektomi	2	0.8
Hemikolektomi	6	2.5	Sol Ventrikül Destek	5	2.1
Miles Ameliyatı	4	1.7	Cihazı Ameliyatı		
Hemoreidektomi	6	2.5	Koroner Arter	17	7
Tiroidektomi	8	3.3	Baypas Grefti		
Appendektomi	6	2.5	Kalp Kapak	5	2.1
İnguinel Herni	2	0.8	Replasmanı		
Kolesistektomi	3	1.2	Abdominal Aort	4	1.7
Mastektomi	4	1.7	Anevrizması		
Rektum Kitle	2	0.8	Perikardiotomi	1	0.4
Eksiyonu			Greft Revizyonu	1	0.4
İnsizyonel Herni	1	0.4	Explorasyon	4	1.7
Rezeksiyon	2	0.8			

Tablo 17’de hastaların geçirdikleri ameliyatlara göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %2.9’unun (n=7) paratiroid kitle eksizyonu, %3.3’ünün (n=8) paratiroididektomi, %6.2’sinin (n=15) total diz protezi, %0.8’inin (n=2) artroskopi, %2.1’inin (n=5) femur fiksasyonu, %0.4’ünün (n=1) total kalça protezi, %0.8’inin (n=2) femur tümör eksizyonu, %0.4’ünün (n=1) humerus fiksasyonu, %0.4’ünün (n=1) ön çapraz bağ rekonstrüksiyonu, %2.5’inin (n=6) akciğer lobektomi, %0.4’ünün (n=1) akciğer bülektomi, %1.2’sinin (n=3) akciğer tümörü, %0.8’inin (n=2) wedge rezeksiyonu, %2.9’unun (n=7) parmak amputasyonu, %1.2’sinin (n=3) torakal tümör eksizyonu, %2.9’unun (n=7) distektomi, %4.5’inin (n=11) kraniotomi-beyin tümörü eksizyonu, %0.4’ünün (n=1) embolizasyon, %2.1’inin (n=5) hipofizektomi, %0.8’inin (n=2) açık radikal prostatektomi, %1.2’sinin (n=3) transüretral prostat rezeksiyonu, %0.8’inin (n=2) radikal nefrektomi, %1.7’sinin (n=4) pyeloplasti, %0.8’inin (n=2) mesane botoksu, %2.5’inin (n=6) hemikolektomi, %1.7’sinin (n=4) miles ameliyatı, %0.8’inin (n=2) hemoroidektomi, %3.3’ünün (n=8) tiroidektomi, %2.5’inin (n=6) appendektomi, %0.8’inin (n=2) inguinel herni, %1.2’sinin (n=3) kolesistektomi, %1.7’sinin (n=4) mastektomi, %0.8’inin (n=2) rektum kitle eksizyonu, %0.4’ünün (n=1) insizyonel herni, %0.8’inin (n=2) rezeksiyon, %1.7’sinin (n=4) explorasyon, %0.8’inin (n=2) greft revizyonu, %2.1’inin (n=5) sol ventrikül destek cihazı ameliyatı, %7’sinin (n=17) koroner arter baypas grefti, %2.1’inin (n=5) kalp kapak replasmanı,

%1.7'sinin (n=4) abdominal aort anevrizması, %0.4'ünün (n=1) perikardiotomi, %0.4'ünün (n=1) kolostomi kapatılması, %0.8'inin (n=2) adrenektomi, %0.4'ünün (n=1) şant takılması, %0.4'ünün (n=1) kapalı böbrek taşı ameliyatı, %1.2'sinin (n=3) septum deviasyonu, %0.8'inin (n=2) boyun diseksiyonu, %0.8'inin (n=2) timpomasteidektomi, %0.8'inin (n=2) özefajektomi, %0.4'ünün (n=1) karotis endertarektomi, %0.8'inin (n=2) sternum revizyonu, %0.8'inin (n=2) enstrümantasyon, %7.9'unun (n=19) böbrek nakli, %0.8'inin (n=2) fornier gangreni, %0.4'ünün (n=1) debridman, %0.4'ünün (n=1) ampütasyon, %0.8'inin (n=2) hemipelvektomi, %0.8'inin (n=2) gastrointestinal sistem perforasyonu, %0.4'ünün (n=1) kist hidatik, %0.4'ünün (n=1) mide fistül onarımı, %1.2'sinin (n=3) endovasküler anevrizma onarımı, %0.4'ünün (n=1) sırttan tümör eksizyonu, %0.8'inin (n=2) umbilikal herni, %0.4'ünün (n=1) kolektomi, %0.8'inin (n=2) anal apse drenajı, %0.4'ünün (n=1) varisektomi, %2.1'inin (n=5) karaciğer nakli ameliyatı olduğu saptandı (Tablo 17).

3.3. HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ DEĞERLENDİRMELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 18: Hastaların Ameliyat Öncesi Değerlendirmelerine Göre Dağılımları

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Premedikasyon Uygulaması		
Yok	242	100
Kaygı/Korku/Endişe		
Var	120	49.6
Yok	122	50.4
Ameliyat Öncesi Açlık Süresi		
0-5 saat	1	0.4
6-10 saat	158	65.3
11-15 saat	77	31.8
16-20 saat	5	2.1
21 saat ve üzeri	1	0.4
Narkotik/Antibiyotik/Antiemetik Kullanımı		
Yok	242	100

Amerikan Anestezi Derneği (ASA) Sınıflaması		
ASA I	89	36.8
ASA II	153	63.2
Toplam	242	100.0

Tablo 18’de hastaların ameliyat öncesi değerlendirmelerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %100’üne (n=242) premedikasyon uygulanmadığı, %50.4’ünün (n=122) ameliyata dair kaygı/korku/endişe yaşamadığı, %65.3’ünün (n=158) 6-10 saat aç kaldığı, %100’ünün (n=242) ameliyat öncesi narkotik/antibiyotik/antiemetik kullanılmadığı ve %63.2’sinin (n=153) ASA II sınıflamasında olduğu saptandı (Tablo 18).

3.4. HASTALARIN AMELİYAT SONRASI DEĞERLENDİRMELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 19: Hastaların Ameliyat Yeri-Bölgesine Göre Dağılımları

Ameliyat Yeri	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ameliyat Yeri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kulak	17	7	Batın Bölgesi	47	19.4
Bacak	25	10.3	Makat	8	3.3
Kalça	4	1.7	Boğaz	12	5
Omuz	1	0.4	Kasık	5	2.1
Akciğer	12	5	Meme	4	1.7
El	4	1.7	Kalp	30	12.4
Torakal Bölge	3	1.2	Burun	3	1.2
Bel	9	3.7	Boyun	1	0.4
Baş	18	7.4	Sternum	2	0.8
Prostat	3	1.2	Kol	1	0.4
Böbrek	24	9.9	Sırt	1	0.4
Pelvis-Mesane	5	2.1	Parmak	3	1.2

Tablo 19’da hastaların ameliyat yerlerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat yerlerinin %7’sinin (n=17) kulak, %10.3’ünün (n=25) bacak, %1.7’sinin (n=4) kalça, %0.4’ünün (n=1) omuz, %5’inin (n=12) akciğer, %1.7’sinin (n=4) el, %1.2’sinin (n=3) torakal bölge, %3.7’sinin (n=9) bel, %7.4’ünün (n=18) baş, %1.2’sinin (n=3) prostat, %9.9’unun (n=24) böbrek, %2.1’inin (n=5) pelvis-mesane, %19.4’ünün (n=47) batın bölgesi,

%3.3'ünün (n=8) makat, %5'inin (n=12) boğaz, %2.1'inin (n=5) kasık, %1.7'sinin (n=4) meme, %12.4'ünün (n=30) kalp, %1.2'sinin (n=3) burun, %0.4'ünün (n=1) boyun, %0.8'inin (n=2) sternum, %0.4'ünün (n=1) kol, %0.4'ünün (n=1) sırt ve %1.2'sinin (n=3) parmak olduğu saptandı (Tablo 19).

Tablo 20: Hastaların Ameliyat Sırası ve Sonrası Değerlendirmelerine Göre Dağılımları

Ameliyat Süresi	Sayı (n)	Yüzde (%)
≤ 60 dakika	20	8.3
> 60 dakika	222	91.7
Toplam	242	100.0

Tablo 20'de hastaların ameliyat sürelerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %8.3'ünün (n=20) ameliyat süresinin ≤ 60 dakika ve %91.7'sinin (n=222) ameliyat süresinin > 60 dakika olduğu saptandı (Tablo 20).

Tablo 21: Ameliyat Sırasında Uygulanan Anesteziye Göre Dağılımlar

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anestezi Türü		
Genel Anestezi	211	87.2
Spinal Anestezi	31	12.8
Kullanılan Anestezik Ajanlar		
Propofol	174	71.9
Pentatol	69	28.5
Dormicum	36	14.9
Marcaine	20	8.3
Bustesin	12	5
Etomidot	5	2.1
Ativan	1	0.4

Tablo 21'de ameliyat sırasında kullanılan anestezi türü ve anestezik ajanlara göre dağılım görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %87.2'sinde (n=211) genel anestezi, %12.8'inde (n=31) spinal anestezi uygulandığı saptandı. Kullanılan anestezik ajanlardan, hastaların %71.9'unda (n=174) propofol, %28.5'inde (n=69) pentatol, %14.9'unda (n=36) dormicum, %8.3'ünde (n=20)

marcaine, %5'inde (n=12) büstesin, %2.1'inde (n=5) etomidat ve %0.4'ünde (n=1) ativan kullanıldığı saptandı (Tablo 21).

Tablo 22: Ameliyat Sonrasında Ağrı İçin Uygulanan Tedaviye Göre Dağılımları

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
<u>Ağrı İçin Uygulanan Tedavi</u>		
Var	193	79.8
Yok	49	20.2
<u>Uygulanan Tedavi</u>		
Parol +Contramal	88	36.4
Parol	55	22.7
Contramal	11	4.5
Parol +Contramal+Dolantin	8	3.3
Morfin	6	3.1
Parol +Dolantin	6	3.1
Parol +Morfin	5	2.6
Parol +Voltaren	4	1.7
Dolantin +Contramal	4	1.7
Voltaren	3	1.2

Tablo 22'de ameliyat sonrasında ağrı için uygulanan tedaviye göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastalardan %79.8'inde (n=193) ağrı için tedavi uygulandığı, %20.2'sinde (n=49) ağrı için tedavi uygulanmadığı saptandı. Ağrı için uygulanan tedavilerden %36.4'ünün (n=88) parol ve contramal, %22.7'sinin (n=55) parol, %4.5'inin (n=11) contramal, %3.3'ünün (n=8) parol, contramal ve dolantin, %2.5'inin (n=6) morfin, %2.5'inin (n=6) parol ve dolantin, %2.1'inin (n=5) parol ve morfin, %1.7'sinin (n=4) parol ve voltaren, %1.7'sinin (n=4) contramal ve dolantin ve %1.2'sinin (n=3) voltaren uygulandığı saptandı (Tablo 22).

Tablo 23: Hastaların Ameliyat Sonrasında Oral Almaya Başlama Sürelerine Göre Dağılımları

Oral Alıma Başlama Süreleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-6 saat	79	32.6
7-12 saat	83	34.3
13-24 saat	80	33.1
Toplam	242	100.0

Tablo 23’de hastaların ameliyat sonrasında oral almaya başlama sürelerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %32.6’sının (n=79) 0-6 saat aralığında, %34.3’ünün (n=83) 7-12 saat aralığında ve %33.1’inin (n=80) 13-24 saat aralığında oral alıma başladığı saptandı (Tablo 23).

Tablo 24: Hastaların Ameliyat Sırasında Opioid İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımları

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Opioid İlaç Kullanımı		
Var	214	88.4
Yok	28	11.6
Kullanılan Opioid İlaç		
Fentanil, Contramal ve Ultiva	50	20.7
Fentanil ve Contramal	47	19.4
Fentanil	43	17.8
Fentanil ve Ultiva	28	11.6
Contramal	11	4.5
Ultiva	9	3.7
Contramal ve Ultiva	8	3.3
Fentanil, Ultiva ve Naloksan	5	2.1
Fentanil, Ultiva ve Morfin	5	2.1
Morfin	3	1.2
Fentanil ve Morfin	3	1.2
Dolantin	1	0.4
Contramal, Morfin ve Dolantin	1	0.4

Tablo 24’de hastaların ameliyat sırasında opioid ilaç kullanımlarına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 88.4’ünde (n=214) ameliyat sırasında opioid ilaç kullanıldığı ve %11.6’sında (n=28) ameliyat sırasında opioid ilaç kullanılmadığı saptandı (Tablo 24).

Ameliyat sırasında opioid kullanılan hastaların %20.7’sinde (n=50) fentanil, %19.4’ünde (n=47) fentanil ve contramal, %17.8’inde (n=43) fentanil, %11.6’sında (n=28) fentanil ve ultiva, %4.5’inde (n=11) contramal, %3.7’sinde (n=9) ultiva, %3.3’ünde (n=8) contramal ve ultiva, %2.1’inde (n=5) fentanil, ultive ve naloksan, %2.1’inde (n=5) fentanil, ultiva ve morfin, %1.2’sinde (n=3) morfin, %1.2’sinde (n=3) fentanil ve morfin, %0.4’ünde (n=1) dolantin, contramal ve ultiva ile %0.4’ünde (n=1) contramal, morfin ve dolantin kullanıldığı saptandı (Tablo 24).

Tablo 25: Hastaların Ameliyat Sonrasında Opioid İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımları

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Opioid İlaç Kullanımı		
Var	122	50.4
Yok	120	49.6
Kullanılan Opioid İlaç		
Contramal	82	67.2
Morfin	27	22.2
Dolantin	11	9
Fentanil	2	1.6

Tablo 25’de hastaların ameliyat sonrasında opioid ilaç kullanımlarına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 50.4’ünde (n=122) ameliyat sonrasında opioid ilaç kullanıldığı ve %49.6’sında (n=120) ameliyat sonrasında opioid ilaç kullanılmadığı saptandı (Tablo 25).

Ameliyat sonrasında opioid kullanılan hastaların %67.2’sinde (n=82) contramal, %22.2’sinde (n=27) morfin, %9’unda (n=11) dolantin ve %1.6’sında (n=2) fentanil kullanıldığı saptandı (Tablo 25).

Tablo 26: Hastaların Ameliyat Sonrasında Yoğun Bakım/Ayılma Odasında Kalma Sürelerine Göre Dağılımları

Yoğun Bakım/Ayılma Odasında Kalma Süreleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-5 saat	125	51.7
6-10 saat	33	13.6
11-15 saat	26	10.7
16-20 saat	32	13.2
21-24 saat	26	10.7
Toplam	242	100.0

Tablo 26’de hastaların ameliyat sonrasında yoğun bakım/ayılma odasında kalma sürelerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %51.7’sinin (n=125) 0-5 saat , %13.6’sının (n=33) 6-10 saat, %10.7’sinin (n=26) 11-15 saat, %13.2’sinin (n=32) 16-20 saat ve %10.7’sinin (n=26) 21-24 kaldığı saptandı. Hastaların ameliyat sonrasında yoğun bakım/ayılma odasında kalma sürelerinin ortalaması 8.66 ± 7.82 (min:0, max:25) olarak saptandı (Tablo 26).

Tablo 27: Hastaların Ameliyat Sonrasında Yatış Pozisyonlarına Göre Dağılımları

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yatış Pozisyonu		
Supine	23	9.5
Semi-fowler	176	72.7
Fowler	5	2.1
Yan	38	15.7
Bulantı Kusma Olduğunda Özel Yatış Pozisyonu Verilmesi		
Verildi	42	17.4
Verilmedi	200	82.6
Bulantı Kusma Olduğunda Özel Yatış Pozisyonu		
Baş Yan	42	100

Tablo 27’de hastaların ameliyat sonrasında yatış pozisyonlarına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %9.5’ine (n=23) supine, %72.7’sine (n=176) semi-fowler, %2.1’ine (n=5) fowler ve %15.7’sine (n=38) yan pozisyon verildiği saptandı (Tablo 27).

Ameliyat sonrası bulantı kusma olduğunda hastaların %17.4’üne (n=42) özel yatış pozisyonu verildiği, %82.6’sına (n=200) özel yatış pozisyonu verilmediği saptandı. Ameliyat sonrası bulantı kusma olduğunda özel yatış pozisyonu verilen hastaların %100’üne baş yan pozisyonu verildiği saptandı (Tablo 27).

Tablo 28: Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Bulantı Durumuna Göre Dağılımları

Ameliyat Sonrası Dönemde Bulantı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bulantı Yaşanması		
Bulantı olan	111	45.9
Bulantı olmayan	131	54.1
Bulantı Yaşayan Hastaların Bulantı Sayısı		
1 kez	21	18.9
2 kez	52	46.9
3 kez	25	22.5
4 kez	4	3.6
5 kez	4	3.6
6 kez	3	2.7
7 kez	1	0.9
8 kez	1	0.9
Bulantı Yaşayan Hastaların Bulantı Süreleri		
0-5 dk.	103	92.8
6-10 dk.	9	7.2
Bulantı Yaşayan Hastaların Bulantı İçin İlaç Kullanımı		
İlaç kullanımı var	21	18.9
İlaç kullanımı yok	90	81.1
Bulantı Yaşayan Hastaların Bulantı Sonrası Aldıkları İlaçlar		
Metpamid	19	17.1
Zofran	3	82.9

Bulantı Yaşayan Hastaların Bulantı Sonrası İlaç Dışı Ürün Kullanımı		
Yok	111	100
Bulantı Yaşayan Hastaların Bulantı Şekli		
Değişen	110	99.1
Sabit	1	0.9

Tablo 28’de hastaların ameliyat sonrası dönemde bulantı durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %45.9’unun (n=111) bulantı yaşadığı, %54.1’inin (n=131) bulantı yaşamadığı saptandı (Tablo 28).

Ameliyat sonrası dönemde bulantı yaşayan hastaların %46.9’unun (n=52) 2 kez bulantı yaşadığı, %92.8’inin (n=103) bulantı süresinin 0-5 dakika arasında sürdüğü saptandı (Tablo 28).

Ameliyat sonrası dönemde bulantı yaşayan hastaların %81.1’inin (n=90) bulantı sonrası ilaç kullanmadığı, %18.9’unun (n=21) bulantı sonrası ilaç kullandığı, bulantı sonrası ilaç kullanan hastaların %17.1’inin (n=19) metpamid, %82.9’unun (n=3) zofran kullandığı, %100’ünün (n=111) bulantı sonrası ilaç dışı ürün kullanmadığı saptandı. Ameliyat sonrası dönemde bulantı yaşayan hastaların %99.1’inin (n=110) bulantısının değişen nitelikte, %0.9’unun (n=1) sabit nitelikte olduğu saptandı (Tablo 28).

Tablo 29: Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Öğürme ve Kusma Durumuna Göre Dağılımları

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğürme Yaşanması		
Öğürme yaşayan	49	20.2
Öğürme yaşamayan	193	79.8
Öğürme Yaşayan Hastaların Öğürme Sayısı		
1 kez	12	24.5
2 kez	19	38.8
3 kez	10	20.4
4 kez	4	8.2
5 kez	2	4.1

6 kez	2	4.1
Kusma Yaşanması		
Evet	57	23.6
Hayır	185	76.4
Kusma Yaşayan Hastaların Kusma Sayısı		
1 kez	31	54.4
2 kez	16	28.1
3 kez	7	12.3
5 kez	2	3.5
7 kez	1	1.8

Tablo 29’da hastaların ameliyat sonrası dönemde öğürme ve kusma durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde %20.2’sinin (n=49) öğürme yaşadığı, %79.8’inin (n=193) öğürme yaşamadığı, öğürme yaşayan hastaların %24.5’inin (n=12) 1 kez öğürme yaşadığı, %38.8’inin (n=19) 2 kez öğürme yaşadığı, %20.4’ünün (n=10) 3 kez öğürme yaşadığı, %8.2’sinin (n=4) 4 kez öğürme yaşadığı, %4.1’inin (n=2) 5 kez öğürme yaşadığı, %4.1’inin (n=2) 6 kez öğürme yaşadığı saptandı (Tablo 29).

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde %23.6’sının (n=57) kusma yaşadığı, %76.4’ünün (n=185) kusma yaşamadığı, kusma yaşayan hastaların %54.4’ünün (n=31) 1 kez kusma yaşadığı, %28.1’inin (n=16) 2 kez kusma yaşadığı, %12.3’ünün (n=7) 3 kez kusma yaşadığı, %3.5’inin (n=2) 5 kez kusma yaşadığı, %1.8’inin (n=1) 7 kez kusma yaşadığı saptandı (Tablo 29).

Tablo 30: Hastaların Ameliyat Sonrasında Yaşadıkları Ağrının Derecelerine Göre Dağılımları

Ağrının Dereceleri	Ameliyat Sonrası Değerlendirme Saatleri					
	0-2 saat (Erken Dönem)		3-6 saat (Geç Dönem)		7-24 saat (Gecikmiş)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ağrının Şiddeti						
0 yok	8	3.3	5	2.1	4	1.7
1-3 hafif	24	9.9	23	9.5	33	13.6
4-6 orta	119	49.2	147	60.6	154	63.6
7-9 şiddetli	83	24.3	57	23.5	43	17.7
10 çok şiddetli	8	3.3	10	4.1	8	3.3

Ağrı Şiddetinin Ortalaması	5.69 ± 2.19 (min:0, max:10)		5.46 ± 1.97 (min:0, max:10)		5.21 ± 1.99 (min:0, max:10)	
Aktivite Sırasındaki Ağrının Şiddeti						
0 yok	12	5	7	2.9	2	0.8
1-3 hafif	22	9.1	18	7.5	17	7
4-6 orta	97	40	121	50.1	118	48.8
7-9 şiddetli	102	42.2	83	34.4	88	36.4
10 çok şiddetli	9	3.7	13	5.4	17	7
Aktivite Sırasındaki Ağrı Şiddetinin Ortalaması	5.81 ± 2.34 (min:0, max:10)		5.97 ± 2.1 (min:0, max:10)		6.19 ± 2.04 (min:0, max:10)	
Dinlenme Halindeki Ağrının Şiddeti						
0 yok	10	4.1	5	2.1	5	2.1
1-3 hafif	25	10.4	24	9.9	31	12.8
4-6 orta	120	49.6	149	61.6	158	65.2
7-9 şiddetli	79	32.7	54	22.3	39	16.1
10 çok şiddetli	8	3.3	10	4.1	8	3.3
Dinlenme Halindeki Ağrı Şiddetinin Ortalaması	5.59 ± 2.25 (min:0, max:10)		5.42 ± 1.97 (min:0, max:10)		5.16 ± 1.98 (min:0, max:10)	

Tablo 30’da hastaların ameliyat sonrasında yaşadıkları ağrının derecelerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %49.2’sinin (n=119) 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %60.6’sının (n=147) 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) %63.6’sının (n=154) 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları ağrı ortalaması 5.69 ± 2.19 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları ağrı ortalaması $5.46 \pm$

1.97 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) yaşadıkları ağrı ortalaması 5.21 ± 1.99 (min:0, max:10) olarak saptandı (Tablo 30).

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %42.2'sinin (n=102) aktivite sırasında 7-9 şiddetli şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %50.1'inin (n=121) aktivite sırasında 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) %48.8'inin (n=118) aktivite sırasında 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) aktivite sırasında yaşadıkları ağrı ortalaması 5.81 ± 2.34 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları aktivite sırasında yaşadıkları ağrı ortalaması 5.97 ± 2.1 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) aktivite sırasında yaşadıkları ağrı ortalaması 6.19 ± 2.04 (min:0, max:10) olarak saptandı (Tablo 30).

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %49.6'sının (n=120) dinlenme halinde 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %61.6'sının (n=149) dinlenme halinde 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) %65.2'sinin (n=158) dinlenme halinde 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) dinlenme halinde yaşadıkları ağrı ortalaması 5.59 ± 2.25 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) dinlenme halinde yaşadıkları ağrı ortalaması 5.42 ± 1.97 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) dinlenme halinde yaşadıkları ağrı ortalaması 5.16 ± 1.98 (min:0, max:10) olarak saptandı (Tablo 30).

Tablo 31: Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Kaygı-Korku-Endişenin Derecelerine Göre Dağılımları

Kaygı-Korku-Endişe Dereceleri	Ameliyat Sonrası Değerlendirme Saatleri					
	0-2 saat (Erken Dönem)		3-6 saat (Geç Dönem)		7-24 saat (Gecikmiş)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
0 yok	151	62.4	154	63.6	153	63.2
1-3 hafif	7	2.9	5	2	11	4.5
4-6 orta	57	21.6	74	30.6	58	24
7-9 şiddetli	26	10.8	7	2.9	18	7.5
10 çok şiddetli	1	0.4	2	0.8	2	0.8
Kaygı-Korku-Endişe Dereceleri Ortalaması	2.07 ± 2.85 (min:0, max:10)		1.85± 2.58 (min:0, max:10)		1.92 ± 2.75 (min:0, max:10)	

Tablo 31’de hastaların ameliyat sonrasında yaşadıkları kaygı-korku-endişenin derecelerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %62.4’ünün (n=151) kaygı-korku-endişe tariflemeyeceği, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %63.6’sının (n=154) kaygı-korku-endişe tariflemeyeceği ve ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) %63.2’sinin (n=153) kaygı-korku-endişe tariflemeyeceği saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları kaygı-korku-endişenin ortalaması 2.07 ± 2.85 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları kaygı-korku-endişenin ortalaması 1.85 ± 2.58 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) yaşadıkları kaygı-korku-endişenin ortalaması 1.92 ± 2.75 (min:0, max:10) olarak saptandı (Tablo 31).

Tablo 32: Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Yorgunluğun Derecelerine Göre Dağılımları

Yorgunluk Dereceleri	Ameliyat Sonrası Değerlendirme Saatleri					
	0-2 saat (Erken Dönem)		3-6 saat (Geç Dönem)		7-24 saat (Gecikmiş)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
0 yok	95	39.3	80	33.1	79	32.6
1-3 hafif	14	5.8	26	10.7	32	13.2
4-6 orta	72	29.7	99	40.9	82	33.9
7-9 şiddetli	48	19.8	24	9.9	40	16.5
10 çok şiddetli	13	5.4	13	5.4	9	3.7
Yorgunluk Dereceleri Ortalaması	3.70 ± 3.36 (min:0, max:10)		3.67± 3.12 (min:0, max:10)		3.68 ± 3.12 (min:0, max:10)	

Tablo 32’de hastaların ameliyat sonrasında yaşadıkları yorgunluğun derecelerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %39.3’ünün (n=95) yorgunluk tariflemeyeceği, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %40.9’unun (n=99) 4-6 orta şiddette yorgunluk tariflediği ve ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) %33.9’unun (n=82) 4-6 orta şiddette yorgunluk tariflediği saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları yorgunluğun ortalaması 3.70 ± 3.36 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları yorgunluğun ortalaması 3.67 ± 3.12 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) yaşadıkları yorgunluğun ortalaması 3.68 ± 3.12 (min:0, max:10) olarak saptandı (Tablo 32).

Tablo 33: Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Bulantının Derecelerine Göre Dağılımları

Bulantı Dereceleri	Ameliyat Sonrası Değerlendirme Saatleri					
	0-2 saat (Erken Dönem)		3-6 saat (Geç Dönem)		7-24 saat (Gecikmiş)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bulantının Şiddeti						
0 yok	172	71.1	143	59.1	189	78.1
1-3 hafif	7	2.9	28	11.6	36	14.8
4-6 orta	50	20.7	62	25.6	11	4.6
7-9 şiddetli	12	5	7	2.9	3	1.2
10 çok şiddetli	1	0.4	2	0.8	3	1.2
Bulantı Şiddeti Ortalaması	1.47 ± 2.46 (min:0, max:10)		1.8 ± 2.38 (min:0, max:10)		0.79 ± 1.83 (min:0, max:10)	
Bulantının En Kötü Şiddeti						
0 yok	167	69	143	59.1	191	78.9
1-3 hafif	11	4.5	18	7.5	23	9.5
4-6 orta	43	17.8	63	26.1	17	7
7-9 şiddetli	19	7.9	15	6.2	6	2.5
10 çok şiddetli	2	0.8	3	1.2	5	2.1
Bulantının En Kötü Şiddeti Ortalaması	1.64 ± 2.68 (min:0, max:10)		2.03 ± 2.69 (min:0, max:10)		0.9 ± 2.13 (min:0, max:10)	

Aktivite Sırasındaki Bulantının Şiddeti						
0 yok	171	70.7	149	61.6	193	79.8
1-3 hafif	12	5	19	7.8	22	9.1
4-6 orta	44	18.2	61	25.2	20	8.3
7-9 şiddetli	13	5.4	10	4.2	3	1.2
10 çok şiddetli	2	0.8	3	1.2	4	1.7
Aktivite Sırasındaki Bulantı Şiddeti Ortalaması	1.5 ± 2.55 (min:0, max:10)		1.86 ± 2.58 (min:0, max:10)		0.84 ± 2 (min:0, max:10)	
Dinlenme Halindeki Bulantının Şiddeti						
0 yok	168	69.4	162	66.9	207	85.5
1-3 hafif	13	5.4	13	5.4	14	5.8
4-6 orta	49	20.3	58	24	16	6.7
7-9 şiddetli	11	4.5	7	2.9	2	0.8
10 çok şiddetli	1	0.4	2	0.8	3	1.2
Dinlenme Halindeki Bulantı Şiddeti Ortalaması	1.47 ± 2.42 (min:0, max:10)		1.54 ± 2.38 (min:0, max:10)		0.65 ± 1.81 (min:0, max:10)	

Tablo 33’de hastaların ameliyat sonrasında yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin derecelerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %71.1’inin (n=172) bulantı tariflemediği, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %59.1’inin (n=143) bulantı tariflemediği, ameliyat sonrası geç dönemde (7-24 saat) %78.1’inin (n=189) bulantı tariflemediği saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 1.47 ± 2.46 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları bulantının ortalaması 1.8 ± 2.38 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24

saat) yaşadıkları bulantının ortalaması 0.79 ± 1.83 (min:0, max:10) olarak saptandı (Tablo 33).

Hastaların ameliyat sonrasında yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin derecelerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %69'unun (n=167) bulantı tariflememesi, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %59.1'inin (n=143) bulantı tariflememesi, ameliyat sonrası geç dönemde (7-24 saat) %78.9'unun (n=191) bulantı tariflememesi saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 1.64 ± 2.68 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 2.03 ± 2.69 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 0.9 ± 2.13 (min:0, max:10) olarak saptandı (Tablo 33).

Hastaların ameliyat sonrasında aktivite sırasında yaşadıkları bulantının şiddetinin derecelerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %70.7'sinin (n=171) bulantı tariflememesi, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %61.6'sinin (n=149) bulantı tariflememesi, ameliyat sonrası geç dönemde (7-24 saat) %79.8'inin (n=193) bulantı tariflememesi saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) aktivite sırasındaki bulantının şiddetinin ortalaması 1.5 ± 2.55 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) aktivite sırasındaki bulantının şiddetinin ortalaması 1.86 ± 2.58 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) aktivite sırasındaki bulantının şiddetinin ortalaması 0.84 ± 2 (min:0, max:10) olarak saptandı (Tablo 33).

Hastaların ameliyat sonrasında dinlenme halinde yaşadıkları bulantının şiddetinin derecelerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %69.4'ünün (n=168) dinlenme halinde bulantı tariflememesi, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %66.9'unun (n=162) dinlenme halinde bulantı tariflememesi, ameliyat sonrası geç dönemde (7-24 saat) %85.5'inin (n=201) dinlenme halinde bulantı tariflememesi saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) dinlenme halindeki bulantının şiddetinin ortalaması 1.47 ± 2.42 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) dinlenme halindeki bulantının şiddetinin ortalaması 1.54 ± 2.38 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat)

dinlenme halindeki bulantının şiddetinin ortalaması 0.65 ± 1.81 (min:0, max:10) olarak saptandı (Tablo 33).

Tablo 34: Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Öğürme-Kusmanın Derecelerine Göre Dağılımları

Öğürme-Kusma Dereceleri	Ameliyat Sonrası Değerlendirme Saatleri					
	0-2 saat (Erken Dönem)		3-6 saat (Geç Dönem)		7-24 saat (Gecikmiş)	
	Sayı (n)	Yüz de (%)	Sayı (n)	Yüz de (%)	Sayı (n)	Yüz de (%)
Öğürme-Kusmanın Şiddeti						
0 yok	198	81.8	196	81	217	89.7
1-3 hafif	6	2.5	8	3.3	11	4.5
4-6 orta	28	11.6	27	11.1	9	3.7
7-9 şiddetli	9	3.7	10	4.1	2	0.8
10 çok şiddetli	1	0.4	1	0.4	3	1.2
Öğürme-Kusma Şiddeti Ortalaması	0.94 $\pm$ 2.15 (min:0, max:10)		0.99 $\pm$ 2.2. (min:0, max:10)		0.49 $\pm$ 1.68 (min:0, max:10)	
Öğürme-Kusmanın En Kötü Şiddeti						
0 yok	199	82.2	196	81	217	89.7
1-3 hafif	6	2.5	6	2.5	6	2.5
4-6 orta	24	9.9	24	9.9	12	5
7-9 şiddetli	11	4.5	14	5.8	4	1.6
10 çok şiddetli	2	0.8	2	0.8	3	1.2
Öğürme-Kusmanın En Kötü Şiddet Ortalaması	0.97 $\pm$ 2.26 (min:0, max:10)		1.09 $\pm$ 2.41 (min:0, max:10)		0.55 $\pm$ 1.82 (min:0, max:10)	

Tablo 34’de hastaların ameliyat sonrasında yaşadıkları öğürme ya da kusmanın derecelerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %69’unun (n=167) bulantı tariflemediği, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %59.1’inin (n=143) bulantı tariflemediği, ameliyat sonrası geç dönemde (7-24 saat) %78.9’unun (n=191) bulantı tariflemediği saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 1.64 ± 2.68 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 2.03 ± 2.69 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 0.9 ± 2.13 (min:0, max:10) olarak saptandı (Tablo 34).

3.5. HASTALARIN APFEL VE KOİVURANTA RİSK SKORU BULGULARI

Tablo 35: Hastaların Apfel ve Koivuranta Risk Skorlarına Göre Dağılımları

Risk Skorları	Sayı (n)	Yüzde (%)		Sayı (n)	Yüzde (%)
Apfel Bulantı Kusma Risk Etmenleri			Koivuranta Bulantı Kusma Risk Etmenleri		
Kadın Cinsiyeti	105	43.4	Ameliyatın Süresi (>60 dakika)	222	91.7
Sigara İçmeme	185	76.4	Kadın Cinsiyeti	105	43.4
Daha Önceki Ameliyatlarda Bulantı-Kusma ve/veya Taşıt Tutma Öyküsü	49	20.2	Taşıt Tutma (veya) Daha Önceki Ameliyatlarda Bulantı-Kusma Öyküsü	31	12.8
Ameliyat Sonrası Opioid Kullanımı	118	48.8	Sigara İçmeme	32	13.2
Apfel Bulantı Kusma Toplam Skoru			Koivuranta Bulantı Kusma Toplam Skoru		
0 (%10 riskli)	25	10.3	0 (%17 riskli)	185	76.4
1 (%20 riskli)	74	30.6	1 (%18 riskli)	6	2.5
2 (%40 riskli)	76	31.4	2 (%42 riskli)	45	18.6
3 (%60 riskli)	38	15.7	3 (%54 riskli)	90	37.2
4 (%80 riskli)	29	12	4 (%74 riskli)	65	26.9
			5 (%87 riskli)	30	12.4
				6	2.5

Tablo 35’de hastaların Apfel ve Koivuranta risk skorlarına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %43.4’ü (n=105) kadın cinsiyeti, %76.4’ü (n=185) sigara içmeme, %20.2’si (n=49) daha önceki ameliyatlarda bulantı-kusma ve/veya taşıt tutma öyküsü, %48.8’i ameliyat sonrası opioid kullanımı nedeni ile Apfel risk skorundan puan aldığı saptandı. Apfel risk skoruna göre hastaların %10.3’ü (n=25) 0 puan (%10 riskli), %30.6’sı (n=74) 1 puan (%20 riskli), %31.4’ü (n=76) 2 puan (%40 riskli), %15.7’si (n=38) 3 puan (%60 riskli), %12’si (n=29) 4 puan (%80 riskli) aldıkları saptandı (Tablo 35).

Koivuranta risk skoruna göre hastaların %91.7’si (n=222) ameliyatın süresi (>60 dakika), %43.4’ü (n=105) kadın cinsiyeti, %12.8’i (n=31) taşıt tutma, %13.2’si (n=32) daha önceki ameliyatlarda bulantı-kusma öyküsü ve %76.4’ü (n=185) sigara içmeme nedeni Koivuranta risk skorlarından puan aldığı saptandı. Koivuranta risk skoruna göre hastaların %2.5’i (n=6) 0 puan (%17 riskli), %18.6’sı (n=45) 1 puan (%18 riskli), %37.2’si (n=90) 2 puan (%42 riskli), %26.9’u (n=65) 3 puan (%54 riskli), %12.4’ü (n=30) 4 puan (%74 riskli) ve %2.5’i (n=6) 5 puan (%87 riskli) aldıkları saptandı (Tablo 35).

Tablo 36: Hastaların Apfel ve Koivuranta Risk Skorları Ortalamalarına Göre Dağılımları

Apfel Risk Skoru Ortalaması	1.88 ± 1.16 (min:0, max:4)
Koivuranta Risk Skoru Ortalaması	2.35 ± 1.07 (min:0, max:5)

Tablo 36’da hastaların Apfel ve Koivuranta risk skorları ortalamalarına göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların Apfel risk skoru ortalaması 1.88 ± 1.16 (min:0, max:4), Koivuranta risk skoru ortalaması 2.35 ± 1.07 (min:0, max:5) olarak saptandı (Tablo 36).

Tablo 37: Hastaların Apfel ve Koivuranta Risk Skorları İlişkilerinin Değerlendirilmesi

Özellik	Korelasyon Katsayı (r)	p
Apfel Toplam Risk Skoru	0.864	0.00
Koivuranta Toplam Risk Skoru	0.864	0.00

Tablo 37’de hastaların Apfel ve Koivuranta risk skorları ilişkilerinin değerlendirilmesi görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların ASBK risk skorlamalarında kullanılan Apfel Risk Skoru ve Koivuranta Risk Skoru toplam puanları arasında yüksek derecede anlamlı ilişki bulunmuştur ($r:0.864$, $p:0.00$). Apfel toplam risk skoru arttıkça, Koivuranta toplam risk skorunun da arttığı saptandı (Tablo37).

Tablo 38: Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusmanın Apfel Risk Skoru Kullanımı ile Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Apfel Risk Skorları	Sayı (n)	Ortalama Sıralaması	x^2	sd	p
Bulantı	0	25	161.98	36.301	4	0.000
	1	74	140.53			
	2	76	116			
	3	38	96.89			
	4	29	84.71			
Kusma	0	25	144.68	35.302	4	0.000
	1	74	136.47			
	2	75	123.79			
	3	38	98.76			
	4	29	83.02			

Tablo 38’de ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın Apfel risk skoru kullanımı ile arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi görülmektedir. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın Apfel risk skoru kullanımı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (x^2 : 36.301, 35.302, $p:0.000$) (Tablo 38).

Tablo 39: Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusmanın Koivuranta Risk Skoru Kullanımı ile Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Koivuranta Risk Skorları	Sayı (n)	Ortalama Sıralaması	x²	sd	p
Bulantı	0	6	136.17	36.552	5	0.000
	1	45	149.61			
	2	90	134.82			
	3	65	103.9			
	4	30	87.77			
	5	6	55.50			
Kusma	0	6	149.50	36.523	5	0.000
	1	45	133.43			
	2	89	131.90			
	3	65	119.84			
	4	30	77.2			
	5	6	69.17			

Tablo 39’da ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın Koivuranta risk skoru kullanımı ile arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi görülmektedir. Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın Koivuranta risk skoru kullanımı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (x^2 : 36.552, 36.523, p :0.000) (Tablo 39).

3.6. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE AMELİYAT ÖNCESİ VERİLERİ İLE AMELİYAT SONRASI BULANTI-KUSMA BULGULARI

Tablo 40: Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyat Öncesi Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantının Değerlendirilmesi

Sosyo-demografik ve Ameliyat Öncesi Veriler	Bulantı							x ²	p
	Var		Yok		Toplam				
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)			
Cinsiyet							20.244	0.000	
Kadın	65	61.9	40	38.1	105	100			
Erkek	45	32.8	92	67.2	137	100			
Sigara							9.089	0.003	
Var	16	28.1	41	71.9	57	100			
Yok	94	50.8	91	49.2	185	100			

Ek Hastalık							10.020	0.002
Var	58	57.4	43	42.6	101	100		
Yok	52	36.9	89	63.1	141	100		
Taşıt Tutması							21.358	0.000
Var	29	82.9	6	17.1	35	100		
Yok	81	39.1	126	60.9	207	100		
Daha Önce Ameliyat							6.935	0.008
Var	62	54.4	52	45.6	114	100		
Yok	48	37.5	80	62.5	128	100		
Önceki Ameliyatta Bulantı							1.306	0.253
Var	18	66.7	9	33.3	27	100		
Yok	45	51.7	42	48.3	87	100		
Ameliyat Öncesi Açlık Süresi							0.006	0.941
0-10 saat	72	45.3	87	54.7	159	100		
11 saat ve üzeri	38	45.8	45	54.2	83	100		
Ameliyat Öncesi Premedikasyon							16.916	0.000
Var	15	100	0	0	15	100		
Yok	95	41.9	132	58.1	227	100		
Ameliyat Öncesi Kaygı-Korku							27.894	0.000
Var	75	62.5	45	37.5	120	100		
Yok	35	28.7	87	71.3	122	100		
ASA							2.133	0.144
I	35	39.3	54	60.7	89	100		
II	75	49	78	51	153	100		

Tablo 40’da hastaların sosyodemografik ve ameliyat öncesi verileri ile ameliyat sonrası bulantının değerlendirilmesi bulunmaktadır.

Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların cinsiyetleri ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 2.133, p:0.144), hastaların sigara kullanımları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 9.089, p:0.003) (Tablo 40).

Yapılan Ki-kare analizine göre; hastaların ek hastalıkları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 10.020, p:0.002), hastaların taşıt tutması yaşaması ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 21.358, p:0.000) ve hastaların daha önce ameliyat geçirmiş olmaları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 6.935, p:0.008) (Tablo 40).

Yapılan Ki-kare analizine göre; hastaların daha önceki ameliyatlarında bulantı yaşama durumları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 1.306, p:0.253), hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (χ^2 : 0.006, p:0.941) .

Yapılan Ki-kare analizine göre; hastaların ameliyat öncesi premedikasyon kullanımları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 16.916, p:0.000, hastaların ameliyat öncesi kaygı-korku yaşamaları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 27.894, p:0.000) ve hastaların ASA gruplandırmaları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (χ^2 : 2.133, p:0.144) (Tablo 40).

Tablo 41: Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyat Öncesi Verileri ile Ameliyat Sonrası Kusmanın Değerlendirilmesi

Sosyo-demografik ve Ameliyat Öncesi Veriler	Kusma						x ²	p
	Var		Yok		Toplam			
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Cinsiyet							11.134	0.001
Kadın	36	34.6	68	65.4	104	100		
Erkek	21	5.3	116	84.7	137	100		
Sigara							2.900	0.089
Var	8	14.3	48	85.7	35	100		
Yok	49	26.5	136	73.5	206	100		
Ek Hastalık							1.231	0.267
Var	28	27.7	73	72.3	101	100		
Yok	29	20.7	111	79.3	140	100		
Taşıt Tutması							12.513	0.000
Var	17	48.6	18	51.4	35	100		
Yok	40	19.4	166	80.6	206	100		
Daha Önce Ameliyat							2.339	0.126
Var	32	28.1	82	71.9	114	100		
Yok	25	19.7	102	80.3	80.3	100		
Önceki Ameliyatda Bulantı							10.542	0.001
Var	15	55.6	12	44.4	27	100		
Yok	18	20.7	69	79.3	87	100		
Ameliyat Öncesi Açlık Süresi							2.669	0.102
0-10 saat	32	20.1	127	79.9	159	100		
11 saat ve üzeri	25	30.5	57	69.5	82	100		
Ameliyat Öncesi Premedikasyon							fisher	0.025
Var	0	0	15	100	15	100		
Yok	57	25.2	169	74.8	226	100		
Ameliyat Öncesi Kaygı-Korku							12.407	0.000
Var	40	33.3	80	66.7	120	100		
Yok	17	14	104	86	121	100		

ASA							0.530	0.466
I	18	20.5	70	79.5	88	100		
II	39	25.5	114	74.5	153	100		

Tablo 41’de hastaların sosyodemografik ve ameliyat öncesi verileri ile ameliyat sonrası kusmanın değerlendirilmesi bulunmaktadır.

Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların cinsiyetleri ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 11.134, p:0.001), hastaların sigara kullanımları ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (χ^2 : 2.900, p:0.089) (Tablo 41).

Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ek hastalıkları ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (χ^2 : 1.231, p:0.267) (Tablo 41).

Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların taşıt tutması yaşamaları ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 12.513, p:0.000), hastaların daha önce ameliyat geçirmiş olmaları ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 2.339, p:0.126) ve hastaların daha önceki ameliyatlarında bulantı yaşamaları ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 10.542, p:0.001) (Tablo 41).

Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat öncesi aç kalma süreleri ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 2.669, p:0.102), hastaların ameliyat öncesi premedikasyon uygulaması ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (p:0.025) ve hastaların ameliyat öncesi kaygı-korku yaşamaları ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 12.407, p:0.000) (Tablo 41).

Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ASA gruplandırması ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (χ^2 : 0.530, p:0.466) (Tablo 41).

3.7. HASTALARIN AMELİYAT SIRASI VE SONRASI VERİLERİ İLE AMELİYAT SONRASI BULANTI-KUSMA BULGULARI

Tablo 42: Hastaların Ameliyat Sırası ve Sonrası Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantının Değerlendirilmesi

Ameliyat Sırası ve Sonrası Veriler	Bulantı							
	Var		Yok		Toplam		x ²	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Ameliyat Süresi							2.100	0.224
≤ 60	6	30	14	70	20	100		
> 60	104	46.8	118	53.2	222	100		
Anestezi Tipi							0.000	1.000
Genel	96	45.5	115	54.5	211	100		
Spinal	14	45.2	17	54.8	31	100		
Ameliyat Sırasında Opioid Kullanımı							0.808	0.369
Var	100	46.7	114	53.3	214	100		
Yok	10	35.7	18	64.3	28	100		
Ameliyat Sonrasında Opioid Kullanımı							18.051	0.000
Var	71	59.2	49	40.8	120	100		
Yok	39	32	83	68	122	100		
Ameliyat Sonrası Yemeğe Başlama Saati							8.020	0.018
0-6 saat	28	35.4	51	64.6	79	100		
7-12 saat	36	43.4	47	56.6	83	100		
13-24 saat	46	57.5	34	42.5	80	100		

Tablo 42’de hastaların ameliyat sırası ve sonrası verileri ile ameliyat sonrası bulantının değerdendirilmesi bulunmaktadır.

Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat süreleri ile ameliyat sonrası bulantı görölme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 2.100, p:0.224), anestezi tipi ile ameliyat sonrası bulantı görölme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 0.000, p:1.000), hastaların ameliyat sırasında opioid kullanımı ile ameliyat sonrası bulantı görölme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 0.808, p:0.369), hastaların ameliyat sonrasında opioid kullanımı ile ameliyat sonrası bulantı görölme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 18.051, p:0.000) ve hastaların ameliyat sonrası yemeğe başlama saati ile ameliyat sonrası bulantı görölme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 8.020, p:0.018) (Tablo 42).

Tablo 43: Hastaların Ameliyat Sırası ve Sonrası Verileri ile Ameliyat Sonrası Kusmanın Değerlendirilmesi

Ameliyat Sırası ve Sonrası Veriler	Kusma							
	Var		Yok		Toplam		x ²	p
Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)			
Ameliyat Süresi							fisher	0.174
≤ 60	2	10	18	90	20	100		
> 60	55	24.9	166	75.1	221	100		
Anestezi Tipi							5.476	0.019
Genel	44	21	166	79	210	100		
Spinal	13	41.9	18	58.1	31	100		
Ameliyat Sırasında Opioid Kullanımı							1.853	0.173
Var	47	22.1	166	77.9	213	100		
Yok	10	35.7	18	64.3	28	100		
Ameliyat Sonrasında Opioid Kullanımı							20.285	0.000
Var	43	36.1	76	63.9	119	100		
Yok	14	11.5	108	88.5	122	100		
Ameliyat Sonrası Yemeğe Başlama Saati							0.331	0.847
0-6 saat	19	24.1	60	75.9	79	100		
7-12 saat	21	25.3	62	74.7	83	100		
13-24 saat	17	21.5	62	78.5	79	100		

Tablo 43’de hastaların ameliyat sırası ve sonrası verileri ile ameliyat sonrası kusmanın değerlendirilmesi bulunmaktadır.

Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat süreleri ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (p:0.174), anestezi tipi ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (x²: 5.476, p:0.019), ameliyat sırasında opioid kullanımı ile ameliyat sonrası kusma görülme

arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 1.853, p:0.173), ameliyat sonrasında opioid kullanımı ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 20.285, p:0.00) ve ameliyat sonrası yemeğe başlama saati ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (χ^2 : 0.331, p:0.847) (Tablo 43).



BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.TARTIŞMA

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyat Öncesi Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusmaya İlişkin Sonuçların Tartışılması

Bu araştırmada hastaların %43.4'ünün (n=105) kadın ve %56.6'sının (n=137) erkek olduğu saptandı. Birçok çalışmada belirtildiği gibi, kadın cinsiyeti ASBK'da temel bağımsız ve en güçlü risk faktörüdür (12, 34). Kadınlar erkeklerden 3 kat daha fazla ASBK yaşamaktadırlar (9, 12, 13, 14, 26, 41, 42). Stadler ve arkadaşları (2003) yaptığı araştırma sonucunda hastaların %47'sinin (n=317) kadın olduğu ve kadın cinsiyetinin ASBK'yı arttırdığı, kadınlarda erkeklerden daha fazla bulantı ve/veya kusma yaşandığını bildirmişlerdir (82). Yi ve arkadaşları (2017) kadın cinsiyetinin ASBK'da önemli risk faktörü olduğunu belirtmiştir ($p<0.001$) (25). Apfel ve arkadaşları (2012) kadın cinsiyetinin ASBK'yı arttırdığını belirtmiştir (13). Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların cinsiyetleri ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 2.133, p :0.144), hastaların cinsiyetleri ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 11.134, p :0.001). Bu bağlamda yapılan çalışmanın ameliyat sonrası bulantı görülmesi ile uyumlu olmadığı, kusma görülmesi açısından literatür ile uyumlu olduğu saptandı.

Sigara içmeme, ASBK'nın bağımsız belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (12, 21, 27). Sigara içmeyenlerde, içenlere oranla daha fazla ASBK görülmüştür (12, 34, 41, 43). Stadler ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırma sonucunda hastaların %63 oranında sigara içmediği ve sigara içmemenin ASBK'yı arttırdığını, sigara içmeyenlerde daha fazla ameliyat sonrası bulantı ve /veya kusma görüldüğünü bildirmişlerdir (82). Yi ve arkadaşları (2017) sigara içmemenin ASBK'da önemli risk faktörü olduğunu belirtmiştir ($p<0.001$) (25). Apfel ve arkadaşları (2012) sigara içmemenin ASBK'yı arttırdığını belirtmiştir (13). Sarin ve arkadaşları (2012) sigara içmeme ile ASBK arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (48). Sigara içmemenin ASBK'yı arttırdığını belirten çalışmaların yanı sıra, Son ve Yoon (2016) sigara içmenin ASBK'yı etkilemediğini belirtmişlerdir (84). Yapılan çalışmada Ki-kare analizine göre; hastaların sigara kullanımları ile ameliyat sonrası bulantı

görölme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 9.089, p :0.003), hastaların sigara kullanımları ile ameliyat sonrası kusma görölme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (χ^2 : 2.900, p :0.089). Bu bağlamda sigara kullanımı ile ameliyat sonrası bulantı görölme sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu saptandı.

ASBK öyküsü ile taşıt tutma öyküsü de, ASBK oluşumunu etkileyen risk faktörlerindendir ve bu faktörler daha önce yaşandığı için, hastada istemsiz kusma gerçekleştiği tahmin edilmektedir (12). Apfel ve arkadaşları (2012) ASBK öyküsü ve/veya taşıt tutmasının ASBK'yı arttırdığını belirtmiştir (13). Yi ve arkadaşları (2017) ASBK öyküsü olma veya taşıt tutması öyküsü olmanın ASBK'da önemli risk faktörü olduğunu belirtmiştir (p <0.001) (25). Yapılan çalışmada Ki-kare analizine göre; hastaların taşıt tutması yaşaması ile ameliyat sonrası bulantı görölme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 21.358, p :0.000) ve hastaların taşıt tutması yaşamaları ile ameliyat sonrası kusma görölme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 12.513, p :0.000). yapılan çalışmanın sonuçları literatür ile uyumludur.

Apfel ve arkadaşları (1999), Apfel ve arkadaşları (2003) ile Apfel ve arkadaşları (2012) kadın cinsiyeti, sigara içmeme, ASBK öyküsü ya da taşıt tutması, anestezi süresi ve ameliyat sonrası opioid kullanımının ASBK için risk faktörü olduğunu belirtmiştir (13, 26, 41). Choi ve arkadaşları (2014) ASBK için risk faktörlerini kadın cinsiyeti, sigara içmeme ve ASBK öyküsü veya taşıt tutması olarak belirtmiştir (83). Koivuranta ve arkadaşları (1997) kadın cinsiyeti, ASBK öyküsü, ameliyat süresi, sigara içmeme ve taşıt tutması olmasının ASBK için risk faktörü olduğunu belirtmiştir (27). Lee ve arkadaşları (2015) ASBK risk faktörlerini kadın cinsiyeti, sigara içmeme, ASBK öyküsü olma ve/veya taşıt tutması, opioid kullanımı ve genel anestezi olarak bildirmiştir (89). Yapılan çalışmada Ki-kare analizine göre; hastaların daha önceki ameliyatlarında bulantı yaşama durumları ile ameliyat sonrası bulantı görölme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 1.306, p :0.253), hastaların daha önceki ameliyatlarında bulantı yaşamaları ile ameliyat sonrası kusma görölme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 10.542, p :0.001). Bu bağlamda çalışmanın hastaların daha önceki ameliyatlarında bulantı yaşama durumları ile ameliyat sonrası bulantı görölme arasında literatür ile uyumsuz, ameliyat sonrası kusma görölme arasında literatür ile uyumlu sonuçlar saptandı.

4.2.Hastaların Ameliyat Sırası ve Sonrası Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma Verilerinin Tartışılması

Uçucu anesteziklerin kullanımı, Nitröz Oksit (N₂O) kullanımı ile ameliyat sırası ve sonrası opioid kullanımı ASBK'yı etkileyen anestezi ile ilişkili risk faktörleridir (8, 12, 14, , 41, 45, 46). Anestezi ile ilişkili bu risk faktörleri, kemoreseptör tetikleme bölgesinin uyarılması yoluyla ASBK'yı arttırmaktadır (12, 41, 47). Yapılan çalışmada hastaların %100'ünde (n=242) uçucu anestezik kullanılmaması nedeni ile bu sonuç değerlendirilememiştir.

Ameliyatın süresi, ASBK'yı etkileyen ameliyata ilişkin risk faktörüdür. Ameliyat veya anestezi süresi daha az olanlarda ASBK sıklığı daha az görülmektedir (50, 51). Ameliyat süresinin ASBK'ya etkisi, hastanın daha uzun süre emetojenik anestezi ağına maruz kalması sonucu görülmektedir (29). Sinclair ve Chung'un 17.638 hasta ile yaptığı çalışmada anestezi süresinde ki her 30 dakikalık artış, ASBK sıklığını %59 arttırmaktadır (52). Koivuranta ve arkadaşları (1997) kadın cinsiyeti, ASBK öyküsü, ameliyat süresi, sigara içmeme ve taşıt tutması olmasının ASBK için risk faktörü olduğunu belirtmiştir (27). Son ve Yoon (2016) ameliyat süresinin ASBK'yı etkilemediğini belirtmişlerdir (84). Stadler ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırmada ameliyat süresi ile ASBK arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir (82). Araştırma kapsamına alınan hastaların %8.3'ünün (n=20) ameliyat süresinin ≤ 60 dakika ve %91.7'sinin (n=222) ameliyat süresinin > 60 dakika olduğu saptandı. Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat süreleri ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (p:0.174), ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (χ^2 : 2.100, p:0.224) (Tablo 42). Koivuranta ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışma ameliyat süresini risk olarak belirtmesine rağmen, literatürde ameliyat süresinin ASBK'yı etkilemediğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Bu bağlamda ameliyat süresi ile ASBK arasındaki ilişkinin daha büyük örneklem içeren çalışmalarla yeniden değerlendirilmesi önerilmektedir.

Lee ve arkadaşları (2015) ASBK risk faktörlerini kadın cinsiyeti, sigara içmeme, ASBK öyküsü olma ve/veya taşıt tutması, opioid kullanımı ve genel anestezi olarak bildirmiştir (89). Yapılan çalışmada Ki-kare analiz sonucuna göre; anestezi tipi ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 5.476, p:0.019), ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki

olmadığı saptandı (χ^2 : 0.000, p:1.000). Bu bağlamda genel anestezi ile ASBK'nın değerlendirildiği daha fazla çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Ameliyat sonrası opioid kullanımı, ASBK'nın verilen doz ile doğru orantılı olarak önemli ölçüde arttırmaktadır (9, 12, 14, 21, 41, 42, 46). Yi ve arkadaşları (2017) opioid kullanımı ile ASBK oranının %18 olduğunu, opioid kullanımının önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir (p<0.001) (25). Apfel ve arkadaşları (2012) ameliyat sonrası opioid kullanımının ASBK'yı arttırdığını belirtmiştir (13). Lee ve arkadaşları (2015) ASBK risk faktörlerini kadın cinsiyeti, sigara içmeme, ASBK öyküsü olma ve/veya taşıt tutması, opioid kullanımı ve genel anestezi olarak bildirmiştir (89). Sarin ve arkadaşları (2012) ameliyat sonrası opioid kullanımı ile ASBK arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmektedir (48). Song ve arkadaşları (2011) ile White ve arkadaşları (2008) ameliyat sonrası opioid kullanımı ile ASBK oranını %20-40 olarak belirtmişlerdir (86, 87). Apfel ve arkadaşları (1999) ASBK risk faktörlerini kadın cinsiyeti, taşıt tutması veya ASBK öyküsü, sigara içmeme ve ameliyat sonrası opioid kullanımı olarak belirtmektedir (26). Araştırma kapsamına alınan hastaların % 50.4'ünde (n=122) ameliyat sonrasında opioid ilaç kullanıldığı ve %69.6'sında (n=120) ameliyat sonrasında opioid ilaç kullanılmadığı saptandı. Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat sonrasında opioid kullanımı ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olduğu (χ^2 : 18.051, p:0.000) ve ameliyat sonrası kusma görülme arasında da anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (χ^2 : 20.285, p:0.00). Yapılan çalışmanın ameliyat sonrası opioid kullanımı ile ameliyat sonrası bulantı ve kusma görülme sonuçları literatür ile uyumludur.

4.3.Hastaların Ameliyat Sonrası Değerlendirmelerine İlişkin Verilerin Tartışılması

Stadler ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırma sonucunda; %19 (n=126) bulantı ve %10 (n=66) kusma yaşanan hastaların %72'sine (480) genel anestezi uygulanmıştır. Genel anestezi uygulanan hastalarda ASBK görüldüğünü bildirmişlerdir (82). Araştırma kapsamına alınan hastaların %87.2'sinde (n=211) genel anestezi, %12.8'inde (n=31) spinal anestezi uygulandığı saptandı. Bu bağlamda yapılan çalışmanın sonuçları literatür ile uyumlu olmasına rağmen, daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Stadler ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırma sonucunda; hastaların %19'u (n=126) bulantı, %10'u (n=66) kusma yaşadığı bildirmişlerdir (82). Son ve Yoon (2016) yaptıkları çalışmada hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte %27 oranında ASBK görüldüğünü belirtmişlerdir (84). Lee ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada ASBK oranını %31.8 olarak belirtmişlerdir (89). Apfel ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada ASBK oranını %36 olarak belirtmiştir (13). Araştırma kapsamına alınan hastaların %45.9'unun (n=111) bulantı yaşadığı ve %23.6'sının (n=57) kusma yaşadığı saptandı. Ameliyat sonrası bulantı ve kusma görülme sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu saptandı.

Lee ve arkadaşları (2015) hastaların ağrısını ameliyat sonrası dönemde dinlenme halinde %19.9 ve aktivite sırasında %52.5 olarak belirterek, ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde hastaların orta şiddette ağrı yaşadığını belirtmektedir (89). Sarin ve arkadaşları (2012) ameliyat sonrası ağrı ile ASBK arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, hastanın ağrısı arttıkça ASBK'nın da arttığını belirtmektedir (48). Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %49.2'sinin (n=119) 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %60.6'sının (n=147) 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) %63.6'sının (n=154) 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları ağrı ortalaması 5.69 ± 2.19 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları ağrı ortalaması 5.46 ± 1.97 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) yaşadıkları ağrı ortalaması 5.21 ± 1.99 (min:0, max:10) olarak saptandı. Araştırmanın sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu saptandı.

4.4.Hastaların Apfel ve Koivuranta Risk Skorlarına İlişkin Verilerin Tartışılması

Hastaların ASBK yaşama risklerinin tahmin edilmesi bir çok araştırmacı tarafından incelenmiştir (9, 15, 26, 48). Birçok ASBK tahmin modelleri uzun yıllardır yayınlanmaktadır ancak, yayınlanan modellerin bir çoğu karmaşık modellerdir, birçok risk faktörü içermektedir ve risk tahmin sonuçlarının hesaplanmasında bilgisayar kullanımı gerekmektedir (9, 48). En çok onaylanan modeller Koivuranta ve arkadaşları (27), Apfel ve arkadaşları (26), Gan (46) ve Sinclair ve arkadaşları (52)'nin geliştikleri modellerdir (9). Diğer modeller

oluşturulduklarında ya da sonrasında onaylanmadıkları için kullanılmamaktadır (9, 15, 48). Sinclair ve arkadaşlarının (52) modelinin hesaplanmasının karmaşıklığı nedeni ile uygulanabilirliğini yitirmiştir. Apfel ve arkadaşlarının (26) modeli, Koivuranta ve arkadaşlarının (27), Sinclair ve arkadaşlarının (52) ve Gan'ın (46) modeline göre önemli ölçüde güçlülük göstermektedir (9). Bu nedenle en sık kullanılan, klinik olarak kullanışlı, basitleştirilmiş risk skorları Apfel ve arkadaşları (26) ile Koivuranta ve arkadaşlarının (27) risk skorlarıdır (9, 14, 15, 58, 59). ASBK açısından riskli olan hastaların belirlenmesi için Apfel ve arkadaşları 1999 yılında, Koivuranta ile ortak verilere sahip risk skorlama modeli önermişlerdir (12, 20, 26, 60). Lee ve arkadaşları (2015) Apfel risk skorunda belirtilen risk faktörleri ile anlamlı sonuçlar ortaya çıktığını belirtmiştir ve Apfel risk skorunun kullanımını önermektedir (89). Apfel ve arkadaşları (2012) Apfel ve Koivuranta risk skorlarının klinik uygulamalarda ASBK risk değerlendirmesinde kullanılmasını önermektedir (13).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %43.4'ü (n=105) kadın cinsiyeti, %76.4'ü (n=185) sigara içmeme, %20.2'si (n=49) daha önceki ameliyatlarda bulantı-kusma ve/veya taşıt tutma öyküsü, %48.8'i ameliyat sonrası opioid kullanımı nedeni ile Apfel risk skorundan puan aldığı saptandı. Apfel risk skoruna göre hastaların %10.3'ü (n=25) 0 puan (%10 riskli), %30.6'sı (n=74) 1 puan (%20 riskli), %31.4'ü (n=76) 2 puan (%40 riskli), %15.7'si (n=38) 3 puan (%60 riskli), %12'si (n=29) 4 puan (%80 riskli) aldıkları saptandı.

Koivuranta risk skoruna göre hastaların %91.7'si (n=222) ameliyatın süresi (>60 dakika), %43.4'ü (n=105) kadın cinsiyeti, %12.8'i (n=31) taşıt tutma, %13.2'si (n=32) daha önceki ameliyatlarda bulantı-kusma öyküsü ve %76.4'ü (n=185) sigara içmeme nedeni Koivuranta risk skorlarından puan aldığı saptandı. Koivuranta risk skoruna göre hastaların %2.5'i (n=6) 0 puan (%17 riskli), %18.6'sı (n=45) 1 puan (%18 riskli), %37.2'si (n=90) 2 puan (%42 riskli), %26.9'u (n=65) 3 puan (%54 riskli), %12.4'ü (n=30) 4 puan (%74 riskli) ve %2.5'i (n=6) 5 puan (%87 riskli) aldıkları saptandı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların Apfel risk skoru ortalaması 1.88 ± 1.16 (min:0, max:4), Koivuranta risk skoru ortalaması 2.35 ± 1.07 (min:0, max:5) olarak saptandı. Hastaların ASBK risk skorlamalarında kullanılan Apfel Risk Skoru ve Koivuranta Risk Skoru toplam puanlarına yüksek derecede anlamlı ilişki olduğu

saptandı ($r:0.864$, $p:0.00$). Apfel toplam risk skoru arttıkça, Koivuranta toplam risk skorunu da arttırdı söylenebilmektedir. Yapılan Kruskal Wallis-H Testi sonuçlarına göre; ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın Apfel risk skoru kullanımı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (χ^2 : 36.301, 35.302, $p:0.000$) ve Koivuranta risk skoru kullanımı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (χ^2 : 36.552, 36.523, $p:0.000$). Apfel ve Koivuranta risk skorları sonuçları ve kullanım önerilerinin sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu saptandı.



BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1.SONUÇLAR

Ameliyat sonrası bulantı kusmaya etki eden risk faktörlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları yedi bölümde verildi.

5.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamına alınan hastaların %33.9'unun (n=82) 58-65 yaş grubunda olduğu ve yaş ortalamalarının 54.12 ± 13.05 (min:19, max:85) yaş olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %56.6'sının (n=137) erkek olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %33.5'inin (n=81) ilköğretim mezunu olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %77.3'ünün (n=187) evli olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %100'ünün (n=242) sosyal güvencesinin olduğu, %71.5'inin (n=173) SSK güvencesi olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %41.3'ünün (n=100) 160-169 cm, %30.2'sinin (n=73) 70-79 kg ve %39.7'sinin (n=96) hafif şişman (BKI: 25-29.9 kg/cm²) olduğu saptandı.

5.1.2. Hastaların Sağlık Öykülerine İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamına alınan hastaların %48.3'ünün (n=117) ek hastalığının olmadığı, ek hastalığı olan hastaların %30.2'sinde (n=73) hipertansiyon olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %76.4'ünün (n=185) sigara, %89.7'sinin (n=217) alkol kullanmadığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %85.5'inin (n=207) yolculuk sırasında bulantı-kusma (taşıt tutması) yaşamadığı saptandı.

- Araştırma kapsamına alınan hastaların %52.9'unun (n=128) daha önce cerrahi girişim geçirmediği, daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların %12.2'sinin (n=14) inguinel herni, %11.4'ünün (n=13) böbrek ameliyatı, %11.4'ünün (n=13) tiroidektomi, %10.5'inin (n=12) appendektomi ameliyatı olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan ve daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların %76.3'ünün (n=87) daha önce geçirdiği cerrahi girişim sonrası bulantı-kusma yaşamadığı saptandı. Daha önce geçirdiği cerrahi girişim sonrasında bulantı kusma yaşayan hastaların %100'ünün alternatif bir uygulama yapmadığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %9.1'inin (n=22) Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'nda, %13.2'sinin (n=32) Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda, %5'inin (n=12) Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda, %2.9'unun (n=7) Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi Anabilim Dalı'nda, %12.4'ünün (n=30) Nöroşirürji Anabilim Dalı'nda, %5.8'inin (n=14) Üroloji Anabilim Dalı'nda, %24.8'inin (n=60) Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda, %16.9'unun (n=41) Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda ve %9.9'unun (n=24) Organ Nakli Anabilim Dalı'nda olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %6.2'sinin (n=15) paratiroid bez neoplazmi, %6.2'sinin (n=15) gonartroz, %7'sinin (n=17) koroner arter hastalığı, %7.9'unun (n=19) kronik böbrek yetmezliği, %4.5'inin (n=11) kafa içi yer kaplayan oluşum tanılarını aldığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %6.2'sinin (n=15) total diz protezi, %4.5'inin (n=11) kraniotomi-beyin tümörü eksizyonu, %7'sinin (n=17) koroner arter baypas grefti ve %7.9'unun (n=19) böbrek nakli olduğu saptandı.

5.1.3. Hastaların Ameliyat Öncesi Değerlendirmelerine İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamına alınan hastaların %100'üne (n=242) premedikasyon uygulanmadığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %50.4'ünün (n=122) ameliyata dair kaygı/korku/endişe yaşamadığı saptandı.

- Araştırma kapsamına alınan hastaların %65.3'ünün (n=158) 6-10 saat aç kaldığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %100'ünün (n=242) ameliyat öncesi narkotik/antibiyotik/antiemetik kullanılmadığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %63.2'sinin (n=153) ASA II sınıflamasında olduğu saptandı.

5.1.4. Hastaların Ameliyat Sonrası Değerlendirmelerine İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamına alınan hastaların %9.9'unun (n=24) böbrek, %103'ünün (n=25) bacak, %12.4'ünün (n=30) kalp ve %19.4'ünün (n=47) batin bölgesinden ameliyat olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %91.7'sinin (n=222) ameliyat süresinin > 60 dakika olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %87.2'sinde (n=211) genel anestezi ve kullanılan anestezi ajanlarından hastaların %71.9'unda (n=174) propofol kullanıldığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastalardan %79.8'inde (n=193) ağrı için tedavi uygulandığı ve ağrı için uygulanan tedavilerden %36.4'ünün (n=88) parol ve contramal olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %34.3'ünün (n=83) 7-12 saat aralığında oral alıma başladığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların % 88.4'ünde (n=214) ameliyat sırasında opioid ilaç kullanıldığı, ameliyat sırasında opioid kullanılan hastaların %17.8'inde (n=43) fentanil ve %20.7'sinde (n=50) fentanil, contramal ve ultiva kullanıldığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların % 50.4'ünde (n=122) ameliyat sonrasında opioid ilaç kullanıldığı ve ameliyat sonrasında opioid kullanılan hastaların %67.2'sinde (n=82) contramal kullanıldığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %51.7'sinin (n=125) 0-5 saat ameliyat sonrasında yoğun bakım/ayılma odasında kaldığı saptandı. Hastaların ameliyat sonrasında yoğun bakım/ayılma odasında kalma sürelerinin ortalaması 8.66 ± 7.82 (min:0, max:25) olarak saptandı.

- Araştırma kapsamına alınan hastaların %72.7'sine (n=176) semi-fowler pozisyonu verildiği saptandı.
- Ameliyat sonrası bulantı kusma olduğunda hastaların %82.6'sına (n=200) özel yatış pozisyonu verilmediği saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %45.9'unun (n=111) bulantı yaşadığı ve %54.1'inin (n=131) ameliyat sonrasında bulantı yaşamadığı saptandı. Ameliyat sonrası dönemde bulantı yaşayan hastaların %46.9'unun (n=52) 2 kez bulantı yaşadığı, %92.8'inin (n=103) bulantı süresinin 0-5 dakika arasında sürdüğü saptandı. Ameliyat sonrası dönemde bulantı yaşayan hastaların %81.1'inin (n=90) bulantı sonrası ilaç kullanmadığı, %18.9'unun (n=21) bulantı sonrası ilaç kullandığı, bulantı sonrası ilaç kullanan hastaların %17.1'inin (n=19) metpamid, %82.9'unun (n=3) zofran kullandığı, %100'ünün (n=111) bulantı sonrası ilaç dışı ürün kullanmadığı saptandı. Ameliyat sonrası dönemde bulantı yaşayan hastaların %99.1'inin (n=110) bulantısının değişen nitelikte, %0.9'unun (n=1) sabit nitelikte olduğu saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde %20.2'sinin (n=49) öğürme yaşadığı, %79.8'inin (n=193) öğürme yaşamadığı, öğürme yaşayan hastaların %38.8'inin (n=19) 2 kez öğürme yaşadığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde %23.6'sının (n=57) kusma yaşadığı, %76.4'ünün (n=185) kusma yaşamadığı, kusma yaşayan hastaların %54.4'ünün (n=31) 1 kez kusma yaşadığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %49.2'sinin (n=119) 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %60.6'sının (n=147) 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) %63.6'sının (n=154) 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları ağrı ortalaması 5.69 ± 2.19 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları ağrı ortalaması 5.46 ± 1.97 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) yaşadıkları ağrı ortalaması 5.21 ± 1.99 (min:0, max:10) olarak saptandı.

- Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %42.2'sinin (n=102) aktivite sırasında 7-9 şiddetli şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %50.1'inin (n=121) aktivite sırasında 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) %48.8'inin (n=118) aktivite sırasında 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) aktivite sırasında yaşadıkları ağrı ortalaması 5.81 ± 2.34 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları aktivite sırasında yaşadıkları ağrı ortalaması 5.97 ± 2.1 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) aktivite sırasında yaşadıkları ağrı ortalaması 6.19 ± 2.04 (min:0, max:10) olarak saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %49.6'sının (n=120) dinlenme halinde 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %61.6'sının (n=149) dinlenme halinde 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı, ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) %65.2'sinin (n=158) dinlenme halinde 4-6 orta şiddette ağrı yaşadığı saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) dinlenme halinde yaşadıkları ağrı ortalaması 5.59 ± 2.25 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) dinlenme halinde yaşadıkları ağrı ortalaması 5.42 ± 1.97 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) dinlenme halinde yaşadıkları ağrı ortalaması 5.16 ± 1.98 (min:0, max:10) olarak saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %62.4'ünün (n=151) kaygı-korku-endişe tariflemediği, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %63.6'sının (n=154) kaygı-korku-endişe tariflemediği ve ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) %63.2'sinin (n=153) kaygı-korku-endişe tariflemediği saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları kaygı-korku-endişenin ortalaması 2.07 ± 2.85 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları kaygı-korku-endişenin ortalaması 1.85 ± 2.58 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) yaşadıkları kaygı-korku-endişenin ortalaması 1.92 ± 2.75 (min:0, max:10) olarak saptandı.

- Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %39.3'ünün (n=95) yorgunluk tariflemmediği, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %40.9'unun (n=99) 4-6 orta şiddette yorgunluk tariflediği ve ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) %33.9'unun (n=82) 4-6 orta şiddette yorgunluk tariflediği saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları yorgunluğun ortalaması 3.70 ± 3.36 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları yorgunluğun ortalaması 3.67 ± 3.12 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) yaşadıkları yorgunluğun ortalaması 3.68 ± 3.12 (min:0, max:10) olarak saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %71.1'inin (n=172) bulantı tariflemmediği, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %59.1'inin (n=143) bulantı tariflemmediği, ameliyat sonrası geç dönemde (7-24 saat) %78.1'inin (n=189) bulantı tariflemmediği saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 1.47 ± 2.46 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları bulantının ortalaması 1.8 ± 2.38 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) yaşadıkları bulantının ortalaması 0.79 ± 1.83 (min:0, max:10) olarak saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %69'unun (n=167) bulantı tariflemmediği, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %59.1'inin (n=143) bulantı tariflemmediği, ameliyat sonrası geç dönemde (7-24 saat) %78.9'unun (n=191) bulantı tariflemmediği saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 1.64 ± 2.68 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 2.03 ± 2.69 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 0.9 ± 2.13 (min:0, max:10) olarak saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %70.7'sinin (n=171) bulantı tariflemmediği, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %61.6'sinin (n=149) bulantı tariflemmediği, ameliyat

sonrası geç dönemde (7-24 saat) %79.8'inin (n=193) bulantı tariflemediği saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) aktivite sırasındaki bulantının şiddetinin ortalaması 1.5 ± 2.55 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) aktivite sırasındaki bulantının şiddetinin ortalaması 1.86 ± 2.58 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) aktivite sırasındaki bulantının şiddetinin ortalaması 0.84 ± 2 (min:0, max:10) olarak saptandı.

- Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %69.4'ünün (n=168) dinlenme halinde bulantı tariflemediği, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %66.9'unun (n=162) dinlenme halinde bulantı tariflemediği, ameliyat sonrası geç dönemde (7-24 saat) %85.5'inin (n=201) dinlenme halinde bulantı tariflemediği saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) dinlenme halindeki bulantının şiddetinin ortalaması 1.47 ± 2.42 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) dinlenme halindeki bulantının şiddetinin ortalaması 1.54 ± 2.38 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) dinlenme halindeki bulantının şiddetinin ortalaması 0.65 ± 1.81 (min:0, max:10) olarak saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) %69'unun (n=167) bulantı tariflemediği, ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) %59.1'inin (n=143) bulantı tariflemediği, ameliyat sonrası geç dönemde (7-24 saat) %78.9'unun (n=191) bulantı tariflemediği saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (0-2 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 1.64 ± 2.68 (min:0, max:10), ameliyat sonrası geç dönemde (3-6 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 2.03 ± 2.69 (min:0, max:10), ameliyat sonrası gecikmiş dönemde (7-24 saat) yaşadıkları bulantının en kötü şiddetinin ortalaması 0.9 ± 2.13 (min:0, max:10) olarak saptandı.

5.1.5. Hastaların Apfel ve Koivuranta Risk Skoruna İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamına alınan hastaların en fazla %76.4'ü (n=185) sigara içmeme nedeni ile Apfel risk skorundan puan almadığı, Apfel risk skoruna göre hastaların en fazla %30.6'sı (n=74) 1 puan (%20 riskli) ve %31.4'ü (n=76) 2 puan (%40 riskli) aldığı saptandı.

- Araştırma kapsamına alınan hastaların Apfel risk skoru ortalaması 1.88 ± 1.16 (min:0, max:4) olarak saptandı.
- Koivuranta risk skoruna göre hastaların en fazla %91.7'si (n=222) ameliyatın süresi (>60 dakika) ve %76.4'ü (n=185) sigara içmeme nedeni Koivuranta risk skorlarından puan almadığı saptandı. Koivuranta risk skoruna göre hastaların en fazla %37.2'si (n=90) 2 puan (%42 riskli), %26.9'u (n=65) 3 puan (%54 riskli) aldığı saptandı.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların Koivuranta risk skoru ortalaması 2.35 ± 1.07 (min:0, max:5) olarak saptandı.
- Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın Apfel risk skoru kullanımı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (χ^2 : 36.301, 35.302, p:0.000).
- Yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın Koivuranta risk skoru kullanımı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (χ^2 : 36.552, 36.523, p:0.000).

5.1.6. Hastaların Sosyodemografik ve Ameliyat Öncesi Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmasına İlişkin Sonuçlar

- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların cinsiyetleri ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 2.133, p:0.144).
- Yapılan Ki-kare analizine göre; hastaların sigara kullanımları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 9.089, p:0.003).
- Yapılan Ki-kare analizine göre; hastaların ek hastalıkları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 10.020, p:0.002).
- Yapılan Ki-kare analizine göre; hastaların taşıt tutması yaşaması ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 21.358, p:0.000).
- Yapılan Ki-kare analizine göre; hastaların daha önce ameliyat geçirmiş olmaları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 6.935, p:0.008).

- Yapılan Ki-kare analizine göre; hastaların daha önceki ameliyatlarında bulantı yaşama durumları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 1.306, p:0.253).
- Yapılan Ki-kare analizine göre; hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 0.006, p:0.941).
- Yapılan Ki-kare analizine göre; hastaların ameliyat öncesi premedikasyon kullanımları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 16.916, p:0.000).
- Yapılan Ki-kare analizine göre; hastaların ameliyat öncesi kaygı-korku yaşamaları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 27.894, p:0.000).
- Yapılan Ki-kare analizine göre; hastaların ASA gruplandırmaları ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 2.133, p:0.144).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların cinsiyetleri ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 11.134, p:0.001).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların sigara kullanımları ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 2.900, p:0.089).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ek hastalıkları ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 1.231, p:0.267).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların taşıt tutması yaşamaları ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 12.513, p:0.000).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların daha önce ameliyat geçirmiş olmaları ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 2.339, p:0.126).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların daha önceki ameliyatlarında bulantı yaşamaları ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 10.542, p:0.001).

- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat öncesi aç kalma süreleri ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 2.669, p:0.102).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat öncesi premedikasyon uygulanması ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (p:0.025).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat öncesi kaygı-korku yaşamaları ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 12.407, p:0.000).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ASA gruplandırması ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 0.530, p:0.466).

5.1.7. Hastaların Ameliyat Sırası ve Sonrası Verileri ile Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmasına İlişkin Sonuçlar

- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat süreleri ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 2.100, p:0.224).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; anestezi tipi ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 0.000, p:1.000).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat sırasında opioid kullanımı ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 0.808, p:0.369).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat sonrasında opioid kullanımı ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 18.051, p:0.000).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat sonrası yemeğe başlama saati ile ameliyat sonrası bulantı görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 8.020, p:0.018).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; hastaların ameliyat süreleri ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (p:0.174).

- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; anestezi tipi ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 5.476, p:0.019).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; ameliyat sırasında opioid kullanımı ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 1.853, p:0.173).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; ameliyat sonrasında opioid kullanımı ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki bulundu (χ^2 : 20.285, p:0.00).
- Yapılan Ki-kare analiz sonucuna göre; ameliyat sonrası yemeğe başlama saati ile ameliyat sonrası kusma görülme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (χ^2 : 0.331, p:0.847).

Sonuç olarak; hastaların ameliyat sonrası dönemde bulantı ve/veya kusma yaşadığı, ASBK'yı hastaya ve anesteziye özgü faktörlerin etkilediği ve Apfel ve Koivuranta risk skorları sonuçları ile hastaların erken dönemde ASBK risk sonuçlarının belirlenebildiği saptandı.

5.2.ÖNERİLER

Hastaların ameliyat sonrası dönemde bulantı ve/veya kusma yaşadığı, bu durumun ameliyat sonrası dönemde görülen önemli komplikasyonlar arasında yer aldığı, hastaların ameliyat sonrası bakımını ve ameliyat sonrası dönemde bakımını etkilediği, bu nedenle risk faktörlerinin erken belirlenmesinin önemli olduğu saptandı. Hastaların yaşadığı bu durumun erken tanımlanabilmesi ve erken önlem alınması önem taşımaktadır. Bu bağlamda önerilen Apfel ve Koivuranta risk skorlarının sonuçlarının, hastaların bulantı ve/veya kusmanın erken belirlenmesinde anlamlı sonuçlar bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda; hastaların ameliyat sonrası bulantı ve/veya kusma yaşadığı saptanması nedeniyle, erken belirlenip önlem alınmasında Apfel ve Koivuranta risk skorlarının klinik uygulamalarda kullanılması önerilmektedir. ASBK'nın erken belirlenmesinde kullanılan risk skorlarının klinik uygulamalarında kullanılabilmesi için daha geniş örneklem grubuyla araştırılması önerilmektedir.

BÖLÜM VI

KAYNAKLAR

1. Blackburn J, Spencer R. Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesthesia and Intensive Care Medicine*. 2015; 16(9): 452-456.
2. American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPN). Evidence-Based Clinical Practice Guideline for the Prevention and/or Management of PONV/PDNP. 2006; 21(4): 230-250.
3. Tinsley HB, Barone PC. Preventing Postoperative Nausea and Vomiting. *OR Nurse Journal*, 2012; 6: 18-26.
4. Skolnik A, Gan TJ. Update on the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Curr Opin Anesthesiol*. 2014; 27: 605-609.
5. Smith SH, Smith EJ, Smith R.B. Postoperative Nausea and Vomiting. *Annals of Palliative Medicine*. 2012; 1(2). 94-102.
6. Gan TJ. Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *The ASA Refresher Courses in Anesthesiology*. 2009; 37(1): 69-80.
7. Kovac LA. Postoperative and Postdischarge Nausea and Vomiting After Ambulatory Surgery: An Update. *Curr Anesthesiol Rep*, 2014; 4: 316-325.
8. Milnes V, Gonzales A, Amos V. Aprepitant: A New Modality for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting: An Evidence-Based Review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2015; 30(5): 406-417.
9. Smith AC, Ruth-Sahd L. Reducing the Incidence of Postoperative Nausea and Vomiting Begins with Risk Screening: An Evaluation of the Evidence. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2016; 31(2); 158-171.
10. Fetzer S. Putting a Stop to Postop Nausea and Vomiting Risk Factors Assessment and Well-Chosen Drug Therapy may Prevent or Relieve This 'Big Little Problem'. *American Nurse Today*, 2008; 3(8): 10-12.
11. Carr K, Johnson EF, Kanaan AC, Welton MJ. Effects of P6 Stimulation on Postoperative Nausea and Vomiting in Laparoscopic Cholecystectomy Patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2015: 30(2); 143-150.
12. Murphy JM, Hooper VD, Sullivan E, Clifford T, Apfel CC. Identification of Risk Factors for Postoperative Nausea and Vomiting in the PeriAnesthesia Adult Patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2006; 21(6): 377-384.

13. Apfel CC, Heidrich FM, Jukar-Ro S, Jalota L, Hornuss C, Whelan RP et al. Evidence-Based Analysis of Risk Factors for Postoperative Nausea and Vomiting. *British Journal of Anaesthesia*. 2012; 109(5): 742-753.
14. Gan TJ, Diemunsch P, Habib AS, Kovac A, Kranke P, Meyer AT, et al. Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesthesia&Analgesia Journal*. 2014; 118(1): 85-113.
15. R  sch D, Eberhart LHJ, Wallenborn J, Kranke P. Nausea and Vomiting After Surgery Under General Anesthesia: An Evidence-Based Review Concerning Risk Assessment, Prevention and Treatment. *Deutsches Arzteblatt International*. 2010; 107(42): 733-741.
16. Erdil F,   zhan Elba   N. Cerrahi Hastalıkları Hem  şireli  i. IV. Bakı Ankara: Aydo  du Ofset; 2001.
17. Yavuz M. Ameliyat   ncesi Bakım. Ed: Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. I. Basım Nobel Kitabevi, Adana, 2010; s. 293-307.
18. Arslan M,     ek R, Kalender   st  n H, Yılmaz H. Preventing Postoperative Nausea and Vomiting After Laparoscopic Cholecystectomy: A Prospective, Randomized, Double-Blind Study. *Elsevier HS Journals*, 2011; 72(1): 1-12.
19. Acalovschi I. Postoperative Nausea and Vomiting. *Current Anesthesia&Critical Care*, 2002;13: 37-43.
20. Golembiewski JA, O'Brien DA. A Systematic Approach to the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2002; 17(6): 364-376.
21. Apfel C.C, Philip K.B,   akmakkaya S.O, Shilling A, Shi Y.Y, Leslie B.J. Who Is at Risk for Postdischarge Nausea and Vomiting After Ambulatory Surgery?.*The Journal of American Society of Anesthesiologists*, 2012; 117(3): 475-486.
22. Watcha FM, White FP. Postoperative Nausea and Vomiting. It's Etiology, Treatment and Prevention. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 1992; 77: 162-184.
23. Kazemi-Kjellberg F, Henzi I, Tram  r MR. Treatment of Established Postoperative Nausea and Vomiting: A Quantitative Systematic Review. *BMC Anesthesiology*. 2001; 1(2):1.

24. Hewitt V, Watts R, Robertson J. The Effectiveness of Complementary Therapies in Reducing the Incidence of Postoperative Nausea and Vomiting Following Abdominal Laparoscopic Surgery in Women. The Western Australian Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery. Aralık 2006.
25. Yi M. S, Kang H, Kim M.K, Choi G. J, Park Y. H, Baek C. W. Et all. Relationship Between the Incidence and Risk Factors of Postoperative Nausea and Vomiting in Patients with Intravenous Patient-Controlled Analgesia. Asian Journal of Surgery, 2017; xx, 1-6.
26. Apfel CC, Laara E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A Simplified Risk Score for Predicting Postoperative Nausea and Vomiting: Conclusion from Cross-Validations Between two Centers. Anesthesiology, 1999; 91: 693-700.
27. Koivuranta M, Laara E, Snare L, Alahuhta S. A Survey of Postoperative Nausea and Vomiting. Anesthesia, 1997; 2:443-449.
28. Guyton CA. Hall EJ. Gastrointestinal Hastalıkların Fizyolojisi. Çavuşoğlu H, Yeğen ÇB çeviri editörü. Tıbbi Fizyoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, 11. Basım, İstanbul, 2007; s:823-824.
29. Oyur Çelik G. Jinekolojik Ameliyatlar Sonrasında Hasta Kontrollü Analjezi Uygulanan Hastalarda Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Bulantı Kusmayı Önlemedeki Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2008, İzmir.
30. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları. Preoperatif Hazırlık. Kasım 2005: 3-23.
31. Wilhelm SM, Dehoorne-Smith ML, Kale-Pradhan PB. Prevention of postoperative nausea and vomiting. The Annals of Pharmacotherapy, 2007; 41: 68-78.
32. Pleuvry JB. Physiology and Pharmacology of Nausea and Vomiting. Anesthesia and Intensive Care Medicine. 2012; 13(12): 598-602.
33. Aşçı H, Özer M. K. Bulantı ve Kusma İçin Tedavi Önerileri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2011; 2(3): 160-165.
34. Gibbison B, Spencer R. Post-operative Nausea and Vomiting. Anesthesia and Intensive Care Medicine, 2009; 10(12): 583-185.
35. Iqbal IM, Spencer R. Postoperative Nausea and Vomiting. Anesthesia and Intensive Care Medicine. 2012; 13(12): 613-616.

36. Kasap E, Yüceyar H. Bulantı-Kusma ve Yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji. 2009; 13(3): 148-152.
37. Rother C. Postoperative Nausea and Vomiting: Use of Antiemetic Agents in Anesthesia. Scottish Universities Medical Journal. 2012; 1(11): 89-97.
38. Miaskowski C. A Review of the Incidence, Causes, Consequences and Management of Gastrointestinal Effects Associated With Postoperative POpioid Administration. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2009; 24(4); 222-228.
39. Hooper VD. SAMBA (The Society for Ambulatory Anesthesia) Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting: An Executive Summary for Perianesthesia Nurses. Journal of Perianesthesia Nursing. 2015; 30(5): 377-382.
40. Ghatterjee S, Rudra A, Sengupta S. Current Concepts in the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. Anesthesiol Re Pract, 2011; doi: 10.1155/2011/748031.
41. Apfel CC, Roewer N. Risk Assessment of Postoperative Nausea and Vomiting. International Anesthesiology Clinics. 2003; 41: 13-32.
42. Gan TJ. Evidence-based Management of Postoperative Nausea and Vomiting. 2003; 50 (6): 1-4.
43. Chimbira W, Sweeney BP. The Effect of Smoking on Postoperative Nausea and Vomiting. Anesthesia, 2000; 55:540-544.
44. Sweeney BP. Why does Smoking Protect Against Postoperative Nausea and Vomiting? British Journal of Anesthesia, 2002; 89(6): 810-813.
45. Apfel CC, Korttila K, Abdalla M, Kerger H, Turan A, Vedder I, et al. A Factorial Trial of Six Interventions for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting. The New England Journal of Medicine, 2004; 350(24); 2441-51.
46. Gan TJ. Risk Factors for postoperative Nausea and Vomiting. Anesthesia Analgesia, 2006; 102: 1884-98.
47. Rahman M, Beattie J. Postoperative Nausea and Vomiting. Pharmaceutical Journal, 2004; 273: 786-788.
48. Sarin P, Urman RD, Ohno-Machado L. An Improved Model for Predicting Postoperative Nausea and Vomiting in Ambulatory Surgery Patients Using

- Physician-Modifiable Risk Factors. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2012; 19(6): 995-1002.
49. Brampton W, Dryburgh IR, Wynn-Hebden A, Kumar A. Simplified measures of postoperative Nausea and Vomiting Do Not Transfer to Other Populations. *British Journal of Anesthesia*, 2013; 111: 677-678.
 50. Jahromi HE, Gholami M, Rezaei F. A Randomized Double-Blinded Placebo Controlled Study of Four Interventions for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting in Maxillofacial Trauma Surgery. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 2013; 24(6): 623-627.
 51. Son J, Yoon H. Factors Affecting Postoperative Nausea and Vomiting in Surgical Patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2016; 1-10. doi: 10.1016.
 52. Sinclair DR, Chung F, Mezei G. Can Postoperative Nausea and Vomiting be Predicted? *Anesthesiology*, 1999; 91: 109-118.
 53. Alkaissi A, Everstson K, Jonsson V, Ofenbartl L, Kalman S. P6 Acupressure may relieve nausea and vomiting after gynecological surgery: An effectiveness study in 410 women. *Canadian Journal of Anesthesia*, 2002; 49(10): 1034-1039.
 54. Kallar SK, Everett LL. Potential risk and preventative measures for pulmonary aspiration: new concepts in preoperative fasting guidelines, *AnestAnalg*, 1993; 75: 171.
 55. Forrest JB, Cahalan MK, Rehder K, Goldsmith C.H, Levy W. J. Strunin L. et al. Multicenter study of general anesthesia. II. Results, *Anaesthesiology*, 1990; 72 (2): 262-8.
 56. Altın F. Preoperatif Olarak Sıvı Açığının Kapatılması Postoperatif Bulantı Kusma Riskini Değiştirir mi; Metoklopramid, Ondansetron ve Plasebo Kıyaslaması. 2003; Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi İzmir/2/3.
 57. Larsson S, Lindberg D. A Prospective Survey Of Postoperative Nausea And Vomiting With Special Regard To Incidence And Relation Is To Patient Characteristics, Anesthetic Routines And Surgical Procedures, *Acta Anaesthesio/ Scand*, 1995; 39 (4) : 539-45.
 58. Pierre S, Benais H, Pouymayou J. Apfel's Simplified Score May Favourably Predict the Risk of Postoperative Nausea and Vomiting. *Canadian Journal of Anesthesia*, 2002; 49(3): 237-242.

59. Van den Bosch JE, Kalkman JC, Vergouwe Y, Van Keli AW, Bonsel JG, Grobbee ED, et al. Assessing the Applicability of Scoring Systems for Predicting Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesthesia Journal*, 2005; 60: 323-331.
60. Trope A, Raeder J. C. Can we Predict Postoperative Nausea and Vomiting (PONV)?-A Study of Three Different Scoring Systems. *Loegeforen Nor Laegeforen*, 2000; 120: 2423-6.
61. Weilbach C, Rahe-meyer N, Raymondos K, Weissig A, Scheinichen D, Piepenbrock S. Postoperative nausea and vomiting (PONV): Usefulness of the Apfel score for identification of high risk patients. *Acta Anaesthesiol Belg*, 2006; 57:361- 363.
62. Pierre S, Whelan R. Nausea and Vomiting After Surgery. *MedScape*, 2013; 13(1): 28-32.
63. Golembiewski JA. Antiemetics: Focus on Pharmacology. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2014; 29(6): 514-518.
64. Golembiewski JA, Tokumaru S. Pharmacological prophylaxis and management of adult postoperative/postdischarge nausea and vomiting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2006; 21(6): 385-397.
65. Miller AD. Central mechanism of vomiting. *Digestive Diseases and Sciences*. 1999; 44(8): 39-43.
66. DeBalli P. The Use of Propofol as an Antiemetic. *International Anesthesiology Clinics*, 2003; 41: 67-77.
67. Chu CC, Shieh JP, Tzeng JI, Chen JY, Lee Y, Ho ST, Wang JJ. The Prophylactic Effect Of Haloperidol Plus Dexamethasone on Postoperative Nausea and Vomiting in Patients Undergoing Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy. *Anesthesia and Analgesia*, 2008; 106: 1402–1406.
68. Grecu L, Bittner EA, Kher J, Smith SE, Rosow CE. Haloperidol Plus Ondansetron Versus Ondansetron Alone for Prophylaxis of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesthesia and Analgesia*. 2008; 106: 1410–1413.
69. Altorjay A, Melson T, Chinachoit T, Kett A, Aqua K, Levin J, Blackburn LM, Lane S, Pergolizzi JV Jr. Casopitant And Ondansetron For Postoperative Nausea And Vomiting Prevention In Women At High Risk For Emesis: A Phase 3 Study. *Archives of Surgery Journal*, 2011; 146: 201–206.

70. Singla NK, Singla SK, Chung F, Kutsogiannis DJ, Blackburn L, Lane SR, Levin J, Johnson B, Pergolizzi JV Jr. Phase II Study to Evaluate the Safety and Efficacy of the Oral Neurokinin-1 Receptor Antagonist Casopitant (GW679769) Administered with Ondansetron for the Prevention of Postoperative and Postdischarge Nausea and Vomiting in High-Risk Patients. *Anesthesiology*, 2010; 113: 74–82.
71. Mamaril ME, Windle PE, Burkard JF. Prevention and Management of Postoperative Nausea and Vomiting: A Look at Complementary Techniques. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2006; 21(6): 404-410.
72. Lee AP. Microfluidic Cellular And Molecular Detection for Lab-On-A-Chip Applications. *IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, 2009; 2009: 4147–4149.
73. Maharaj CH, Kallam SR, Malik A, Hassett P, Grady D, Laffey JG. Preoperative Intravenous Fluid Therapy Decreases Postoperative Nausea And Pain in High Risk Patients. *Anesthesia and Analgesia*, 2005; 100: 675–682.
74. Taşpınar A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı-Kusma Üzerine Akupresürün Etkisinin İncelenmesi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora tezi , 2006. İzmir.
75. Laurion S, Fetzer SJ. The Effect of Two Nursing Interventions on the Postoperative Outcomes of Gynecologic Laparoscopic Patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2003; 18: 226-254.
76. Chaiyakunapruk N, Kitikannakorn N, Nathisuwan S, Leeprakobboon K, Leelasattagool C. The Efficacy of Ginger for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting: A Meta-Analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2006; 194: 95-99.
77. Tate S. Peppermint oil: A Treatment for Postoperative Nausea. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; 26(3): 543-549.
78. Ming JL, Kuo BIT, Lin JG, Lin LC. The Efficacy of Acupressure of Prevent Nausea and Vomiting in Post-operative Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 39(4): 343-351.
79. WHO Global Database on Body Mass Index, BMI Classification, http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html, Erişim Tarihi: 22.04.2017.

80. WHO Expert Consultation: Appropriate Body-Mass Index for Asian Population and Its Implications for Policy and Intervention Strategies. The Lancet, 2004; 363: 157-163.
81. Özdamar K. Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri, 2003, Kaan Kitabevi, Eskişehir.
82. Stadler M, Bardiau F, Seidel L, Albert A, Boogaerts JG. Difference in Risk Factors for Postoperative Nausea and Vomiting. Anesthesiology, 2003; 98:46-52.
83. Choi JB, Shim YH, Lee YW, Lee JS, Choi JR, Chang Ch. Incidence and Risk Factors of Postoperative Nausea and Vomiting in Patients with Fentanyl-Based Intravenous Patient-Controlled Analgesia and Single Antiemetic Prophylaxis. Yonsei Med J, 2014; 55:1430-1435.
84. Son J, Yoon H. Factors affecting Postoperative Nausea and Vomiting in Surgical Patients. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 2016;XX:1-10, doi:10.1016.
85. Choi DH, Ko JS, Ahn HJ, Kim JA. A Korean Predictive Model Postoperative Nausea and Vomiting. J Korean Med Sci, 2005; 20:811-815.
86. Song JW, Park EY, Lee JG, Park YS, Kang BC, Shim YH. The Effect of Combining Dexamethasone with Ondansetron for Nausea and Vomiting Associated with Fentanyl-Based Intravenous Patient-Controlled Analgesia. Anaesthesia, 2011; 66:263-7.
87. White PF, O'hara JF, Roberson CR, Wender RH, Candiotti KA. POST_OP Study Group. The Impact of Current Antiemetic Practices on Patient Outcomes: A Prospective Study on High-Risk Patients. Anesth Analg, 2008; 107:452-8.
88. Kim MK, Sub Yi M, Kang H, Choi GJ. Effects of Remifentanyl Versus Nitrous Oxide on Postoperative Nausea, Vomiting and Pain in Patients Receiving Thyroidectomy. Medicine, 2016; 95 (41): 1-5.
89. Lee YZ, Lee RQ, Thinn KK, Poon KH, Liu EHC. How patients Fare After Anaesthesia for Elective Surgery: A Survey of Postoperative Nausea and Vomiting, Pain and Confusion. Singapore Med J, 2015; 56(1): 40-46.
90. <https://hsl.lib.umn.edu/biomed/help/levels-evidence-and-grades-recommendations>, Erişim Tarihi: 17.07.2017.

EKLER

EK I: Hasta Tanıtım Formu

HASTA TANITIM FORMU

Tarih :

Ad Soyad :

Protokol Numarası:

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz : 1. Kadın 2. Erkek
3. Boyunuz :cm
Kilonuz :kg
Beden Kitle İndeksi :
4. Öğrenim Durumunuz :
1. İlköğretim 2. Ortaöğretim 3. Lise 4. Yüksekokul 5. Fakülte
5. Medeni Durumunuz :
1. Bekar 2. Evli
6. Sosyal güvenceniz var mı?
1. Var 2. Yok
7. Cevabınız EVET ise; Sosyal güvencenizin türü:
1. Emekli Sandığı 2. SSK 3. Bağ-kur
4. Yeşilkart 5. Özel Sağlık Sigortası
8. Başka bir hastalığınız var mı? (Şeker hastalığı, kalp hastalığı vb.)
1. Evet ise hastalığınız nedir?.....
2. Hayır
9. Sigara kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
10. Alkol kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
11. Yolculuklarınız sırasında (taşıt tutması) bulantı-kusma şikayetiniz olur mu?
1. Evet 2. Hayır
12. Daha önce herhangi bir cerrahi girişim geçirdiniz mi?
1. Evet 2. Hayır
13. Geçirdiyseniz ameliyat sonrası bulantı-kusmanız oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
14. Daha önce ameliyata bağlı gelişen bulantı-kusmanızı önlemek, tedavi etmek ya da azaltmak için doktorunuzun yaptığı tedavinin dışında herhangi bir alternatif uygulama yaptınız mı?
1. Evet 2. Hayır
15. Cevabınız EVET ise; nelerdir?
1. Bitkisel çay içme 2. Masaj
3. Müzik Dinleme 4. Diğer.....

EK II: Hasta Değerlendirme Formu

HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

AMELİYAT ÖNCESİ DEĞERLENDİRME

1. Ameliyat öncesinde premedikasyon uygulaması var mı? 1. Evet 2. Hayır
2. Cevap evet ise nedir?.....
3. Anksiyete var mı? 1. Evet 2. Hayır
4. Cevap evet ise mevcut anksiyetenizi derecelendiriniz. (0-10).....
5. Ameliyat öncesi açlık süresi ne kadar?.....
6. Ameliyat öncesi narkotik, antibiyotik ve antiemetik kullanımı var mı?
7. Cevap evet ise nedir?.....
8. Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) Sınıflaması
1. I 2. II 3. III 4. ASA IV

AMELİYAT SONRASI DEĞERLENDİRME

1. Ameliyatın adı nedir?.....
2. Ameliyatın süresi ne kadardır?.....
3. Kullanılan anestezi ajanlar nelerdir?.....
4. Ağrı için uygulanan tedavi var mı? 1. Evet 2. Hayır
5. Var ise ağrı için uygulanan farmakolojik tedavi nedir?.....
6. Ameliyattan kaç saat sonra bir şeyler yiyip içmeye başladınız?.....
7. Ameliyat sonrası opioid ilaç kullanımı var mı? 1. Evet 2. Hayır
8. Opioid ilaç kullanımı var ise kullanılan ilaç nedir?.....
9. Yoğun bakımda/ayılma ünitesinde kalma süresi ne kadar?
10. Ameliyat sonrası yatış pozisyonunuz nedir?.....
11. Ameliyat sonrası bulantınız oldu ise ne kadar sürdü?.....
12. Ameliyat sonrası öğürme/kusmanız oldu ise ne kadar sürdü?.....
13. Bulantınız olduğunda herhangi bir ilaç aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır
14. Cevabınız evet ise alınan ilaç nedir?.....
15. Bulantınız olduğunda ilaç dışında herhangi bir şey kullandınız mı?.....
16. Cevabınız evet ise kullanılan ilaç dışı şey/yöntem nedir?.....
17. Ameliyat sonrası kaç kez bulantınız oldu?.....
18. Ameliyat sonrası kaç kez kusmanız oldu?.....

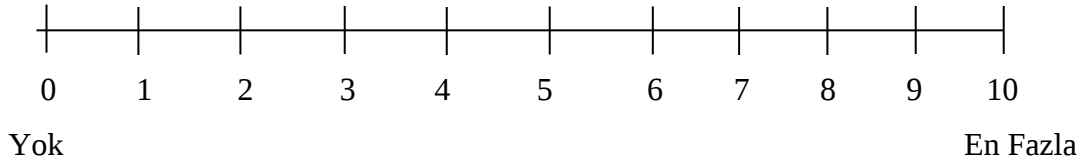
19. Apfel Bulantı Kusma Risk Skoru

Risk Etmenleri	Skor
Kadın cinsiyet	
Sigara içmeme	
Daha önceki ameliyatlarda bulantı-kusma ve/veya taşıt tutma öyküsü	
Ameliyat sonrası opioid kullanımı	
Toplam Skor	

20. Koivuranta Bulantı Kusma Risk Skoru

Risk Etmenleri	Skor
Ameliyatın süresi > 60 dakika	
Kadın cinsiyeti	
Taşıt tutma (veya)	
Daha önceki ameliyatlarda bulantı-kusma öyküsü	
Sigara içmeme	
Toplam Risk Skoru	

21. Belirlenen zaman aralıklarında hata durumunun değerlendirilmesi



	Ameliyat sonrası ilk 2 saatin değerlendirilmesi	Ameliyat sonrası 3-6 saat aralığının değerlendirilmesi	Ameliyat sonrası 7-24 saat aralığının değerlendirilm esi
1. Ağrınızın şiddetini derecelendiriniz. (0- 10)			
2. Aktiviteler sırasındaki ağrınızın şiddetini derecelendiriniz. (0-10)			

3. Dinlenme halindeki ağrınızın şiddetini derecelendiriniz. (0-10)			
4. Anksiyetenizi derecelendiriniz. (0-10)			
5. Yorgunluğunuzu derecelendiriniz. (0-10)			
6. Bulantınızın şiddetini derecelendiriniz. (0-10)			
7. Bulantınızın en kötü şiddetini derecelendiriniz. (0-10)			
8. Aktiviteler sırasındaki bulantınızın şiddetini derecelendiriniz. (0-10)			
9. Dinlenme halindeki bulantınızın şiddetini derecelendiriniz. (0-10)			
10.Öğürme/kusmanızın şiddetini derecelendiriniz. (0-10)			
11.Öğürme/kusmanızın en kötü şiddetini derecelendiriniz? (0-10)			

EK III: Bilgilendirilmiş Onam Formu

AMELİYAT SONRASI BULANTI KUSMANIN DEĞERLENDİRİLMESİ ARAŞTIRMASINA KATILIMLARI İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Bu araştırma Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmanın Değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. araştırmada hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde bulantı ve kusmaları değerlendirilecektir.

Bu araştırmanın herhangi bir yan etkisi yoktur. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Katılmaya karar vermeniz durumunda ise istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınız da ondan sonraki hizmette hiç olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim

Arş. Gör. Sinem GEÇİT

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın İmzası:

Tarih:

Bu çalışma ile ilgili bilgileri yukarıda adı geçen deneğe açıkladım ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının İmzası:

Tarih:

**EK IV: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Etik Kurul
İzin Yazısı**



**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

SAYI : 2016/185
KONU : Araştırma Karar

Bornova/İZMİR
23.05.2016

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Yard.Doç.Dr. Esma ÖZŞAKER ve Araş.Gör. Sinem GEÇİT sorumluluğunda Haziran - Ağustos 2016 tarihleri arasında yapılması planlanan **“Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmanın Değerlendirilmesi”** konulu araştırma 23.05.2016 tarihinde, Bilimsel Etik Kurul tarafından incelenmiş ve **“Araştırmanın Yürütülmesi Uygun”** kararını almıştır.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Doç.Dr.Esra ENGİN
Bilimsel Etik Kurul Başkan

A blue ink signature of Doç.Dr.Esra ENGİN, consisting of stylized, flowing letters.

EK V: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu İzin Yazısı

Ege Ün. Evrak Tarih ve Sayısı: 21/06/2016-E.106358



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi



Sayı : 69631334-605.01
Konu : Yüksek Lisans Tez Çalışması

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 26/05/2016 tarihli ve 84583 sayılı yazı.

Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Yard.Doç.Dr.Esma ÖZŞAKER sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Sinem GEÇİT'in "Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmanın Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tezini Haziran 2016 – Ağustos 2016 tarihleri arasında Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalında, Üroloji Anabilim Dalında, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalında, Genel Cerrahi Anabilim Dalında, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalında, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalında, Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezinde, ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında öğretim üyelerinden Prof.Dr.Ege Nazan Tavmergen GÖKER danışmanlığında yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper TÜNGER
Başhekim V.

Ek:Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim
Dalından gelen 103441 sayılı yazı.

Üniversite Caddesi No:9 Posta Kodu: 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 32 74 Faks No: +90 (232) 339 10 15
E-Posta: hem.hiz@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Banu ERGON
Unvan: Veri Kayıt Elemanı
Telefon No: 3274

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

ÖZGEÇMİŞ

Sinem GEÇİT, 02.01.1985 tarihinde Bergama/ İzmir’de doğdu.

İlk, orta ve lise öğrenimini Aliğa-İzmir’de tamamladı.

2008 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun oldu.

Aralık 2008-Kasım 2009 tarihleri arasında Acıbadem Sağlık Grubu Maslak Hastanesi VIP Kliniği’nde klinik hemşiresi, Kasım 2009-Temmuz 2010 tarihleri arasında Acıbadem Sağlık Grubu Bursa Hastanesi’nde klinik eğitim hemşiresi, Temmuz 2010-Aralık 2011 tarihleri arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Genel Cerrahi Kliniği’nde klinik hemşiresi, Aralık 2011-Mart 2013 tarihleri arasında Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği’nde klinik hemşiresi, Mart 2013-Nisan 2015 tarihleri arasında Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde eğitim hemşiresi, Nisan 2015-Kasım 2015 tarihleri arasında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Genel Cerrahi Kliniği’nde klinik hemşiresi olarak görev yaptı.

2013 yılında Ege üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başladı.

2015 yılı Kasım ayından bu yana Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi’nde Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Evlidir.

Tel: 0 546 929 46 16

e-mail: sinemgecit@gmail.com