

T.C
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİ SONRASI KAHVE
TÜKETİMİNİN BAĞIRSAK HAREKETLERİNE VE HASTANEDE KALMA
SÜRESİNE ETKİSİ

ÇİĞDEM BİLDİRİCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

İSTANBUL-2019

T.C
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİ SONRASI KAHVE
TÜKETİMİNİN BAĞIRSAK HAREKETLERİNE VE HASTANEDE KALMA
SÜRESİNE ETKİSİ

ÇİĞDEM BİLDİRİCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

İSTANBUL-2019

ÖZET

LAPAROSKOPIK KOLOREKTAL CERRAHİ SONRASI KAHVE TÜKETİMİNİN BAĞIRSAK HAREKETLERİNE VE HASTANEDE KALMA SÜRESİNE ETKİSİ

Çiğdem BİLDİRİCİ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN

2019

Kahvenin sağlıklı kişilerde genel sağlık, merkezi sinir sistemi, kardiyovasküler sistem ve bağırsak hareketleri üzerindeki olumlu etkileri bilinmektedir. Ancak son yıllarda yapılan birkaç çalışmada cerrahi girişim sonrası bağırsak hareketlerini hızlandırmak amacı ile kahve tüketiminin güvenli ve etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir. Bu çalışma laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası kahve tüketiminin bağırsak hareketlerine ve hastanede kalma süresine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize olmayan çalışma olarak planlandı ve yapıldı. Araştırma Kasım 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin genel cerrahi kliniğinde çalışmaya katılmaya kabul eden 25'i deney, 25'i kontrol grubunu oluşturmak üzere toplamda 50 hasta çalışmanın örneklemini oluşturdu. Veri toplamada sosyodemografik özelliklere ilişkin soru formu, bağırsak seslerini dinlenmek amacı ile üniversite hastanesi ile biyomedikal mühendisliği işbirliği ile geliştirilen dinleme aracı ve hasta takip formu kullanıldı. Kontrol grubundaki hastalara ameliyat sonrası normal beslenme prosedürü uygulandı, deney grubunda hastalara ise ameliyat sonrası 6.saatten itibaren günde üç kez 100 ml suya bir çay kaşığı (25 mg) kahve (süt ve şeker eklenmemiştir) araştırmacı tarafından hazırlanarak içirildi. Kontrol ve deney grubundaki hastaların, gaz ve gaita çıkarma süresi, bağırsak hareketleri, ilk mobilizasyona başlama süresi ve hastanede kalma süresi takip edildi. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, standart sapma, Ki Kare, Fisher, Student t-testi ve ANOVA kullanıldı. Çalışmaya katılan hastaların % 50,0'sinin kolon kanseri tanısı, yaş ortalamaları 58,72±13,25, BKİ indeksinin 26,57±4,75, % 58,0'inin erkek, %42,0'sinin ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. Her iki grubun sosyodemografik özelliklerinin (cinsiyet, cerrahi girişim türü, yaş ortalaması, BKİ indeksi, eğitim durumu) homojen olduğu saptandı. Hastaların kahve tüketimi sonrası % 88'i olumlu duygu ve düşünceler ifade etti. Hastaların laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası, kahve tüketiminin bağırsak hareketlerinde ve hastanede kalma süresinde istatistiksel olarak etkili olmamasına karşın (p >0.05) bağırsak hareketlerinin kontrol grubundaki hastalara göre 3 saat daha erken başladığı ve hastanede bir gün daha az kaldığını belirlendi. Gaz ve gaita çıkarma süresi üzerinde de etkili olduğu bulundu (p<0,021). Bu konu ile ilgili daha geniş örneklem üzerinde çalışmalar yapıldığı takdirde bir kaç yıl içerisinde laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası bağırsak hareketlerini artırmak amacı ile kahve tüketiminin hemşirelik girişimleri arasında yer alabileceği, hasta konforunu arttıracığı ve komplikasyon gelişimini azaltacağı söylenebilir.

Anahtar kelimeler: bağırsak hareketleri laparoskopik cerrahi, kahve tüketimi, kolorektal cerrahi

ABSTRACT

THE EFFECT OF COFFEE CONSUMPTION AFTER LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY ON INTESTINAL MOVEMENTS AND DURATION OF HOSPITALITY

Çiğdem BİLDİRİCİ

**Department of Surgical Nursing
Supervisor: Dr. Sennur KULA ŞAHİN**

2019

It is known that coffee has positive effects on general health, central nervous system, cardiovascular system and bowel movements in healthy individuals. However, in a few studies conducted in recent years, it is stated that coffee consumption is a safe and effective method to accelerate bowel movements after surgery. This study was conducted as a randomized controlled study to evaluate the effect of coffee consumption on laparoscopic colorectal surgery on bowel movements and length of hospital stay. The study consisted of a total of 50 patients, 25 of whom were experimental and 25 of which were the control group, who accepted to participate in the general surgery clinic of the hospital between November 2018 and June 2019. Data were collected using a questionnaire about sociodemographic characteristics, listening instrument and patient follow-up form developed in cooperation with university hospital and biomedical engineering for the purpose of listening intestinal sounds. In the control group, the patients underwent a normal postoperative feeding procedure, and in the experimental group, one teaspoon of coffee (5 mg) of coffee (no milk and sugar) was drunk three times a day from the 6th postoperative hour and drunk by the researcher. Control and experimental group patients were monitored for gas and stool extraction time, bowel movements, initial mobilization time, and hospital stay. Percentage, mean, standard deviation, Chi Square, Fisher, Student t-test and ANOVA were used to evaluate the data. It was determined that 50.0% of the patients who participated in the study were colon cancer, mean age was 58.72 ± 13.25 , BMI index was 26.57 ± 4.75 , 58.0% was male and 42.0% were primary school graduates. . Sociodemographic characteristics (sex, type of surgery, mean age, BMI index, educational status) of both groups were found to be homogeneous. 88% of patients after coffee consumption expressed positive feelings and thoughts. In our study, although laparoscopic colorectal surgery was not statistically effective in bowel movements and hospital stay ($p > 0.05$), we found that bowel movements started 3 hours earlier than the patients in the control group and remained in the hospital less than a day. We found that it was effective on gas and stool extraction time ($p < 0,021$). If studies on a larger sample are made on this subject, we think that coffee consumption may be included in nursing interventions, increase patient comfort and decrease complication development in order to increase bowel movements after laparoscopic colorectal surgery in a few years.

Keywords:bowel, bowel movements laparoscopic surgery, colorectal surgery

İTHAF

Çalışmamı aileme, eşime ve çocuklarıma ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tez konusunun seçilmesi, yürütülmesi ve sonuçlanmasına kadar her aşamada yol gösteren aynı zamanda beni çalışmalarımda yüreklendiren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sennur Kula ŞAHİN'e,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde bilgisi, donanımı, yorumları ve düşünceleri ile varlığını her zaman yanımda hissettiğim sevgili hocam Prof. Dr. Neriman AKYOLCU'ya,

Bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren diğer hocalarıma,

Çalışmanın uygulama aşamasında birlikte çalıştığımız Doç. Dr. Ahmet RENCÜZOĞULLARI'na,

Yüksek lisans eğitimi ve tez süreci içerisinde birlikte eğitim aldığım tüm arkadaşlarıma,

Eğitimim sürecinde zaman zaman ihmal ettiğim sevgiyle ve en değerli varlıklarım olan çocuklarıma,

En içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

DIŞ KAPAK	
İÇ KAPAK	
KABUL ONAY	
ETİK BEYANI	
ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ	viii
GİRİŞ	1
1. GENEL BİLGİLER	4
1.1. KOLOREKTAL KANSERLER	4
1.1.1. Epidemiyolojisi ve etyolojisi	5
1.1.2. Yerleşimi ve evreleme	7
1.1.3. Tanı yöntemleri	8
1.2. KOLOREKTAL KANSERLERDE LAPAROSKOPIK CERRAHİ YÖNTEMLER.....	9
1.3. KOLOREKTAL CERRAHİ KOMPLİKASYONLARI	12
1.4. ERAS PROTOKOLÜ	13
1.5. LAPAROSKOPIK CERRAHİDE HEMŞİRELİK BAKIMI	14
1.5.1. Ameliyat öncesi bakım	14
1.5.2. Ameliyat sonrası bakım	15
2. MATERYAL ve METOD.....	17
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ	17
2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH	17
2.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	17
2.4. ARAŞTIRMADA VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	18
2.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	20
2.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	21
3. BULGULAR	22
4. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	30
KAYNAKLAR	36
EKLER.....	45
EK A. DENEY GRUBU ANKET FORMU	45
EK B. KONTROL GRUBU ANKET FORMU	48
EK C. AKADEMİK KURUL FORMU	51
EK D. ETİK KURUL İZİN FORMU	52
EK E. ÖZGEÇMİŞ	53

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1. Orijinal dukes sınıflaması	8
Tablo 1.2: Wind tarafından tanımlanan ERAS protokolün unsurları	13
Tablo 3.1: Çalışma kapsamındaki hastaların tanıtıcı özellikleri	22
Tablo 3.2: Çalışma kapsamındaki hastaların sigara, alkol kullanma ve kullanma durumlarının dağılımı.....	23
Tablo 3.3: Çalışma kapsamındaki hastaların beslenme alışkanlıklarının dağılımı	23
Tablo 3.4: Çalışma kapsamındaki hastaların kullandıkları pişirme yöntemlerinin dağılımı	24
Tablo 3.5: Çalışma kapsamındaki hastaların kronik hastalıklarının dağılımı.....	25
Tablo 3.6: Çalışma kapsamındaki hastaların kemoterapi ve radyoterapi alma durumlarının dağılımı.....	25
Tablo 3.7: Çalışma kapsamındaki hastaların bağırsak boşaltım alışkanlıklarına göre dağılımı	25
Tablo 3.8: Çalışma kapsamındaki hastalara uygulanan ameliyat türleri ve süresine ilişkin bulguların dağılımı	26
Tablo 3.9: Çalışma kapsamındaki hastaların ameliyat sonrası nazogastrik tüp varlığına ilişkin bulguların dağılımı.....	26
Tablo 3.10: Çalışma kapsamındaki hastaların ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumuna ilişkin bulguların dağılımı	27
Tablo 3.11: Çalışma kapsamındaki hastaların ameliyat sonrası ilk mobilizasyonuna ilişkin bulguların dağılımı.....	27
Tablo 3.12: Deney grubunda yer alan hastaların kahve içimi sonrası hissettikleri duygu ve düşüncelerinin dağılımı	28
Tablo 3.13: Çalışma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası bağırsak sesi, gaz, gaita çıkarma ve hastanede kalma sürelerine ilişkin bulguların dağılımı	28
Tablo 3.14. Çalışma kapsamına alınan hastalardan kronik rahatsızlığı olanların ameliyat sonrası bağırsak sesi, gaz, gaita çıkarma ve hastanede kalma sürelerine ilişkin bulguların dağılımı (N=50)	29
Tablo 3.15. Çalışma kapsamına alınan hastalardan kronik rahatsızlığı olanların ameliyat sonrası bağırsak sesi, gaz, gaita çıkarma ve hastanede kalma sürelerine ilişkin bulguların dağılımı (N=50)	29

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 2.1:** Cihazla hastaların dinlenmesi.....18
Şekil 2.2: Çalışmada kullanılan gastrointestinal aktivite akustik izlem cihazı.....19
Şekil 2.3: Gastrointestinal aktivite akustik izlem cihazının kullanım şekli.....19

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler	Açıklama
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CO₂	: Karbondioksit
ÇKBE	: Çift Kontrast Baryumlu Enema
DNA	: Deoksiribonukleik Asit
EAES	: European Association of Endoscopic Surgeons
FAP	: Ailesel Adenomatöz Polipozis Koli
GGK	: Gaitada Gizli Kan Testi
HNPCC	: Hereditör Nonpolipozis Kolorektal Kanser
KRK	: Kolorektal Kanser
ml	: Mililitre
mm	: Milimetre
NCCN	: Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı
TH	: Tarama Hızı
ve ark.,	: ve arkadaşları

GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde her alanda gelişmekte olan teknoloji şüphesiz son yıllarda tıp alanında da kullanılan teknolojik araç ve gereçler gelişmekte olup, hızla artmaktadır. Bu alanlardan biride cerrahi girişimlerdir. Yüzyıllar boyu açık teknikle yapılan cerrahi ameliyatlar 20. yüzyılda Kelling tarafından 1987’de ilk defa deneysel olarak uygulanan laparoskopik ameliyat yeni bir boyut kazanılmış ve bundan sonra dünyada uygulanan bir yöntem haline gelmiştir. Laparoskopik cerrahi yöntemi son 30 yılda uygun klinik durumlarda tercih edilerek ve çok farklı alanlarda da kullanımı gittikçe artmaktadır. Genel cerrahide; splenektomi, appendektomi ve kolesistektomi gibi jinekolojide; tübligasyon ve overian kistektomi gibi ürolojide; varikosektomi ve nefroktomi gibi birçok dalda tanı ve tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (Pearlston ve diğerleri, 1999; Aytur, 2001; Akgün, 2011; Tarhan, 2018).

Laparoskopinin cerrahide kullanıma başlamasıyla birlikte, safra kesesi hastalıkları ve kolelitiazisin cerrahi tedavisinde laparoskopik kolesistektomi en önemli cerrahi uygulama olarak benimsenmiştir. Laparoskopik kolesistektomi uygulaması olumlu sonuçlar doğurduğundan, çok hızlı bir şekilde dünya çapında 5-10 yıl gibi kısa bir süre içinde kullanımı artarak benimsenmiştir (Sanaç, 2004; Gülay, 2005).

Günümüzde laparoskopik cerrahi jinekoloji ve kolesistektomi başta olmak üzere reflü hastalığı, fıtık onarımları, nefrektomi, apendektomi, obezite cerrahisi, hemikolektomi ve rektum, kolon, mide ve diğer karın içi kanser gibi girişimlerde de uygulanmaktadır (Schwartz ve Galloway, 1999; Aslan ve Atan, 2010).

Cerrahi alandaki hızlı teknolojik gelişmeler, ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımındaki ve anesteziye ilerlemeler sonucunda, cerrahi girişimler, yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır. Bu bilimsel ve teknolojik gelişmelerin en fazla laparoskopik cerrahi girişimlere yansması ile günümüzde robotik cerrahi girişimlerin yapılmasına olanak sağlamıştır.

Laparoskopik batın cerrahisi 1980’lerin sonunda laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarının yapılması ile gelişmeye başlamıştır. Günümüzde laparoskopik tekniği

appendektomi, kolesistektomi, inguinal herni tamiri, splenektomi, nefrektomi, sürrenalektomi, diyafragma herni tamiri, kolektomi, ince bağırsak rezeksiyonu gibi prosedürlerde sıklıkla kullanılmaktadır. Bu cerrahi yöntem ile abdominal organların uzayan manipülasyonlarından kaçınılması, doku travmasının daha az olması, insizyon boyutunun küçük olması sebebiyle ameliyat sonrası analjezi gereksinimini azaltır, erken mobilizasyon olanağı sağlar ve ileus olasılığını azaltır. Hastanın günlük aktivitesine daha çabuk dönebilmesi ve hastanede kalış süresini kısaltması gibi ekonomik boyutları da vardır. Bunlarla birlikte kozmetik sonuçlarının daha iyi olması bu cerrahi tekniğin hastalar tarafından tercih edilme sebeplerinden biridir.

Cerrahi girişim büyük ya da küçük olsun, ameliyat sonrası sorun gelişme riskinin her zaman var olduğu bilinmektedir (İzveren ve Dal, 2011). Bu sorunlardan birisi de gastrointestinal sistem sorunlarıdır (Erdil ve Özhan Elbaş, 2001). Gastrik motilitenin geçici olarak bozulması olarak tanımlanan ameliyat sonrası ileus, ameliyat öncesi ve sonrası diyet kısıtlamaları, anesteziğin/narkotiklerin uygulanması, gereğinden fazla kullanılan izotonik solüsyonlar sonucu mide boşalmasında gecikme, özellikle abdominal ve pelvik ameliyatlarda bağırsaklara çok fazla dokunulması nedeniyle bağırsak hareketlerinde yavaşlamaya sebep olmaktadır (Şahin ve Terzioğlu, 2015). Bu da kolorektal rezeksiyon sonrası hastanede kalış süresini uzatan bir durumdur. Bu sorunların önlenmesine ya da azaltılmasına yönelik yardımcı yeni tedavi yöntemleri gerekebilir. Erken beslenme, sıvı kısıtlaması, sakız çiğneme, ambulasyon, yeni ilaç, karbonhidrat açısından zengin sıvı, epidural analjezi gibi günümüzde farklı yaklaşımlar uygulanmaktadır (Akyolcu, 2012). Bu yeni yaklaşımlarla, bağırsak hareketlerinin başlaması ve ilk gaz çıkışının gerçekleşmesine kadar geçen sürenin kısaldığı, yara iyileşmesinin hızlandığı, enfeksiyon oranlarının azaldığı, hastanede kalış süresinin azaldığı kanıtlanmıştır (Şahin & Terzioğlu; 2015).

Bu yaklaşımlardan birisi de ameliyat sonrası dönemde kahve tüketimidir. Kahve, popüler bir içecektir ve genel sağlık, merkezi sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem üzerindeki etkileri çok iyi bilinmektedir. Kafein orta seviyeli bir merkezi sinir sistemi uyarıcısıdır ve bu etkileri adenosin reseptörleri üzerinden olur. Sinir sisteminde adenosin reseptörlerinin potansiyel bir antagonisti olarak etki gösterir (Oğuz ve Erdoğan, 2016). Kafein ve adenosin molekülleri benzer moleküllerdir. Kafein, adenosin reseptörlerine bağlanırlar. Böylece adenosinin etkinliği azalmış olur ve kafeinin uyarıcı etkisini en yüksek seviyede hissetmiş oluruz. Yapılan birçok çalışmada kahve tüketiminin dispepsi, peptik ülser, gastrit ve gastroözofageal reflü

hastalığıyla anlamlı bir ilişki içerisinde olmadığı belirlenmiştir. Kahvenin günde 7 fincandan fazla tüketilmesinin ise gastrik sekresyonu arttırdığı görülmüştür (Saltan ve Kaya, 2018). Aynı zamanda kahvenin sağlıklı kişilerde bağırsak hareketlerini arttırdığı bilinmektedir (Dulskas ve Klimovskij, 2015). Sağlıklı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada kahve alımından 4 dakika sonra mide veya ince bağırsaktaki epitelyal reseptörlerin ‘gastrokolonik bir yanıtı’ neden olduğu belirlenmiştir (Brown, Cann ve Read, 1990). Rao ve ark.’nın (2008) yaptığı çalışmada ise deney grubunda yer alan hastaların düzenli kahve tüketiminden sonra daha fazla kolonik aktivite yaşadıkları ve kahve tüketmeyen gruba göre daha fazla kasılmalara maruz kaldıkları anlaşılmıştır. Piric ve ark.’ı 2015’de yaptığı çalışmada kahvenin ameliyat sonrası dönemdeki tüketiminin kolorektal rezeksiyonlarda, bağırsak fonksiyonunu hızlandırmak için güvenli ve etkili bir yöntem olduğunu belirtmiştir. Ancak yapılan literatür taramasında bu konu ile ilgili çok sınırlı sayıda çalışmaların olduğu gözlenmektedir (Piric ve ark., 2015).

Literatür incelemesinde abdominal ve laparoskopik cerrahi sonrası paralitik ileusun önlenmesi, hastanın konforunun artması ve hastanede kalış süresinin kısalması açısından erken oral besleme, mobilizasyon ve sakız çiğnemenin etkili olduğu bulunmuştur. Ancak ameliyat sonrası erken dönemde kahve tüketiminin bağırsak hareketlerine ve hastanede kalma süresine etkisini inceleyen çalışmaların çok sınırlı olduğu gözlenmektedir.

Bu bilgilerden yola çıkarak, çalışma laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası kahve tüketiminin bağırsak hareketlerine ve hastanede kalma süresine etkisini değerlendirmek amacı ile planlandı ve gerçekleştirildi.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. KOLOREKTAL KANSERLER

Kolorektal kanserler; morbidite ve mortaliteye neden olan diyet ve yaşam tarzına bağlı olarak gelişebilen bir kanser türüdür (Müslümanoğlu ve Serter, 2011). KRK kadın ve erkeklerde eşit ölçüde görülmekte ve her iki cinste de görülen malign tümörler arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Mayır ve ark., 2018). Kolorektal kanserler, ABD’de 3. en yaygın kanser türü olarak tanımlanmaktadır (Murpy ve Hawks, 2009). Dünya çapında her yıl yaklaşık bir milyon kişiye kolorektal kanser tanısı konulurken (Lemone ve ark., 2015), Türkiye’de sağlık bakanlığının verilerine göre kolorektal kanser insidansı erkeklerde ve kadınlarda üçüncü sırada yer almaktadır (Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2015).

KRK adematöz poliplerin bağırsak mukozasına yerleşmesiyle oluşmaktadır (Erdil ve Özhan Elbaş, 2008; Çınar ve Demir Korkmaz 2014). Adematöz polipler kendi içinde tübüler, villöz, tübülovillöz olarak adlandırılmaktadır. Ayrıca histopatolojik olarak da primergrandüler (tübüler), villöz, karışık (tübülovillöz) olarak isimlendirilmektedir (Azeen ve ark., 2015). İyi huylu olarak gelişen bir polip, sonradan kötü huylu bir tümöre dönüşebilmektedir (Çürük ve Kaçmaz, 2014). Mukozaya yerleşen kanser, ilerleyerek submukozaya ulaşmakta ve bağırsak çevresindeki dokulara ve başka organlara doğru yayılım göstermektedir. Daha sonra lokal invazyonun yanı sıra lenfatik ve hematojen yayılım ile yakın ve uzak metastazlar ortaya çıkabilmektedir (Azeen ve ark., 2015).

KRK lokal invazyon derecesi, yayılan lenf düğümü sayısı ve uzak metastaz olup olmamasına göre evrelere ayrılmaktadır. Tümörün evrenmesi, tedavi yöntemlerinin seçiminde büyük rol oynamakta ve kesin evrelendirme cerrahi sonrası histopatolojik inceleme sonucuna göre yapılmaktadır (Müslümanoğlu ve Serter, 2011). KRK’nin hastalık seyrinde önemli olan faktörler hastalığın patogenezi, konak savunması, tanılamada kullanılan yöntemlerin doğruluğu, tedavinin etkinliği, hastanın klinik durumu ve dayanıklılığı şeklinde sıralanmaktadır.

1.1.1. Epidemiyolojisi ve etyolojisi

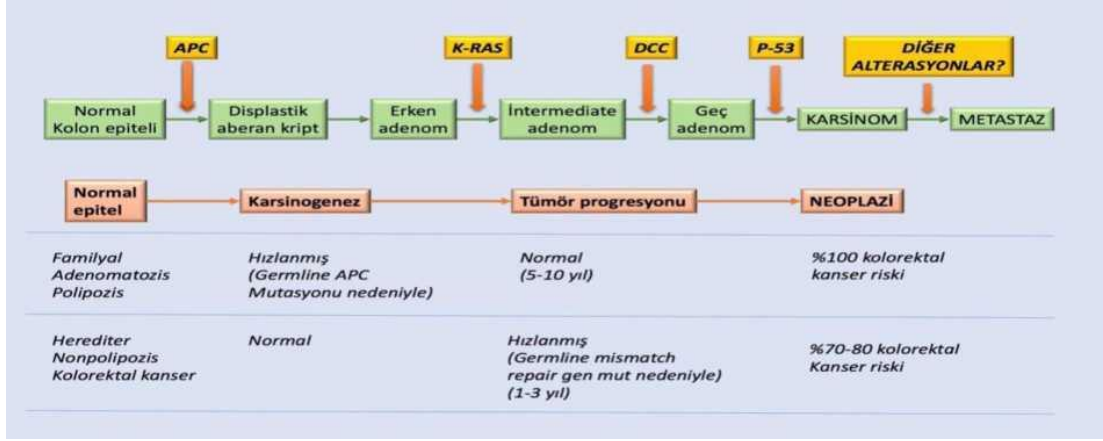
Kolorektal kanserler gastrointestinal sistemin en sık rastlanan tümörleridir (Sayek, 2004). Dünyada 4. sıklıkta görülen malignite olup akciğer kanserinden sonra kanserden ölüm nedenleri arasında 2. sırada gelmektedir. Sıklığı bu şekilde olan bir kanser için sağkalımı etkileyen prognostik faktörlerin belirlenmesi, hastalığın doğru evrelendirilmesi ve tedavi seçimi önem arz etmektedir (Alemdar ve ark., 2004). Kanser ölümlerinin %10'undan sorumludur. Erkeklerde kadınlara göre 1.3 kat daha siktir. Son 10 yılda kolorektal kanser görülme sıklığında insidansının 50/100.000' den 40/100.000'a düştüğü gösterilmiştir. Özellikle beyaz ırkta bu azalma daha belirgindir (Dobrucalı, 2009).

Kolorektal kanser görülme insidansı etnik coğrafi yapıya göre değişiklik gösterebilmektedir. Asya ve Güney Amerika'da insidans düşük iken Avusturalya Hindistan, Yeni Zelanda ve Avrupa'da insidans yüksektir. Amerika'da endüstriyel olarak gelişmiş kuzey bölümünde insidans fazla iken, kırsal güney bölgesinde insidans azdır. Japonya, Polonya gibi düşük riskli bölgelerden Amerika, Avustralya gibi yüksek riskli bölgelere göç edenlerde kolorektal kanser görülme insidansında hızlı bir artış tespit edilmiştir. Kolorektal kanser, gelişmişlik ve batılılaşmanın yaygınlaşması ile artmaktadır (Elkablawy ve ark., 2001).

Kolorektal kanseri de kendi içerisinde yerleşkesine göre görülme insidansı farklılık göstermektedir. Kolonda, rektuma göre daha siktir. Kolonda ise sıklığa göre sigmoid kolon %25, çekum %15, transvers kolon %10-15, çıkan kolon %10, inen kolon %5- 10'dur. Son zamanlarda sağ kolon kanseri insidansında artış olduğu görülmektedir (Sayek, 2004).

Kolorektal kanser için tanı yöntemleri ve tedavi modalitelerinde artış ve genişleme olması ile hastaların tedavisinde daha başarılı bir sonuç alınmış ve mortalitesini artıracak etkenlerin azalması sağlanmıştır.

Kolorektal karsinomlar genellikle adenomatöz poliplerin; displazik polip ve invaziv kansere dönüşmesi ile gerçekleşmektedir (Shin ve ark., 1998).



Şekil 1.1. Adenom karsinom dizisi

Neoplazma dönüşüm sürecinde çevresel etkiler ve genetik değişiklikler etkilidirler. Bazı sendromlarda kolon kanseri oluşumunun genetik etki ile oluştuğu gösterilmiştir (Dobrucalı, 2009).

KRK etiolojisinde rol oynayan faktörler değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak iki grupta ele alınmaktadır (Büyükdoğan 2009; Koç 2017). Bireyin kontrol altına alamadığı değiştirilemeyen faktörler yaş, genetik, kolon hastalıkları (ülseratif kolit, crohn hastalığı) olarak sıralanmaktadır. Özellikle genetik, KRK oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Bazı genlerdeki mutasyonlar belirgin olarak KRK riskini oluşturmaktadır. Bu yüzden birinci ve ikinci derece yakınında kolon hastalığı bulunan bireyler diğer bireylere göre yüksek risk altındadır (Al Wutayd ark., 2015; Koç, 2017). Ayrıca daha önce kanser hikâyesi bulunan bireylerin KRK'ye yakalanma riski daha yüksektir. Diğer kanserlerin yanı sıra KRK tedavisi almış bir bireyin ikinci kez KRK olma olasılığı da artmaktadır (Al Wutayd ark., 2015; Koç, 2017). Değiştirilebilen risk faktörleri ise yönetilebilen davranışsal faktörleri içermektedir. Bu faktörler sigara, alkol tüketimi, obezite, et ürünlerinin fazla tüketimi, sedanter yaşam ve beslenmedir (Su ve ark., 2013; Koç, 2017). Beslenmede kalsiyum ve D vitamininden fakir diyet KRK oluşum riskini artırırken kalsiyum ve D vitamininden zengin diyet ve ayrıca liften zengin beslenme ise KRK gelişimine karşı koruyucudur (Şahin ve ark., 2015).

Akyolcu ve ark., (2018) kolorektal kanserlerde etioloji ve risk faktörlerini şu şekilde açıklamıştır:

- Ailesel kolorektal kanser öyküsü,
- Bireyde kolorektal kanser,

- İnflamatuvar bağırsak hastalığı (IBH),
- Yüksek hayvansal yağ ve kilo kalori alımı,
- Ailede yada bireyde herediter nonpolipozis (Lynch sendromu) kolorektal kanser (HNPCC) sendromu öyküsü,
- Ailede ya da bireyde familyal adenomatöz polip (FAP) öyküsü,
- Kırmızı et (≥ 7 porsiyon/hafta),
- Sigara tüketimi,
- Obezite (≥ 30 kg/m² Beden kitle indeksi)

1.1.2. Yerleşimi ve evreleme

Bağırsak kanseri yavaş gelişerek ileri evre oluncaya kadar belirti vermemektedir. Belirtiler yeri, tipi, boyut ve komplikasyonlarına bağlıdır. Rektal kanama sıklıkla ilk belirtidir. Diğer yaygın erken belirtiler ise; bağırsak alışkanlığında değişiklik, ishal yada kabızlıktır. Ağrı, iştahsızlık, kilo kaybı, hastalığın ileri dönemlerinde ortaya çıkmaktadır (Akyolcu ve ark., 2018).

KRK'in belirti ve bulguları; tümörün büyük ölçüde bulunduğu yere ve metastaz yapma yeteneğine bağlı olarak değişebilmektedir (Nasrallah ve El-Sibai, 2014). KRK'de en sık bildirilen belirti ve bulgular; kanama, bağırsak alışkanlığındaki değişiklik, kabızlık, ishal, karın ağrısı ve kilo kaybıdır (Adelstein ve ark., 2011). Elli yaşından sonra ise kişilerde yaygın görülen belirti ve bulgular arasında; bulantı, kusma, anemi ve rektal kanama gelmektedir (Yamada ve ark., 2009). Rektal kanama sıklıkla hastanın hekime başvurmasını sağlayan ilk bulgudur. Kilo kaybı ve rektal kanama KRK için ayırt edici semptomlar arasında yer almaktadır (Astin ve ark., 2011). Bu semptomlar olmadan diğer belirtilen semptomlar, birçok farklı gastrointestinal hastalığın da göstergesi olabilir (Yamada ve ark., 2009). Kolorektal kanser yavaş ilerleme göstermekle birlikte, ileri evre oluncaya kadar belirti vermemektedir. Bu nedenle belirti ve bulgular ortaya çıktıktan sonra tanılama yöntemleri ile tanı konulabilmektedir (Adelstein ve ark., 2011).

Kolorektal karsinomlarda evreleme için değişik sınıflama kullanılmaktadır. Lenf nodu tutulumu ve kolon duvar invazyonu ve uzak organ tutulumuna göre evreleme belirlenir.

- Dukes sınıflaması
- Astler-Coller sistemi

- TNM sistemi (günümüzde evrelemede tercih edilen sınıflama)

Dukes sınıflaması 1932 yılında patoloğ Cuthbert Dukes tarafından daha önceden tercih edilen Lockhartand Mummery sınıflamasını geliştirerek oluşturduğu tümör evrelemesidir (Tablo 1.1).

Tablo 1.1. Orijinal dukes sınıflaması

Evre A	Tümör bağırsak duvarı ile sınırlı (seroza tutulumu yoktur)
Evre B	Tümör bağırsak duvarının tüm katlarını tutmuştur (muskularis propriayı aşan tümör serozayı tutmuştur.
Evre C	Lenf nodu tutulumu mevcuttur.
C1	Lokal lenf nodu tutulumu
C2	Uzak lenf nodu tutulumu

1.1.3. Tanı Yöntemleri

KRK tanılması hikâye, fizik muayene ve tanısal testlerle yapılmaktadır. Özellikle hikâyede KRK belirtileri içerisinde yer alan kanama, bağırsak alışkanlığındaki değişiklikler ve kilo kaybı sorgulanmaktadır (Büyükdoğan, 2009). Fizik muayenede hastalığın lokal yayılımı ve metastaz bulguları araştırılmakta, abdominal ve rektal muayene ile kitle varlığına bakılmaktadır. KRK'nin %10-30'u parmak mesafesinde olduğu için rektal muayene önem taşımaktadır (Eti Aslan ve Karadağ Arlı, 2016).

Tarama testlerinde; gaita gizli kan testi, çift kontrast baryumlu enema ve kolonoskopi yöntemleri kullanılmaktadır.

i. Gaita gizli kan testi (GKK): Uzun yıllardır kullanılan ve üzerine çok fazla çalışma yapılmış olan GGK testinin kullanım amacı bağırsak lümeninden gaitaya dökülen gözle görülemeyen kanama varlığını yakalamaktır. GGK Avrupa'da uzun yıllardır kullanılan ve günümüzde de bilinen en yaygın Kolorektal kanser(KRK) tarama testidir ve mortaliteyi ve KRK insidansını azalttığı kanıtlandığından önemini korumaktadır (Kara, Sarıcı ve Kalaycı, 2019).

- Peroksidaz-guaiac tabanlı gaitada gizli kan testi: Gaitada bulunan hematin veya hemoglobindeki peroksidaz guaiac la birleşince oksidasyon sonucunda mavi renk oluşur.

- Gaitada gizli kan taramasında immünokimyasal testler: İmmünokimyasal test diğer GGK testlerine göre daha pahalı olmakla beraber sadece insan hemoglobinine duyarlı olduklarından ve beslenmeyle alınan hayvansal hemoglobinlerle reaksiyona girmemesinden dolayı üstünlükleri vardır.

- Fekal DNA testi: Beslenmede değişiklik ve bağırsak temizliği gerektirmemesi gibi avantajları olan fekal DNA testi ne yazık ki pahalıdır ve yanlış negatiflik sonuçları bazı çalışmalarda yüksek bulunmuştur.

ii. Çift kontrast baryumlu enema: Çift kontrast baryumlu enema (KBE), baryum sülfat ile bağırsak mukozasının sıvanması ve rektal bir kataterle kolona hava verilerek kolonun radyolojik olarak görüntülenmesini sağlayan araştırmadır (Görmez ve Haliloğlu, 2017).

iii. Kolonoskopi: Kolonoskopi ile erken evrede yakalanan KRK'lerin geç evrede yakalanan KRK'lere göre daha yüksek tedavi şansı sağladığı belirtilmektedir. Bazı çalışmalarda kolonoskopide herhangi bir patolojinin saptanmadığı durumlarda bireyin yaklaşık 20 yıla kadar KRK gelişiminin beklenmediği bildirilmektedir (Uysal ve arkadaşları, 2017; Kara, Sarıcı ve Kalaycı, 2019).

1.2. KOLOREKTAL KANSERLERDE LAPAROSKOPIK CERRAHİ YÖNTEMLER

Kolorektal cerrahi de kullanılan ameliyat teknikleri; sağ hemikolektomi, sol hemikolektomi, sigmoid kolektomi, anterior rezeksiyon ve aşağı anterior rezeksiyon, abdominoperineal rezeksiyon (miles ameliyatı), subtotal veya total kolektomi, abdominosakral rezeksiyon, restoratif proktokolektomi + ileal poş-anal anastomoz, total proktokolektomi + uç ileostomi, pelvik ekzentrasyon, intestinal stomalar, ileostomiler, kolostomiler ve kolostomi kapatılması şeklinde-dir (Seven ve arkadaşları, 2008, Aylaz, 2011; Solak Kabataş ve zbayır, 2016).

- *Sağ hemikolektomi*: Sağ kolonda (ekum, çıkan kolon, hepatik fleksura ve transvers kolonun proksimal yarısı) yerleşen tümörlerde sağ hemikolektomi ameliyatı uygulanır. Bu ameliyatta a.ileo-colica, a.colica dextra ve a.colica media'nın sağ dalı bağlanarak, terminal ileumun distal 10 cm'lik bölümü, çekum, çıkan kolon, hepatik fleksura ve transvers kolonun ute bir proksimal kısmı rezeke edilir (Tarhan, 2019).

- *Sol hemikolektomi*: Distal transvers kolon, splenik fleksura ve inen kolon tümörlerinde sol hemikolektomi ameliyatı uygulanır. Bu ameliyatta, a.colica media'nın sağ dalı korunur ve sadece sol dalı bağlanır. A.colica sinistra da, a.mesenterica inferior'dan çıktığı hizadan bağlanır. Daha sonra da, bu damarların kanlandırđı distal transvers kolon, splenik fleksura, inen kolon ve proksimal sigmoid kolon rezeke edilir (Tarhan, 2019).

- *Sigmoid kolektomi*: Sigmoid kolonda yerleşen patolojilerde sigmoid kolektomi ameliyatı uygulanabilir. Diseksiyona, sol parakolik olukta Told fasyasını ve sigmoid kolon mezosunun peritonunu çizerek başlanır. Diseksiyon sırasında üreterin ve gonadal damarların yaralanmaması için dikkatli olunmalıdır (Akçal ve Ertürk, 2016).

- *Anterior rezeksiyon ve aşağı anterior rezeksiyon*: Rektum anatomisi ve tümörün rektumdaki lokalizasyonu cerrahi tedavi seçiminde önemli rol oynar. Rektum tümörünün yerleşimine göre rezeksiyonun genişliği ve anastomozun düzeyi değişir. Anterior rezeksiyon rektosigmoid köşede ve rektumun proksimal 1/3 üst bölümde yerleşmiş tümörlerde uygulanır (Badak ve Ateş, 2018).

- *Abdominoperineal rezeksiyon (Miles ameliyatı)*: Sfinkter koruyucu cerrahi teknikler için uygun olmayan distal rektum ve anüs malign tümörleri için yapılmaktadır. APR genellikle alt sınırı ile linea dentata arasında 4 cm'den az mesafe olan kanserlerde uygulanmaktadır (Akçal ve Ertürk, 2016).

- *Subtotal veya total kolektomi*: Sağ ve sol kolonda senkron tümörlerin (selim veya habis) varlığında, daha önce kolon rezeksiyonu geçirilmiş olması durumunda, distal kolonda obstrüksiyon yapan tümörlerde, teknik olarak daha kısıtlı bir rezeksiyon yapma olasılığı yok ise, Ailesel Adenomatöz Polipozis Koli (FAP) veya Hereditör Nonpolipozis Kolorektal Kanser (HNPCC) vakalarında, semptomatik divertiküler hastalığında eşlik etmesi gibi koşullarda subtotal ya da total kolektomiye karar verilebilir (Daldal ve arkadaşları, 2008).

- *Abdominosakral rezeksiyon*: Gelişen total mezorektal eksizyon tekniği ve radyoterapi sayesinde rektum kanserlerinde lokal nüks oranları eskiye oranla azalmıştır. Ancak, cerrahi sınır veya lenf nodu pozitifliği olan hastalarda lokal nüks halen yüksek olarak görülmektedir (%4-33). Nüksün çevresi ile birlikte “unblok” çıkartılması hem yaşam süresi üzerinde hem de tümörün lokal kontrolünde en etkili tedavidir (Aydın ve arkadaşları, 2009).

- *Restoratif proktokolektomi+ileal poş-anal anastomoz*: Restoratif proktokolektomi ve ileal poş-anal anastomoz anal sfinkteri koruyarak hastalığı tamamen elimine ettiği için ülseratif kolit ve familial adenomatöz polipozisli hastaların elektif cerrahi tedavisinde günümüzde en çok tercih edilen yöntem olmuştur. Bu işlem gastrointestinal sistemin devamlılığını ve anal kontrolü sağlayarak, kalıcı kolostomiden korur (Hamzaoğlu, 2016).

- *Total proktokolektomi + uç ileostomi*: Kolon ve rektumun çıkarılması ile kronik ülseratif kolit iyileşmektedir. Bu nedenle özellikle geçmişte total proktokolektomi ve ileostomi ülseratif kolit cerrahisinde en çok uygulanan elektif cerrahi yöntemlerden biriydi. Bu prosedür tüm tutulan hastalıklı dokuyu ve malignite riskini elimine etmesine ve hastalara öngörülebilir. Fonksiyonel sonuçlar sunan tek aşamalı bir ameliyat olmasına karşın hastalar ve hekimler tarafından çok az kabul görmüştür (Terzi ve Canda, 2004).

- *Pelvik ekzentrazyon*: Total pelvik ekzentrazyon, tümörün prostat veya mesane gibi komşu organlara yayılım gösterdiği lokal ileri rektum kanseri vakalarında bir alternatif oluşturur. Pelvik kavitedeki tüm organların lenf nodları ile birlikte eksizyonudur. Rektum, genital organlar (vajen, serviks, uterus, falloptüpleri ve overler) ve mesane birlikte çıkartılır. Kalıcı kolostomi ve üriner diversiyon gerektirir. Uzun süreli sürvi oranları %20-70 arasında değişmekte olup, lenf nodu tutulumu olmayan genç hastalarda daha iyi sonuçlar elde edilebilmektedir. Pelvik ekzentrazyon ameliyatları nadiren yapılan, mortalite ve morbiditesi yüksek olan ameliyatlardır (Tarhan, 2019).

- *İntestinal stomalar*: İntestinal stomalar prognostik faktörlerine göre geçici ve kalıcı olarak ikiye ayrılırlar (Alabaz ve Akçam, 2016);

- *Geçici stomalar*: Barsağın devamlılığını tekrar sağlanmasını temin etmek amacı ile geçici önlem olarak gerçekleştirilen ve akut durum atlatıldıktan sonra tekrar kapatılan stomalardır.

- *Kalıcı stomalar*: Bağırsak devamlılığının sağlanamadığı, anüs ve rektumun çıkarılmasını gerektiren vakalarda gerçekleştirilen stomadır.

- *İleostomiler*: Uç ileostomi (Brooke); kalıcı yada geçici olarak yapılabilir. Loop ileostomi; aynı anda hem proksimaldeki intestinal akımın diversiyonu hem de distaldeki bağırsak segmentinin dekompresyonu gerektiğinde tercih edilir. Loop-uç ileostomi; nadir kullanılan bir ileostomi tipidir. Bölünmüş (split) ileostomi; eğer lup ileostominin fekal akımı tam olarak saptıramayacağı düşünülüyorsa, bu durumda ileum tam olarak ikiye bölünür. Proksimal uç, end ileostomi haline getirilir. Kontinent ileostomi; proktokolektomi yapılan hastalarda, uç ileostomiye alternatif olarak geliştirilmiştir (Akgün ve Yoldaş, 2012).

- *Kolostomiler*: Çekostomi; sol kolon anastomozlarının korunması, kolon tıkanıklığının acil dekompresyonu, kolon psödoobstrüksiyonu (Ogilvie sendromu), çekum perforasyonu veya çekum volvulusunun tedavi aşamalarında

kullanılabilmektedir. Cilt yüzeyli 'Blow-hole' kolostomi; kolon distansiyonunun acil olarak azaltılması amacıyla ve altta yatan nedenle uğraşılmadan uygulanan geçici ve hızlı bir açıklık oluşturulması işlemidir. Loop kolostomi; uygun kolon bölümü tümüyle karın dışına alınır ve açılan karın duvarı katlarına tespit edilir. Mikulicz kolostomi (Çifte namlusu kolostomi); sigmoid volvulusta, sigmoid iskemilerinde, tıkanmaya neden olmuş kolon tümörlerinde ve gecikmiş kolon yaralanmalarında uygulanır. Uç kolostomi; tam dışkı saptırımı sağlayan kolostomi tipidir (Baykan, Öztürk ve Gezer, 2002).

- *Kolostomi kapatılması*: Geçici amaçla yapılan lup ve çift bacaklı kolostomiler ekstrapéritoneal ve intrapéritoneal yöntemlerle kapatılabilir. Kolostominin kapatılmasından önce intestinal pasajın emniyetli olduğuna karar vermek gereklidir. Distal kolon bölümünün radyolojik ve endoskopik olarak uygun şartlarda değerlendirilmesi gerekir (Kumcağız, Malazgirt ve Kaya, 2000).

1.3. KOLOREKTAL CERRAHİ KOMPLİKASYONLARI

Lezonun bağırsak lümenini daraltmasından dolayı bağırsak obstrüksiyonu, perforasyon, apse oluşumu, peritonit, sepsis ve şok gelişebilmektedir (Akyolcu, 2018). Laparoskopik kolorektal cerrahi komplikasyonları intraoperatif, ameliyat sonrası ostomi komplikasyonlar olmak üzere üç farklı şekilde görülmektedir (Yar, 2007; Kalfaoğlu ve arkadaşları, 2013):

i. İntraoperatif komplikasyonlar: Anastomoz uçlarının devaskülarizasyonu, anastomoz darlığı, anastomoz hattında hematoma, komşu organ yaralanması gelişebilir.

ii. Ameliyat sonrası komplikasyonlar: Sütür yetersizliği, mekanik bağırsak obstrüksiyonu, kolokutan fistüller, anastomoz kaçağı, yara enfeksiyonu, evisserasyon, abse oluşumunu kapsar.

iii. Ostomi komplikasyonları: Ostomi nekrozu, parastomal herni, striktür, ostomi etrafında dermatit gelişebilir.

Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonları erken tanımak ve erken müdahale yönetimi hayat kurtarıcı olmaktadır. Komplikasyonların tanısında; hastanın kliniği, fizik muayenesi, radyolojik görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmaktadır (Yar, 2007).

1.4. ERAS PROTOKOLÜ

Cerrahi girişim sonrası artmış morbidite ve hastane kalma sürelerinin uzun olması ameliyat öncesi bakımın geliştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu amaç doğrultusunda durumu iyileştirmek için multimodal yönetimi gerektiren perioperatif stratejiler geliştirilmiştir. Enhanced Recovery After Surgery (Cerrahi Sonrası Geliştirilmiş İyileşme) ya da Fast Track Surgery olarak da adlandırılan bu multidisipliner strateji programı ilk olarak 1990 yıllarında Danimarka’da Dr. Henrik Kehlet tarafından ortaya atılmıştır. Bu program öncelikle kolorektal cerrahide uygulanmış ancak programın benimsenmesinin artması ve yaygınlaşması üzerine jinekoloji, pankreas cerrahisi, onkolojik cerrahi başta olmak üzere diğer cerrahi alanlarda da uygulanmaya başlanmıştır.

2001 yılında İngiltere’de Dr. Olle Ljungqvist’in kuruculuğunu üstlendiği bir ERAS topluluğu kurulmuş olup, bu topluluk sayesinde ERAS hakkında bilinçlenme artmış ve uyum düzeylerinde artışı da beraberinde getirmiştir.

ERAS protokolünün komponentleri, Kehlet tarafından ilk olarak 15 tane olarak belirlenmiş ancak bu unsurların sayısı diğer araştırmacılar tarafından 17’den 20’ye kadar çıkarılmıştır. Tüm araştırmacı ve uygulayıcıların ortak benimsediği unsurların sayısı ise yaklaşık olarak 9 ile 12 arasındadır. Dr. Jan Wind tarafından tanımlanan 17 unsur Tablo 1.2’de gösterilmiştir.

Tablo 1.2. Wind tarafından tanımlanan ERAS protokolün unsurları

ERAS protokolü unsurları
Hastanın preoperatif eğitimi
Bağırsak hazırlığının yapılmaması
Premedikasyon için ilaç kullanılmaması
Preoperatif dönemde profilaktik antibiyotik uygulanması
Preoperatif açlık süresinin kısaltılması
Ameliyattan 2 saat önce oral glukoz solüsyonlarının verilmesi
Rejyonel anestezi ve kısa etkili anesteziklerin kullanımı
Perioperatif dönemde uygun sıvı volümünün sağlanması
Kısa cerrahi insizyon seçimi (minimal invaziv yaklaşım, transvers insizyonlar)
Perioperatif hipotermi önlenmesi
Perioperatif yüksek oksijen konsantrasyonlarının uygulanması
Opioid içermeyen analjezi seçimi
Nazogastrik sonda ve cerrahi drenlerin rutin olarak kullanılmaması
İdrar sondasının erken çıkarılması
Prokinetiklerin kullanılması
Erken enteral beslenme
Erken mobilizasyon

1.5. LAPAROSKOPİ KOLOREKTAL CERRAHİDE HEMŞİRELİK BAKIMI

1.5.1. Ameliyat öncesi bakım

Hastada genellikle kilo kaybı ve bağırsak alışkanlıkları değişim göstermektedir. Belirtilerin yanı sıra ailede kolon kanseri öyküsü, ülseratif kolit ya da ailesel polipozis gibi majör risk faktörlerinin kesin tanınması yapılmaktadır. Abdomendeki ağrı, distansiyon ve kitleler gibi anormallikler belirlenerek değerlendirilmektedir (Akyolcu, 2018).

Kolorektal kanser taramalarında istenilen hedefe ulaşmak için toplumun kanser farkındalığının oluşturulması, kolorektal kanser taramasında kullanılan yöntemler hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir (Şahin ve ark., 2015). KRK'den korunmada, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının, bireylerin tarama programına katılımının sağlanmasında sorumlulukları vardır (Yılmaz ve ark., 2016).

Toplumla iş birliği ve iletişim halinde olan hemşirelerin temel rollerinden biri de danışmanlıktır. Bu nedenle hemşirenin KRK taramasındaki rolü büyük öneme sahiptir (Pirinççi ve ark., 2015). Hemşireler, önleme programına çağrı sonrası bireylerde ortaya çıkan şüphe ve endişenin giderilmesinde, GGKT pozitif çıktığında ise tedaviye karar aşamasında, kolonoskopi öncesi, sırası ve sonrasında bireyin değerlendirilmesi, bakım-tedavi konusunda bilgilendirilmesi ve bu süreçte hastanın desteklenmesinde sorumlulukları vardır (Yılmaz ve ark., 2016). Bu bağlamda ameliyat öncesinde, beslenmeyi sağlamak ve persitalizmi azaltmak için yüksek kalorili protein ve düşük rezidülü karbonhidrat diyeti verilebilmektedir (Akyolcu, 2018).

Kolorektal kanser risk danışmanlığı özel bilgi ve beceri sahibi olmayı gerektirmektedir. Bu yüzden risk danışmanlığı yapan hemşirelerin bu konuda eğitim almaları gerekmektedir (Koç, 2017). Ülkemizde DSÖ tarafından tarama yapılması önerilen kanser türlerinde tarama programlarını yürütmek için Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. KETEM'lerde hem sağlık çalışanları hem toplum için kanser konusunda bilgi verme ve farkındalık oluşturmak için eğitim verilmektedir. KETEM'lerin ayrıca, tanımlanmış risk gruplarına, tarama programı çerçevesinde erken tanı konulması ve tanı alan bireylere de yönlendirme yapılarak tedavi merkezlerine sevkinin sağlanması, hastaların takiplerinin ve değerlendirilmesinin yapılması ve destek sağlanması gibi görevleri bulunmaktadır (Pirinççi ve ark., 2015).

Bağırsak hazırlığı direktif edildiği şekilde uygulanmaktadır (Çavdar, 2011). Cerrahi girişim sırasında bağırsak içeriğinin peritoneal kontaminasyon riskini azaltmak ve bağırsağı temizlemek için ameliyat öncesi oral ve parenteral antibiyotikler ve lavman direktif edilebilmektedir (Lemone ve ark., 2015). Akyolcu (2018) çalışmasında hastaların anksiyete düzeylerinin belirlendiği ve destekleyici girişimlerin uygulanması gerektiğini bildirmiştir. Ayrıca hastaya tüm tedavi ve işlemlerin açıklanması gerektiğini aktarmıştır. Ek olarak hastaların duygularının açıklanılması ve sağlık ekibi üyeleri ile tedavi ve prognoz hakkında konuşabilmeleri hususunun önemini vurgulamıştır. Hastaların tedavi kararını nasıl vereceklerini, patoloji sonuçlarına ne zaman ulaşabileceklerini ve ameliyat sonrasında komplikasyonları engelleyebilmek için alınan önlemler ve ameliyat sonrası vücudunda yer alan tüpler konusunda bilgilendirildiğini belirtmiştir.

1.5.2. Ameliyat sonrası bakım

Hastaların cerrahi servislere yatma nedenleri farklı olsa da hastanede buldukları süre, kendileri ya da aileleri tarafından gereksinimlerinin kısmen ya da tamamen karşılanmadığı bu dönemde iyileşmeleri ve yaşam için gerekli temel gereksinimlerin karşılanması, sağlık çalışanları arasında özellikle de hemşirelerin sunacakları bakıma bağlıdır (Aksoy, 1998). Büyük ya da küçük olsun her cerrahi girişim bireylerde stres yaratmakta, hasta ve ailesi için olumsuz bir yaşam deneyimi olarak algılanmaktadır. Türü ne olursa olsun cerrahi girişim, hastayı fiziksel ve psikolojik olarak desteğe gereksinim duyan bağımlı bir kişi konumuna getirmektedir (Büyükyılmaz ve Şendir, 2009; Aydın, 2014; Coşkun ve Akbayrak, 2001).

Hastaların hastanede yattıkları süre içinde en fazla beraber olduğu sağlık çalışanı hemşirelerdir (Coşkun ve Akbayrak, 2001). Bu süre içinde hemşirelerin, cerrah ile hasta arasındaki iletişim ve koordinasyonu sağlamada, tedavi ve bakımın başarılı olmasında önemli sorumlulukları vardır. Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin temel sorumluluğu, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde hastalara, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden bakımı nitelikli bir biçimde sunmaktır (Sevilir, 2011). Nitelikli bakım genellikle komplikasyon gelişiminin önlenmesi ve azaltılması olarak tanımlanmaktadır. Ancak cerrahi girişim sonrası komplikasyon gelişmesi her zaman olasıdır. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişimi hemen gelişebileceği gibi 3-4 haftaya kadar uzanan bir zaman içinde de ortaya çıkabilir. Ayrıca herhangi bir komplikasyon gelişimi diğer komplikasyonlar için neden

oluşturup, homeostatik dengeyi olumsuz yönde etkileyebilir (Aksoy, 1998; Demir, 2010).

Akyolcu (2018) çalışmasında genel olarak uygulanan ameliyat sonrası bakım girişimlerine ek olarak gastrointestinal pasajdan gaz çıkışı ile peristaltizm ve GI motilitenin geri dönüşü; ağrı, distansiyon, şişkinlik, bulantı ve kusma varlığı, ve iştahın geri dönüşünün değerlendirildiğini vurgulamaktadır. Bununla beraber kolostomi yapılmış ise, kolostomiden çıkış izlenir ve cerrahi insizyon bölgesinden dışkı içeriği uzaklaştırılarak özel bakım uygulanır. Hasta, stomal iskemi yönünden yakından değerlendirilir. Stoma, kırmızı ve nemli olmalı, rengi siyah ya da siyahımsı olursa bu değişiklik acilen cerraha rapor edilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Cerrahi girişim uygulanan hastaların bedenen ve ruhsal açıdan dengesini bozulmaktadır. Bu bakımdan ameliyat sonrası bakımın temel amacı; hastanın bozulan dengesinin yeniden eski sağlığına kavuşmasını sağlamaktır. Cerrahi hastasında bakımın amacı, homeostatik dengenin yeniden elde edilmesinin yanı sıra en az ağrı ve sorunsuz biçimde, kısa sürede normal yaşama dönüşü sağlamada hastaya yardım etme ve desteklemedir (Erdil, 2001).

Akyolcu (2018) hastaların taburculuk için hazırlandığı, kolostomiyle yaşamayı öğrenmede, desteğe ve uzman önerilerine gereksinim duyduğu konusunda görüş bildirmiştir. Ek olarak stomaterapi hemşiresinin, hastayı stomayı kabullenme ve yönetebilmeyi öğrenmesinde, ostomi malzemelerini almada uygulayacakları işlemler hakkında yardımcı olmalıdır. Büyük bağırsak ameliyatından sonra taburculuk öncesi hastaya gücünü tekrar kazanması için kendisine birkaç hafta vermesi önerilerek; bağırsak segmenti çıkarıldığında beden bu duruma uyum sağlayıncaya kadar bağırsak alışkanlıklarının değişebileceğini aktarmıştır.

2. MATERYAL ve METOD

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ

Laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası kahve tüketiminin, bağırsak hareketlerine ve hastanede kalma süresine etkisini değerlendirmek amacı ile randomize olmayan çalışma türü olarak planlandı ve gerçekleştirildi. Araştırmada yanıtlanması gereken sorular,

- ✓ Laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası kahve tüketiminin, bağırsak hareketlerine, hastanede kalma süresine ve gaz, gaita çıkışına etkisi yoktur.
- ✓ Laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası kahve tüketiminin, bağırsak hareketlerine, hastanede kalma süresine ve gaz, gaita çıkışına etkisi vardır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Araştırma Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi 1 ve 2 Kliniği'nde Kasım 2018 ile Haziran 2019 tarihleri arasında gerekli izinler (etik kurul kararı -Ek D, kurum izinleri) alındıktan sonra gerçekleştirildi.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın gerçekleştirildiği kurumda; 1171 yataklı hasta, 145 yoğun bakım yataklı hasta, 1026 klinik yataklı hasta mevcuttur. Kurum bünyesinde 907 hekim, 872 hemşire çalışmaktadır. Araştırmanın uygulandığı hastane bünyesinde Genel Cerrahi 1 ve 2 Kliniklerinde Kolorektal Cerrahi ameliyatı olan ve dâhil edilme kriterlerine uyan tüm hastalar çalışmanın evrenini oluşturdu. Örneklem grubunu ise Müller ve ark. 2012'de yaptığı '*Randomized clinical trial on the effect of coffee on postoperative ileus following elective colectomy*'adlı çalışma referans alınarak gaz çıkarma üzerinden örneklem hesabı yapıldı. Literatürde kahve tüketenler 28.1 ± 11.5 , tüketmeyenler 41.9 ± 22.85 saattir. Çalışmamızda, $\alpha=0.05$, $p=0.20$, güven aralığı=0.80 için iki grup arasında 13 saatlik fark öngörülüğünde örneklem büyüklüğü her bir grup için $n=24$ hesaplandı. Çalışma 25 deney, 25 kontrol grubu olmak üzere 50 hasta çalışmanın örneklemini oluşturdu.

Çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri:

- Genel anestezi almayan ve cerrahi işlem yapılmayanlar,
- Bağırsak fonksiyonlarını etkileyecek herhangi bir kronik ya da metabolik hastalığa sahip olanlar,
- İşitsel, ruhsal ve nörolojik hastalığı olanlar,
- Psikiyatrik rahatsızlığı nedeniyle ilaç kullanan hastalar,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan,
- Entübe ve sedasyon alan hastalar,
- Stoması olanlar,
- Geçirilmiş batın cerrahisi olan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

2.4.ARAŞTIRMADA VERİ TOPLAMAYÖNTEMİ

Araştırmada veri toplamak amacıyla, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan deney grubu veri toplama formu (Ek A) ve kontrol grubu veri toplama formu (Ek B) kullanıldı. Bu formlarda hastaların sosyo-demografik özellikleri, ameliyat öncesi ve sonrası döneme ilişkin veriler ve bağırsak fonksiyonlarını belirleyici sorular yer aldı. Ayrıca bağırsak seslerini dinlemek için Çukurova Üniversitesi Biyomedikal Mühendisliği işbirliği ile geliştirilen gastrointestinal aktivite akustik izlem aracı kullanıldı (Şekil 2.1) (Şekil 2.2).



Şekil 2.1. Cihazla hastaların dinlenmesi (Kaynak: Ünal, 2017)



Şekil 2.2. Çalışmada kullanılan gastrointestinal aktivite akustik izlem cihazı



Şekil 2.3. Gastrointestinal aktivite akustik izlem cihazının kullanım şekli

Buna göre hastaların karın boşluklarından aktiviteye dair ses dalgaları invazif olmayan bir alıcı ile toplandı. Söz konusu alıcı ile karın boşluğundan hastaya temas eden bir diyafram ve akustik oda kullanarak ham sesleri elde edildi (Şekil 2.3).

Veri Toplama Süreci: Etik kurul kararı alındıktan sonra Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi 1 ve 2 kliniğinde Kolorektal Cerrahi ameliyatı olan

ve dâhil edilme kriterlerine uyan bilgilendirilmiş, izin alınan deney ve kontrol grubu hastalardan veri toplama formları ile veriler toplandı.

Deney Grubunda Verilerin Toplanması: Kahve tüketen grup, deney grubunu oluşturdu. Hastanın yatış işlemleri ve servise kabulü sağlandıktan sonra araştırma hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilip ve araştırmayı kabul eden hastalardan, aydınlatılmış izin alındı ve araştırmacı tarafından hazırlanan deney grubuna özgü veri toplama formu uygulandı. Ameliyat sonrası dönemde hasta izlem formları cerrahiden hemen sonra doldurulmaya başlanmış, Gastrointestinal aktivite akustik izlem aracı ile ameliyat sonrası 6. saat itibari ile 4 saate bir yaklaşık 5 dk kadar bağırsak sesi duyuluncaya kadar izleme yapıldı.

Beslenme ve diyetetik bölümündeki bir öğretim üyesinden kahvenin miktarı, kahve türü ve veriliş yöntemini içeren danışmanlık alındı. Ayrıca klinik hekimden de izin alındı. Kahve tüketen gruba beslenmeye başlamadan önce ameliyat sonrası 6. saatten itibaren günde üç kez 100 ml (sabah, öğle ve akşam) 50-60°C derece de hazırlanan suya, bir çay kaşığı çözünebilir kahve araştırmacı tarafından hazırlanarak hastaya verildi. Hastalara aynı türden kahve kullanıldı. Kahve içerisine kesinlikle şeker ve süt eklenmedi. Hastalar oral almaya başladıktan sonra özellikle sigara kullanımı, siyah çay ve kafein dışında hiçbir diyet kısıtlamasının olmadığı anlatıldı. Ayrıca hastalara kendini iyi hissettiği zamanlarda günde birkaç kez olmak üzere 5-10 metre kadar yürümesi konusunda yardımcı oldu. Hastalara ameliyat sonrası normal beslenme prosedürü uygulandı. Bağırsak sesleri duyulduktan sonra gaz ve gaita çıkışının tarih ve saati belirlenerek kaydedildi. Hastanın takibine taburculuk işlemleri tamamlanuncaya kadar devam edildi.

Kontrol Grubunda Verilerin Toplanması: Kahve içirilmeyen bu hasta grubunda kontrol grubuna özgü veri toplama formu araştırmacı tarafından uygulandı. Hastanenin normal prosedürüne göre takip edildi ve deney grubundaki bağırsak seslerini dinleme adımları izlendi.

2.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde ile sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (ortanca ve minimum-maksimum) ile özetlendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare test ya da Fisher test istatistiği kullanıldı. Ölçek toplam

puan karşılaştırılmasında Studentt-testi ve ANOVA analizleri kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0,05 olarak alındı.

2.6.ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalından Akademik kurul izni alındıktan sonra Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul izni alındı (Ek D). Her hastadan, gönüllüleri bilgilendirme ve izin formu alındı.

3. BULGULAR

Laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası kahve tüketiminin bağırsak hareketlerine ve hastanede kalma süresine etkisinin değerlendirilmesinin amaçlandığı çalışmaya katılan deney ve kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerine ait bulgular Tablo 3.1’de özetlendi.

Tablo 3.1. Çalışma kapsamındaki hastaların tanıtıcı özellikleri (N=50)

Tanıtıcı özellikler		Deney Grubu (n: 25)	Kontrol Grubu (n: 25)	Tüm hasta grubu (n: 50)	X ² / F	p
		n(%)	n(%)	n(%)		
Ameliyat öncesi tanısı	Divertikülit	1(4,0)	2(8,0)	3(6,0)	2,373	0,667
	Kolon kanseri	13(52,0)	12(48,0)	25(50,0)		
	Rektum kanseri	10(40,0)	10(40,0)	20(40,0)		
	Sigmoid kolon kanseri	1(4,0)	-	1(2,0)		
	Kolonda polip	-	1(4,0)	1(2,0)		
Yaş (ort±ss) (min-maks)		56,00±13,99 (32-83)	61,44±12,13 (35-81)	58,72±13,25 (32-83)	F 2,156	0,149
BKI (ort±ss) (min-maks)		26,99±5,15 (18,7-37,4)	26,15±4,38 (17,6-33,2)	26,57±4,75 (17,6-37,4)	F 0,385	0,538
Cinsiyet	Erkek	13(52,0)	16(64,0)	29(58,0)	X ² 0,739	0,284
	Kadın	12(48,0)	9(36,0)	21(42,0)		
Medeni Durum	Evli	22(88,0)	19(76,0)	41(82,0)	3,220	0,200
	Bekar	3(12,0)	6(24,0)	1(2,0)		
Eğitim	Okur yazar değil	2(8,0)	4(16,0)	6(12,0)	X ² 2,190	0,701
	İlkokul	10(40,0)	11(44,0)	21(42,0)		
	Ortaokul	3(12,0)	4(16,0)	7(14,0)		
	Lise	8(32,0)	4(16,0)	12(24,0)		
	Lisans	2(8,0)	2(8,0)	4(8,0)		
Meslek	Çalışıyor	12(48,0)	10(40,0)	22(44,0)	X ² 0,325	0,388
	Çalışmıyor	13(52,0)	15(60,0)	28(56,0)		
Gelir Düzeyi	Düşük	13(52,0)	11(44,0)	24(48,0)	X ² 1,207	0,547
	Orta	12(48,0)	13(52,0)	25(50,0)		
	Yüksek	-	1(4,0)	1(2,0)		
Yaşadığı Yer	İl	14(56,0)	12(48,0)	26(52,0)	X ² 2,006	0,367
	İlçe	10(40,0)	9(36,0)	19(38,0)		
	Köy/kasaba	1(4,0)	4(16,0)	5(10,0)		

*BKI: Beden Kitle İndeksi

Çalışmakapsamına alınan hastaların % 50,0’sinin (n=25) kolon kanserine bağlı kolorektal cerrahi girişim geçirdiği, yaş ortalamaları 58,72±13,25 (minimum: 32 - maksimum: 83), BMI indeksi ortalamalarının 26,57±4,75 (minimum: 17,6 -

maksimum: 37,4), % 58,0'i (n=29) erkek, % 42,0'si (n=21) ilkokul mezunu olarak belirlendi. Kontrol ve deney gruplarındaki hastaların ameliyat öncesi tanısı, cinsiyet, yaş, BKI, eğitim durumları gibi bağımsız kategorik değişkenlerin dağılımının homojen olduğu görüldü ($p>0,05$)(Tablo 3.1).

Çalışmada yer alan hasta gruplarının sigara, alkol kullanma ve kullanma miktarlarına ilişkin bulgular Tablo 3.2'de özetlendi.

Tablo 3.2. Hastaların sigara, alkol kullanım durumları ve kullanma miktarlarına ilişkin bulgular (N=50)

Ölçümler		Deney Grubu (n: 25)	Kontrol Grubu (n: 25)	Tüm hasta grubu (n: 50)	X ² / F	P
		n(%)	n(%)	n(%)		
Sigara kullanma	Evet	5(20,0)	2(8,0)	7(14,0)	X ² 2,104	0,349
	Hayır	16(64,0)	16(64,0)	32(64,0)		
	Bıraktım	4(16,0)	7(28,0)	11(22,0)		
Sigara kullanma miktarı adet/gün (ort±ss)(min-maks)		9,80±6,79 (1-20)	12,50±10,60 (5-20)	10,57±7,16 (1-20)	F 0,175	0,693
Alkol kullanma	Evet	-	-	-	X ² 2,022	0,364
	Hayır	22(88,0)	23(92,0)	45(90,0)		
	Bıraktım	3(12,0)	2(8,0)	5(10,0)		

Çalışma kapsamına alınan hastaların % 64,0'ü (n=32) sigara,% 90,0'mın da alkol (n=45) kullanmadığı saptandı. Sigara kullanan hastalardan deney grubunda yer alanların günde 9,80±6,79 adet iken, kontrol grubunda 12,50±10,60 olduğu belirlendi ($p>0,05$). Kontrol ve deney grubundaki hastaların sigara kullanma dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi. ($p>0,05$). (Tablo 3.2).

Çalışma kapsamında olan hasta gruplarının beslenme düzeylerine ilişkin bulgular Tablo 3.3'de özetlendi.

Tablo 3.3. Çalışma kapsamındaki hastaların beslenme alışkanlıklarının dağılımı (N=50)

Beslenme Alışkanlıkları		Deney Grubu (n: 25)	Kontrol Grubu (n: 25)	Tüm hasta grubu (n: 50)	X ² / F	p
		n(%)	n(%)	n(%)		
Günde tüketilen ana öğün (ort±ss)(min-maks)		2,60±0,64 (1-4)	2,72±0,45 (2-3)	2,66±0,55 (1-4)	F 0,574	0,452
Günde tüketilen ara öğün (ort±ss)(min-maks)		0,84±0,74	0,64±0,63 (0-2)	0,74±0,69 (0-2)	F 1,038	0,313
Günde kaç öğünün dışarıda tüketildiği	Hiç	4(16,0)	7(28,0)	11(22,0)	X ² 3,952	0,413
	En az bir kez	4(16,0)	1(4,0)	5(10,0)		
	İki kez	2(8,0)	1(4,0)	3(6,0)		
	Üç ve üzeri	-	1(4,0)	1(2,0)		
	Çok nadir	15(60,0)	15(60,0)	30(60,0)		

Tablo 3.3'ün devamı

Öğünün dışarıda tüketilme zamanı	Öğle	12(57,1)	13(72,2)	25(64,1)	X ² 0,958	0,261
	Akşam	9(42,9)	5(27,8)	14(35,9)		
Fast food tüketim	Yok	18(72,0)	19(76,0)	37(74,0)	X ² 1,471	0,689
	Haftada bir	1(4,0)	2(8,0)	3(6,0)		
	Ayda bir	1(4,0)	0(0,0)	1(2,0)		
	Çok nadir	5(20,0)	4(16,0)	9(18,0)		
Beslenme şekli	Sebze ağırlıklı	10(40,0)	17(68,0)	27(54,0)	X ² 5,011	0,082
	Et ağırlıklı	10(40,0)	7(28,0)	17(34,0)		
	Her ikisinde	5(20,0)	1(4,0)	6(12,0)		
Kahve tüketimi	Her gün	12(48,0)	9(36,0)	21(42,0)	X ² 16,651	0,005*
	İki güne bir	3(12,0)	1(4,0)	4(8,0)		
	Haftada bir	8(32,0)	1(4,0)	9(18,0)		
	On beş günde bir	1(4,0)	2(8,0)	3(6,0)		
	Ayda bir	-	4(16,0)	4(8,0)		
	Hiç	1(4,0)	8(32,0)	9(18,0)		

Tablo 3.3'de Çalışmaya dahil edilen hastaların günde tükettikleri ana öğün ortalaması 2,66±0,55 (minimum: 1, maksimum: 5), hastaların % 74,0'unun (n=37) fast food tüketmedikleri, % 60,0'nin (n=30) çok nadir öğünlerini dışarıda tükettiği, % 54,0'unun (n=27) sebze ağırlıklı beslendiği, % 42,0'sinin (n=21) her gün kahve tükettikleri belirlendi. Kontrol ve deney grubundaki hastaların beslenme alışkanlıkları karşılaştırıldığında kahve tüketimi dışında diğer alışkanlıkları arasında farklılık olmadığı grupların homojen bulundu (p<0,05).

Çalışma kapsamında olan hasta gruplarının kullandıkları pişirme yöntemlerine ilişkin bulgular Tablo 3.4'de özetlendi.

Tablo 3.4. Çalışma kapsamındaki hastaların en çok tercih ettikleri pişirme yöntemlerinin dağılımı (N=50)

Pişirme yöntemi	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Tüm Hasta Grubu
	n(%)	n(%)	n(%)
Kızartma	3(50,0)	3(50,0)	6(100,0)
Haşlama	24(53,3)	21(46,7)	45(100)
Fırın	3(33,3)	6(66,7)	9(100,0)
Izgara	7(63,6)	4(36,4)	11(100,0)

Tablo 3.4 incelendiğinde; deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların pişirme yöntemi olarak daha çok haşlamayı tercih ettikleri gözlenirken, kızartmayı tercih edenlerin her iki grup açısından da en az tercih edildiği gözlemlendi.

Çalışma kapsamında olan hasta gruplarının sistemik hastalık durumlarına ilişkin bulgular Tablo 3.5'de özetlendi.

Tablo 3.5. Çalışma kapsamındaki hastaların kronik hastalıklarının dağılımı (N=50)

Kronik hastalıklar	Deney Grubu	Kontrol Grubu
	n(%)	n(%)
Yok	18(72,0)	12(48,0)
Var	7(28,0)	13(52,0)

Tablo 3.5 incelendiğinde; hastalardan deney grubunda yer alan hastaların % 72,0'sinde (n=18) kronik hastalık olmadığı gözlenirken,, kontrol grubundaki hastaların ise % 52,0'sinde (n=13) kronik hastalık varlığı olduğu belirlendi.

Çalışma kapsamındaki hastaların kemoterapi ve radyoterapi alma durumlarına ilişkin bulgular Tablo 3.6'da özetlendi.

Tablo 3.6. Çalışma kapsamındaki hastaların kemoterapi ve radyoterapi alma durumlarının dağılımı (N=50)

Kemoterapi ve radyoterapi alma durumu	Deney Grubu (n: 25)	Kontrol Grubu (n: 25)	Tüm hasta grubu (n: 50)	X ²	p
	n(%)	n(%)	n(%)		
Kemoterapi	2(8,0)	-	-	3,336	0,189
Kemoterapi±Radyoterapi	10(40,0)	7(28,0)	7(28,0)		
Yok	13(52,0)	18(72,0)	18(72,0)		

Çalışma kapsamındaki hastaların kemoterapi ve radyoterapi alma durumlarına bakıldığında hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05)

Çalışma kapsamında olan hasta gruplarının bağırsak boşaltım sıklıklarına ilişkin bulgular Tablo 3.7'de özetlendi.

Tablo 3.7. Çalışma kapsamındaki hastaların bağırsak boşaltım alışkanlıklarına göre dağılımı (N=50)

Ölçümler	Deney Grubu (n: 25)	Kontrol Grubu (n: 25)	Tüm hasta grubu (n: 50)	F	p
	Ort±ss (min-maks)	Ort±ss (min- maks)	Ort±ss (min- maks)		
Boşaltım sıklığı miktar	1,08±0,27 (1-2)	1,16±0,47 (1-3)	1,12±0,38 (1-3)	0,533	0,469
Boşaltım sıklığı gün	1,56±1,87 (1-10)	1,28±1,20 (1-7)	1,42±1,53 (1-10)	0,408	0,526

Tablo 3.7 incelendiğinde hastaların boşaltım miktarı ve sıklığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edildi (p>0,05).

Tablo 3.8.Çalışma kapsamındaki hastalara uygulanan ameliyat türleri ve süresine ilişkin bulguların dağılımı (N=50)

Yapılan ameliyat türleri	Deney Grubu (n: 25)	Kontrol Grubu (n: 25)	Tüm hasta grubu (n: 50)	X ²	p
	n(%)	n(%)	n(%)		
Cerrahi girişim türü					
Abdominaperianal rezeksiyon	1(4,0)	2(8,0)	3(6,0)	3,349	0,646
Anterior rezeksiyon	1(4,0)	3(12,0)	4(8,0)		
Düşük anterior rezeksiyon	15(60,0)	11(44,0)	26(52,0)		
Koloanal rezeksiyon	1(4,0)	-	1(2,0)		
Sağ hemikolektomi	4(16,0)	6(24,0)	10(20,0)		
Sol hemikolektomi	3(12,0)	3(12,0)	6(10,0)		
Ameliyat süreleri (saat)	3,91±1,08 (1,75-7,00)	4,00±1,28 (1,25-6,75)	3,96±1,17 (1,25-7,0)		

Çalışma kapsamında yer alan hastaların % 52,0'sine (n=26) düşük anterior rezeksiyon yapıldığı ve 3,96±1,17/saat ameliyat sürelerinin olduğu saptandı. Kontrol ve deney grubundaki hastalara uygulanan ameliyat türleri ve süresinin homojenlik gösterdiği saptandı(p>0,05) (Tablo 3.8).

Tablo 3.9. Çalışma kapsamındaki hastaların ameliyat sonrası nazogastrik tüp varlığına ilişkin bulguların dağılımı (N=50)

Ölçümler		Deney Grubu (n: 25)	Kontrol Grubu (n: 25)	Tüm hasta grubu (n: 50)	X ² / F	p
		n(%)	n(%)	n(%)		
Ameliyat sonrası nazogastrik tüp	Yok	20(80,0)	20(80,0)	40(80,0)	X ² 0,000	0,637
	Var	5(20,0)	5(20,0)	10(20,0)		
Var ise kalma süresi(saat)		9,25±5,50 (1-12)	2,00±0,00 (2-2)	5,62±5,28 (1-12)	F 6,950	0,039

Hastalara ameliyat sonrası nazogastrik tüp uygulama varlığı ile hastalık grupları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi (p>0,05) (Tablo 3.9). Ancak deney grubunda yer alan hastalara ameliyat sonrası nazogastrik tüp kalma süresinin, kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edildi (p<0,05).

Çalışma kapsamında olan hasta gruplarının ameliyat sonrası komplikasyon varlıklarına ilişkin bulgular Tablo 3.10'da özetlendi.

Tablo 3.10.Çalışma kapsamındaki hastaların ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumuna ilişkin bulguların dağılımı (N=50)

Ölçümler		Deney Grubu (n: 25)	Kontrol Grubu (n: 25)	Tüm hasta grubu (n: 50)	X ²	p
		n(%)	n(%)	n(%)		
Ameliyat sonrası komplikasyon varlığı	Yok	21(84,0)	23(92,0)	44(88,0)	0,222	0,500
	Var	4(10,0)	2(8,0)	6(12,0)		
Ameliyat sonrası komplikasyon varlığı olanların dağılımı	Yok	21(88,0)	23(92,0)	44(88,0)	3,424	0,489
	Bulantı, kusma	1(4,0)	-	1(2,0)		
	Cilt altı apse	-	1(4,0)	1(2,0)		
	İleus	1(4,0)	-	1(2,0)		
	Yara yeri enfeksiyon	2(8,0)	1(4,0)	3(6,0)		

Hastalık gruplarının ameliyat sonrası komplikasyon varlığı açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 3.10). Ameliyat sonrası komplikasyon varlığı olan hastalarda ise deney grubunda daha çok yara enfeksiyonu, bulantı kusma ve ileus gözlenirken, kontrol grubunda cilt altı apse ile yara yeri enfeksiyonu görüldü. ($p>0,05$).

Çalışma kapsamında olan hasta gruplarının ameliyat sonrası ilk mobilizasyon zamanlarına ilişkin bulgular Tablo 3.11’de özetlendi.

Tablo 3.11.Hastaların ameliyat sonrası ilk mobilizasyonuna ilişkin bulguları(N=50)

Ölçümler	Deney Grubu (n: 25)	Kontrol Grubu (n: 25)	Tüm hasta grubu (n: 50)	F	p
	Ort±ss (min-maks)	Ort±ss (min-maks)	Ort±ss (min-maks)		
Mobilizasyon zamanı (saat)	17,52±5,90 (6-24)	20,64±10,20 (6-48)	19,08±8,40 (6-48)	1,750	0,192

Hastalık gruplarının mobilizasyonun (ambulasyon) zamanı açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 3.11). Buna karşın deney grubunda hastaların (17,52±5,90 (6-24), kontrol grubuna20,64±10,20 (6-48) göre daha erken mobilize oldukları saptandı.

Tablo 3.12.Deney grubunda yer alan hastaların kahve içimi sonrası hissettikleri duygu ve düşüncelerinin dağılımı (N=50)

Kahve içmenin yarattığı duygu ve düşünce	Deney Grubu
	n (%)
Ameliyat sonrası ağız kuruluğunu giderdi	1 (4,0)
Herhangi bir değişiklik olmadı	2 (8,0)
İyi hissettirdi	14 (56,0)
Keyi verdi	5 (20,0)
Mide bulantısı yaptı	3 (12,0)

Tablo 3.12 incelendiğinde deney grubunda yer alan hastaların kahve içimi sonrasında; % 56,0 (n=14)'sının iyi hissettiği, % 20,0'sinin (n=5) keyifli, % 12,0'sinin (n=3) mide bulantısı yaşadığı, % 8,0 (n=2)'inin herhangi bir değişiklik yaşamadığı, % 4,0'inin (n=1) ise ameliyat sonrası ağız kuruluğunu giderdiği belirlendi.

Çalışma kapsamında olan hasta gruplarının ameliyattan çıktıktan sonraki bağırsak sesi, gaz ve gaita sürelerine ilişkin bulgular Tablo 3.13'de özetlendi.

Tablo 3.13.Çalışma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası bağırsak sesi, gaz, gaita çıkarma ve hastanede kalma sürelerine ilişkin bulguların dağılımı (N=50)

Ölçümler	Deney Grubu (n: 25)	Kontrol Grubu (n: 25)	Tüm hasta grubu (n: 50)	F	p
	Ort±ss (min- maks)	Ort±ss (min- maks)	Ort±ss (min- maks)		
Bağırsak sesi (saat)	20,77±12,58 (3,75-47,5)	23,22±14,64 (2,75-84,0)	21,99±13,57 (2,75-84,0)	0,402	0,529
Gaz (saat)	28,10±11,56 (5,25-50,5)	41,92±25,57 (3,75-89,0)	35,45±21,23 (3,75-89,0)	5,437	0,024
Gaita (saat)	32,73±13,97 (5,50-52,75)	47,58±24,63 (17,0-89,5)	40,98±21,70 (5,50-89,5)	5,764	0,021
Ortalama yatış süresi (gün)	11,88±5,38 (5-26)	11,80±4,63 (5-22)	11,84±4,97 (5-26)	0,003	0,955
Ameliyat sonrası yatış süresi (gün)	6,04±2,11 (3-12)	7,16±3,63 (4-18)	6,60±2,99 (3-18)	1,774	0,189

Tablo 3.13 incelendiğinde hasta grupları açısından bağırsak seslerinin duyulması ve hastanede kalma süreleri açısından aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0,05$). Ancak deney grubunda yer alan hastaların ameliyattan sonraki ilk gaz çıkarım süre ortalamalarının (28,10±11,56), kontrol grubundaki hastalara (41,92±25,57) göre daha az olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yine deney grubundaki hastaların ilk gaita çıkarım süre ortalamalarının(32,73±13,97), kontrol grubuna

(47,58±24,63) göre daha düşük olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan hasta gruplarının hastaların tanıtıcı özelliklerinin benzer olmasına bağlı gaz, gaita çıkarma süreleri ve hastanede kalma sürelerinin karşılaştırılmasına gerek duyulmadı.

Tablo 3.14. Çalışma kapsamına alınan hastalardan kronik rahatsızlığı olanların ameliyat sonrası bağırsak sesi, gaz, gaita çıkarma ve hastanede kalma sürelerine ilişkin bulguların dağılımı (N=50)

Kronik rahatsızlığı		Bağırsak Sesi (Saat)	Gaz (Saat)	Gaita (Saat)
		Ort±ss (min-maks)	Ort±ss (min-maks)	Ort±ss (min-maks)
Deney	Yok	22,38±14,17 (5,5-47,5)	28,5±11,24 (8,5-50,5)	34,5±11,43 (10,75-50,5)
	Var	16,6±5,97 (3,75-20,75)	27,25±13,1 (5,25-41,5)	28,62±19,31 (5,5-52,75)
F		1,067	0,053	0,732
p		0,312	0,820	0,403
Kontrol	Yok	21,19±8,66 (7,5-35,0)	36,16±22,67 (7,5-82,5)	42,83±24,85 (17-82,5)
	Var	25,08±18,76 (2,75-84,0)	47,24±27,8 (3,75-89,0)	51,97±24,57 (21,0-89,5)
F		0,431	1,179	0,854
p		0,518	0,289	0,365

Hastaların kronik rahatsızlığı varlığı değişkenlerinin kontrol ve deney gruplarında bağırsak sesi, gaz ve gaita çıkışları ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 3.14).

Tablo 3.15. Çalışma kapsamına alınan hastalardan kronik rahatsızlığı olanların ameliyat sonrası bağırsak sesi, gaz, gaita çıkarma ve hastanede kalma sürelerine ilişkin bulguların dağılımı (N=50)

Ölçümler	Yok (n: 30)	Var (n: 20)	Tüm hasta grubu (n: 50)	F	p
	Ort±ss (min-maks)	Ort±ss (min-maks)	Ort±ss (min-maks)		
Bağırsak sesi (saat)	21,91±12,11 (5,5-47,5)	22,12±15,84 (2,75-84,0)	21,99±13,57 (2,75-84,0)	0,003	0,958
Gaz (saat)	31,90±17,34 (7,5-82,5)	40,24±25,26 (3,75-89,0)	35,45±21,23 (3,75-89,0)	1,802	0,186
Gaita (saat)	38,34±18,91 (10,75-82,50)	44,6±25,11 (5,5-89,5)	40,98±21,7 (5,5-89,5)	0,910	0,346

Hastaların kronik rahatsızlığı varlığı değişkeni açısından bağırsak sesi, gaz ve gaita çıkışları ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 3.15).

4. TARTIŞMAVE SONUÇ

Kahve, bireyler tarafından günlük olarak tüketilen popüler bir içecek türü olmasının yanısıra merkezi sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem üzerindeki olumlu etkileri açısından da çalışmalara konu olmaktadır (Lane, 1990; Dulskas ve arkadaşları, 2015). Laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası kahve tüketiminin bağırsak hareketlerine ve hastanede kalma süresine etkisinin incelenmek amacı ile 25 deney ve 25 kontrol grubu olmak üzere toplamada 50 hasta çalışmanın örneklemini oluşturdu. Kahve tüketmek istemeyen hastalar kontrol grubunda yer alırken, kahve tüketmeye sıcak bakan ve kullanan hastalar ise deney grubuna alındı.

Çalışmaya alınan hastaların % 50,0'si (n=25) kolon kanseri, yaş ortalamaları $58,72 \pm 13,25$ (minimum: 32 - maksimum: 83), BKİ indeksi $26,57 \pm 4,75$ (minimum: 17,6 - maksimum: 37,4), % 58,0'inin (n=29) erkek, % 42,0'sinin (n=21) ilkokul mezunu olduğu belirlendi. Kontrol ve deney grubunda yer alan hastaların ameliyat öncesi tanısı, cinsiyet, yaş, BKİ, eğitim durumları, ameliyat süresi ve komplikasyon gelişimini içeren bağımsız değişken dağılımları karşılaştırıldığında homojen olduğu görüldü ($p > 0,05$) (Tablo 3.1).

Kolorektal kanser insidansı 50 yaş üstünde artış gösterirken, 65 yaş üzeri bireylerin daha yüksek risk altında oldukları (Mollahaliloğlu, Başara ve Eryılmaz, 2011; Müller ve arkadaşları, 2012) kaydedilmektedir. Bu çalışmada ise hasta gruplarının yaş ortalamalarının $58,72 \pm 13,25$ olduğu, deney ve kontrol grubunun arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmediği, elde edilen sonuçların ise literatürü desteklediği gözlemlendi (Piric ve arkadaşları, 2015; Dulskas ve arkadaşları, 2015).

Kolorektal kanserler dünya üzerindeki kadın ve erkeklerde 4. sırada (Müller ve arkadaşları, 2012), ülkemizde ise kadınlarda 3. ve erkeklerde 4. sırada en çok görülen kanser türüdür (Mollahaliloğlu, Başara ve Eryılmaz, 2011). Bu çalışmada ise hasta gruplarının % 58,0'inin erkek, % 42,0'sinin kadın olduğu gözlenirken, deney ve kontrol grubunda dağılımın homojenlik gösterdiği gözlemlendi. Literatür (Müller ve arkadaşları, 2012; Mollahaliloğlu, Başara ve Eryılmaz 2011) ve diğer çalışma

bulgularına (Piric ve ark. 2015; Dulskas ve ark. 2015) benzer sonuçlar olduğu saptandı.

Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalar ile çalışan İzveren ve Dal (2011)'in çalışmasında da, hastaların çoğunun ilköğretim mezunu olduğu gözlemlendi. Bu çalışmada da hastaların % 42,0'sinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenirken, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan bir fark gözlenmedi. Kolorektal cerrahi hastalarında kahve tüketiminin bağırsak hareketleri üzerine incelemeler yapan Piric ve arkadaşları (2015) ile Dulskas ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında eğitim düzeyi ile ilgili herhangi bir bulguya rastlanmadı.

Kolorektal cerrahisi uygulanan hastalar üzerine Duluklu'nun (2018) gerçekleştirdiği çalışmada, deney grubundaki hastaların %52,9'unun sistemik bir hastalığı yok iken, kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun (%64,7) sistemik bir hastalığa sahip olduğu, ancak aralarındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir. Bu çalışmada ise kontrol grubunda hastaların % 48,0'inde hipertansiyon, deney grubunda ise bu oran % 24,0 olarak gözlemlendi.

Dulskas ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada kahve tüketen grupta yer alanların % 10,0'u, Piric ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise kahve tüketen gruptaki hastaların % 10,71'inin sigara kullandığı bulundu. Çalışmada sigara ve alkol kullanma durumları her iki grupta da homojen dağılım gösterdiği, deney grubunda yer alan hastaların % 20,0'sinin sigara kullandığı ile ilişkili sonuç Dulskas ve ark. (2015), Piric ve ark.(2015)'nin yaptığı çalışmadaki hasta profilleri ile benzerlik göstermektedir.

Kolorektal kanser nedeniyle uygulanan cerrahi girişimlerin 180 dakikadan daha uzun süre ile gerçekleştirilen ameliyatlara istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı, buna karşın ameliyat sonrası ileus gelişme riskinin 1,18-5,46 kat arttırdığı bildirilmektedir (Mollahaliloğlu, Başara ve Eryılmaz, 2011). Duluklu (2012) ameliyat sürelerinin hem deney hem de kontrol grubunda 210 dakikanın üzerinde olduğunu rapor etmektedir. Dulskas ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ameliyat süresi ortalama 103,0 dakika olmasına karşın gruplar arasında anlamlı fark olmadığı gözlenmektedir. Bu çalışmada hasta gruplarının ortalama ameliyat süreleri 3,96 saat (237,6 dakika) olduğu gözlenirken, deney ve kontrol grubunda dağılımın homojenlik gösterdiği saptanarak, elde edilen sonucun literatür ile uyumlu olduğunu düşündürmektedir.

Günümüzde ameliyat sonrası komplikasyon gelişimini azaltmak ya da önlemek amacı ile birçok çalışmadan elde edilen kanıta dayalı bakım uygulamalarının ameliyat sonrası hızlı iyileşme protokolüne (ERAS) entegre edilmesi ile kolorektal cerrahi komplikasyon gelişim oranının azaldığı düşünülmektedir (Song ve arkadaşları, 2016). Bu açıdan kolorektal ameliyatı sonrası hastaların tedavi süresinde yaşayabilecekleri cerrahi travmayı en aza indirebilmek adına; laparoskopik cerrahi yöntem kullanımı, erken oral alım, mobilizasyonunun erken sağlanması, nazogastrik tüplerden kaçınmayı, torasik epidural analjezi ve kısıtlayıcı sıvı yönetimini içeren “hızlı izleme iyileşme protokolü” kullanılmaktadır (Dulskas ve arkadaşları, 2015). Bu yöntemlerin hastaların ameliyat sonrası ağrı ve stres düzeylerinde azalma sağladığı, konfor düzeyini artırdığı ve iyileşme sürecinde azalma sağladığı ifade edilmektedir (Asgeirsson ve arkadaşları, 2010).

Kolorektal cerrahi girişim uygulanan hastalarda bağırsak hareketlerini artırmak amacı ile yapılan çalışmalar incelediğinde; kahve tüketimi, sakız çiğneme ve çeşitli farmakolojik ilaçların bağırsak fonksiyonlarını erken aktive etmek amacı ile çeşitli substratların kullanımı önerilmektedir (Mattei ve Rombeau, 2006; Welsch ve arkadaşları, 2007; Ludwig ve arkadaşları, 2008; Heather ve Matthew, 2009; Ortega-Deballon ve arkadaşları, 2010; Ruiz-Tovar ve arkadaşları, 2010; Müller ve Arkadaşları, 2012; Li ve Arkadaşları, 2013). Vitaglione ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada laparoskopik kolektomi sonrası hastaların tükettikleri kahvenin bağırsak fonksiyonuna etkisi olduğunu bildirmişlerdir.

ERAS protokolü ve minimal travma tekniğinin yanı sıra, yapılan bazı çalışmalarda kolorektal cerrahi sonrası bağırsak fonksiyonunun iyileşmesini hızlandırmak için alternatif bir yöntem olan sakız çiğnemesinin de bir çeşit sahte beslenme olduğu bildirilmiştir (Solak Kabataş ve Özbayır, 2016). Erken oral beslenme, bağırsak fonksiyonunun geri dönmesini destekleyen önemli bir faktördür. Ancak çalışmalarda ameliyat sonrası bulantı, kusma ve oral beslenmeyi tolere edememe nedeniyle uygulanabilir bir yöntem olmadığının da belirtilmesine karşın bazı çalışmalarda da sakız çiğnemenin, ucuz, iyi tolere edilen ve bir yöntem olarak kabul gördüğü vurgulanmıştır (Vasquez ve arkadaşları, 2009; Song ve arkadaşları, 2016). Sakız çiğneme ile ilgili birçok çalışmanın olduğu gözlenmektedir. Kolorektal cerrahi sonrası kahve tüketiminin bağırsak fonksiyonlarının geri kazanılmasında ve bağırsak hareketlerini uyarıcı etkisi ile ilgili ise literatürde çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır.

Wilmore ve arkadaşları (2001) bahsedilen bu önlemlerin, uygulanan cerrahi girişimi daha iyi optimizasyonunu ve ameliyat sonrası hastanın iyileşme sürecine katkı sağladığını bildirmişlerdir. Brown, Cann ve Read (1990)'in yaptıkları çalışmada kahve tüketen bireylerin bağırsak ve motor aktivitesini arttırdığını vurgulamışlardır.

Asgeirsson ve arkadaşları(2010) yaptıkları çalışmada, ameliyat sonrası dönemde hastaların bakım kalitesini artırmak ve komplikasyon gelişimini önlemek amacı ile yardımcı yeni tedavi yöntemlerinin gerekli olduğu konusunda görüş bildirmişlerdir.

Yine bir çalışmada, her ne kadar kahve bağırsak fonksiyonlarını uyarabilse de, bağırsak hareketleri üzerindeki etkilerini içeren çok az çalışmadan elde edilen bilimsel kanıtların olduğu bildirilmiştir (Müller ve arkadaşları, 2012).Yapılan başka bir çalışmada hastaların her ne kadar erken beslenme, sıvı kısıtlaması, sakız çiğneme, ambulasyon, yeni ilaçlar, epidural analjezi ve minimal invaziv cerrahi gibi komplikasyon gelişimini azaltmak için yardımcı yeni tedavi yöntemler önerilmiş olsa da, bu yöntemlerin komplikasyonları önlemede tamamen başarılı olamadığını vurgulamışlardır (Dulskas ve arkadaşları, 2015).

Piric ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında kahve tüketen gruptaki hastaların % 14,29'unda ameliyat sonrası komplikasyon gözlenirken, Dulskas ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ise kahve tüketen grupta yer alan hastaların % 6,6'sında komplikasyon gözlenmiştir. Bu çalışmada ise deney ve kontrol grubunun % 2,0'sinde bulantı, kusma, % 2,0'sinde cilt altı apse, % 2,0'sinde ileus ve % 6,0'sında yara yeri enfeksiyonu gibi komplikasyon geliştiği, deney ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$)(Tablo 3.10)

Sağ ve sol hemikolektomi uygulanan hastalarda bağırsak hareketlerinin başlama zamanı değişebilmekte ve özellikle sağ hemikolektomide ameliyat sonrası ileus görülme oranı artabilmektedir (Millan ve ark., 2012). Literatürde, kolorektal cerrahi girişim uygulanan hastalarda kahve tüketiminin bağırsak işlevleri üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmalarda; Piric ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında % 25,0'ine anterior rezeksiyon uygulanırken, Dulskas ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise hastaların % 43,3'ünde sigmoid kolektomi uygulanmıştır. Bu çalışmada ise tüm hasta grupları için hastaların % 52,0'sinde düşük anterior rezeksiyon uygulanırken, deney ve kontrol grubu için varolan dağılımda istatistiksel açıdan fark gözlenmedi(Tablo3.8).

Piric ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada kahve tüketen gruptaki hastaların % 3,57'sinde nazogastrik tüp varlığına gereksinim duydukları bildirilmiştir. Bu çalışmada her iki gruptaki hastaların % 20,0'sinin nazogastrik tüp varlığına gereksinim duydukları bulundu. Deney grubunda yer alan hastalarda nazogastrik tüpün kalma süresi $9,25 \pm 5,50$ (Min- Maks:1-12), kontrol grubunda ise $2,00 \pm 0,00$ (Min- Maks:2-2) olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubu arasında gözlenen farklılıklarında anlamlı olduğu saptandı. Her iki grupta komplikasyon gelişimi ve hasta profili açısından fark olmamasına karşın, nazogastrik tüpün daha uzun süre kalmasını, deney grubunda yer alan 2 kişide nazogastrik tüpün 12 saat kalarak ortalamayı değiştirmesi ya da hekimlerin nazogastrik tüpün kalma süresine ilişkin yaklaşım farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Abdominal cerrahi girişimler sonrası bağırsak aktivitelerinin geçici olarak durması beklenen bir durumdur (Ramirez ve arkadaşları, 2013). Sindirim sistemini ilgilendiren ameliyatlardan ve kolorektal cerrahi girişimlerden sonra, bağırsak aktivitelerinde yaygın olarak ortaya çıkan değişiklikler çeşitli literatürde bildirilmektedir (Mollahaliloğlu, Başara ve Eryılmaz, 2011; Müller ve arkadaşları, 2012; Ramirez ve arkadaşları). Çalışmada hasta gruplarının ilk bağırsak sesinin duyulma zamanı ortalaması $21,99 \pm 13,57$ saat olduğu tespit edilirken, deney grubunda bu ortalama ($20,77 \pm 12,58$ saat) iken, kontrol grubunda ($23,22 \pm 14,64$ saat) olarak belirlenmiş, deney grubunun ortalaması daha düşük olmasına karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu.

Duluklu'nun (2012) çalışmasında, deney grubundaki hastaların gaz çıkarma zamanları ($47,3 \pm 13,9$), kontrol grubuna ($62,9 \pm 18,4$) oranla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu çalışmada tüm hasta grupları için ortalama gaz çıkarım zamanı $35,45 \pm 21,23$ saat bulunurken, deney grubunun ortalamasının ($28,10 \pm 11,56$) kontrol grubuna ($41,92 \pm 25,57$) oranla anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (Tablo 3.13). Yine Piric ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada kahve tüketen grupta yer alan hastaların gaita çıkarım ($80,93 \pm 6,892$ saat) zamanlarının, çay tüketen hastaların ($96,2 \pm 4,417$ saat) oranına göre daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada kahve tüketen hastaların gaita çıkarım zamanının ($32,73 \pm 13,97$), kontrol grubundaki hastaların çıkarım oranlarına ($47,58 \pm 24,63$) göre daha düşük olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu saptandı. Elde edilen sonucun literatür ile uyumlu olduğu gözlemlendi. Ayrıca çalışmada kahve içimi sonrası hastaların % 88'inde olumlu duygu

ve düşünceler oluştuğu (% 56,0 (n=14)'sının iyi hissettiği, % 20,0'sinin (n=5) keyifli olduğu belirlendi(Tablo 3.12).Sadece üç hastada mide bulantısına neden olduğu görüldü. Bu sonucun, hasta konforu ve memnuniyeti açısından oldukça önemli olduğu söylenebilir.

Çalışma sonucunda; laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası hastalarda kahve tüketiminin, bağırsak hareketlerinde ve hastanede kalma süresinde istatistiksel olarak etkili olmamasına karşın ($p >0.05$);bağırsak hareketlerinin kontrol grubundaki hastalara göre 3 saat daha erken başladığı ve hastanede bir gün daha az kaldığı belirlendi. Gaz ve gaita çıkarma süresi üzerinde de etkili olduğu belirlendi($p<0,021$). Böylece hipoteze kısmen ulaşıldı.

Bu sonuçlar doğrultusunda laparoskopik kolorektal cerrahi sonrası, hasta konforunu arttıracak ve komplikasyon gelişim oranlarını azaltacak olasıları nedeniyle konu nedeniyle konu ile ilgili daha büyük örneklem grubunu kapsayan çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Adelstein, BA., Macaskill, P., Chan, SF., Katelaris, PH., Irwig, L. (2011). Most bowel cancer symptoms do not indicate colorectal cancer and polyps: a sytematic review, *BMC Gastroenterology*, 11 (1), 1-10.

Akçal, T., Ertürk, S. (2016). Kolon kanseri cerrahisi: ameliyat teknikleri, <http://tarikakcal.com/wp-content/uploads/2016/12/kolon-ve-rektum-kanserleri.pdf>, Erişim Tarihi: 11.03.2019

Akgün, EZ., Yoldaş, T. (2012). İntestinal stoma, *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 22, 133-146.

Akgün, M. (2011). Laparoskopik cerrahide hasta hazırlığı ve hemşirenin rolü. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*,8(2), 11-17.

Aksoy, G. (1998).Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı. İçinde: Aksoy G (editör). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 66-87.

Akyolcu, N. (2012). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı, İçinde: G. Aksoy, N. Kanan, & N. Akyolcu (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği I*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 335-66.

Al Wutayd, O., Alamri, F., Ali, AM., Kassim, KA., İbrahim, AK. (2015). Colorectal cancer risk factors: a study of knowledge, attitude and practice among adults in Riyadh, Saudi Arabia, *Cancer Research Journal*, 3, 94-99.

Alabaz, Ö., Akçam, T. (2019). 40. İntestinal stomalar, <http://www.tkrcd.org.tr/en/krveanalbolgehastaliklari/591-620.pdf>, Erişim Tarihi: 11.03.2019

Alabaz, Ö., Parsak, C. (2019). 39. Kolorektal cerrahide komplikasyonlar ve önlemleri, <http://www.tkrcd.org.tr/en/krveanalbolgehastaliklari/591-620.pdf>, Erişim Tarihi: 11.03.2019

Alemdar, K., Akçal, T., Buğra, D. (2004). Kolon rektum ve anal bölge hastalıkları, 2. baskı, İstanbul, 17-18

Asgeirsson, T., El-Badawi, KI., Mahmood, A., Barletta, J., Luchtefeld, M., Senagore, AJ. (2010). Postoperative erative ileus: it costs more than you expect. *J Am Coll Surg.* 210, 228-231.

Aslan, Y., Atan, A. (2010). Laparoskopik girifl ve sütün teknikleri. adım adım laparoskopik cerrahi. *Türk Üroloji Seminerleri*, 1, 134-141.

Astin, M., Griffin, T., Neal, RD., Rose, P., Hamilton, W. (2011). The diagnostic value of symptoms for colorectal cancer in primary care: a systematic review, *Br J Gen Pract*, 61 (586), 231-243.

Aydın, C., Ölmez, A., Pişkin, T., Gönültaş, F., Kayaalp, C., Yılmaz, S. (2009). Sakruma invaze lokal nüks rektum kanserlerinde abdominosakral rezeksiyon, *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 19, 152-157.

Aydın, H. (2016). Stoma çeşitleri, <http://www.halimeaydin.com.tr/kolostomi-bakimi-ve-stoma-ile-yasam/>, Erişim Tarihi: 17.05.2019

Aydın, Z. (2014). Ameliyat sonrası dönemde hastaların hemşirelik bakımını değerlendirmeleri, Yayınlanmamış Tez: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Aygin, D., Eti Aslan, F., Cengiz, H. (2011). Yaşlı cerrahi hastasında ameliyat sonrası erken dönem, http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-01/html/2012-4-1-012-017.htm, Erişim Tarihi: 11.03.2019

Aylaz, G. (2011). Kolorektal cerrahi sonrası hasta eşlerinin yaşam kalitesi, Yayınlanmamış Tez: Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara.

Aytur, T. (2001). Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hasta bakım sonuçlarına etkisi, Yayınlanmamış Tez: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Azeem, S., Gillani, SW., Siddiqui, A., Jandrajupalli, SB., Poh, V. (2015). Diet and colorectal cancer risk in Asit – a systematic review. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16, 5389-5396.

Badak, B., Ateş, E. (2018). Aşağı anterior rezeksiyon, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 40(1), 110-115.

Baykan, D., Öztürk, G., Gezer, M. (2002). Akut kolon obstrüksiyonlarında ogilvie sendromunun yeri, *Van Tıp Dergisi*, 9(4), 109-112.

Brown, SR., Cann, PA., Read, NW. (1990). Effect of coffee on distal colon function. *Gut*, 31, 450-453.

Büyükdoğan, M. (2009). Kolorektal kanserde genetik ve etyolojik faktörler, *Selçuk Tıp Dergisi*, 25, 171-180.

Büyükılmaz, F., Şendir, M. (2009). Cerrahi hastalarında bağırsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 74-81.

Coşkun, H., Akbayrak, N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5, 63-68.

Çavdar, İ. (2015). Kolon, rektum ve anal kanserler, İçinde: G. Can (Ed), *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 707-717.

Çürük, GN., Kaçmaz, H. (2014). Kolorektal kanserden korunma ve hemşirenin sorumlulukları, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6, 224-233.

Daldal, E., Baş, G., Özkan, OV., Okan, İ., Süren, M., Sezgin, C., ve ark. (2008). Sağ ve sol kolon obstrüksiyonlarında rezeksiyon ve primer anastomozun karşılaştırılması: deneysel bir çalışma, *Turk J Colorectal Dis.*, 18 (4), 169-176.

Demir, N. (2010). Preoperatif hazırlık - postoperatif bakım ve takip, Nobel tıp kitapları, 2. Baskı, İstanbul.

Dobrucalı, A. (2009). 34. Kolon kanserinde sınıflandırma, VIII. Kolon Kanseri, <http://www.tkrcd.org.tr/en/KRveAnalBolgeHastaliklari/395-412.pdf>, Erişim tarihi: 17.09.2019

Dulskas, A., Klimovskij, M., Vitkauskiene, M., Samalavicius, NE. (2015). Effect of coffee on the length of postoperative ileus after elective laparoscopic left-sided colectomy: a randomized, prospective single-center study, *Dis Colon Rectum*,58(11), 1064-1069.

Duluklu, B. (2012). Sol kolon-rektum cerrahisi sonrası bağırsak fonksiyonlarının başlamasında sakız çiğnemenin rolü, Yayınlanmamış Tez: Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Duluklu, B. (2018). Kalıcı kolostomisi olan bireylerde stoma torbasına konulan lavanta esansiyel yağının kokunun giderilmesine, yaşam kalitesine ve stoma uyumuna etkisi, Yayınlanmamış Tez: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Elkablawy, AM., Maxwell, P., Williamson, K., Anderson, N., Hamilton, PW. (2001). Apoptosis and cell-cycle regulatory proteins in colorectal carcinoma: Relationship to tumour stage and patient survival. *Journal of Pathology*, 194, 436-443.

Erdil, F. (2001). Cerrahi hemşireliği, Aydoğdu Ofset, 4. Baskı, Ankara.

Erdil, F., Özhan-Elbaş, N. (2001). Cerrahi hastalıkları hemşireliği, Genişletilmiş IV Baskı, Aydoğdu Ofset; Ankara.

Eti Aslan, F., Karadağ Arlı, Ş. (2016). Gastrointestinal cerrahisinde bakım, In: Cerrahi bakım. Eds: Eti Aslan, F., Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 471-512.

Görmez, A., Haliloğlu, M. (2017). Pediatrik adomende kontrastlı radyografi, *Trd Sem*, 5, 146-156.

Gülay, H. (2005). Temel ve sistematik cerrahi, İzmir Güven Kitapevi İzmir, 1244-1296.

Hamzaoğlu, İ. (2016). 50. ülseratif kolit, <http://www.tkrcd.org.tr/en/krveanalbolgehastaliklari/591-620.pdf>, Erişim Tarihi: 11.03.2019

Heather, R., Bream-Rouwenhorst, MA. (2009). Cantrell. *Am J Health Syst Pharm*,66(14), 1267-1277.

İzveren, AÖ., Dal, Ü. (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 36-46.

Kalfaoğlu, M., Hansel, H., Cevheroğlu, C., Gürkut, Ö., Ciner, F., Beroval, Ö., ve ark. (2013). KKTC’de laparoskopik kolorektal cerrahi deneyimimiz, *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 23, 157-161.

Kehlet, H., Dahl, JB. (2003). Anaesthesia, surgery, and challenges in ameliyat sonrası recovery. *Lancet*, 362, 1921-1928.

Keleş, A. (2015). Cerrahi alan enfeksiyonu gelişmemesi için alınması gereken önlemler, <https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2015/10/cerrahi-alan-%c4%b0enfeksiyonu-geli%c5%9fmemesi-i%c3%a7in-al%c4%b1nmas%c4%b1-gereken-%c3%96nlemler-asl%c4%b1-keles%cc%a7.pdf>, Erişim Tarihi: 12.05.2019

Koç, S. (2017). Kolorektal kanseri önleme: kolorektal kanser risk danışmanlığı, *Florence nightingale hemşirelik dergisi*, 25, 69-77.

Kumcağız, H., Malazgir, Z., Kaya, E. (2000). Stoma tipleri ve sorunları, *OMÜ Tıp Dergisi*, 17(4), 284-292.

Lane, JD., Adcock, RA., Williams, RB., Kuhn, CM. (1990). Caffeine effects on cardiovascular and neuroendocrine responses to acute psychosocial stress and their relationship to level of habitual caffeine consumption. *Psychosom Med.* 52, 320-336.

Lemone, P., Burke, K., Bauldoff, G., Gubrud, P. (2015). Medical-surgical nursing, Boston: Pearson Education, 588-624.

Ludwig, K., Enker, WE., Delaney, CP.. (2008). Gastrointestinal tract recovery in patients undergoing bowel resection: results of a randomized trial of alvimopan and placebo with a standardized accelerated postoperative care pathway. *Arch Surg.* 143, 1098-1105.

Mattei, P., Rombeau, JL. (2006). Review of the pathophysiology and management of postoperative ileus. *World J Surg.* 30(8), 1382-1391.

Mayır, B., Ensari, CO., Durhan, A., Copelci, Y. (2018). Kolorektal kanser tarama amaçlı yapılan gaitada gizli kan testi pozitif saptanan hastalarda kolonoskopi bulguları, *Turkish Journal of Colorectal Disease*, 28, 27-35.

Millan, M., Biondo, S., Fraccalvieri, D., Frago, R., Golda, T., Kreisler, E. (2012). Risk factors for prolonged postoperative ileus after colorectal cancer surgery. *World Journal of Surgery*, 36(1), 179-85.

Mollahaliloğlu, S., Başara, BB., Eryılmaz, Z. (2011). Sağlık istatistikleri yılı 2010. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Murphy, DP., Hawks, JH. (2009). Management of clients with intestinal disorders, In: S.M. Black, J.H., Hawks, Medical Surgical Nursing, Unites States of America, Saunders, 678-726.

Müller, SA., Rahbari, NN., Schneider, F. (2012). Randomized clinical trial on the effect of coffee on postoperative ileus following elective colectomy. *Br J Surg*. 99, 1530-1538.

Müslümanoğlu, M., Serter, A. (2011). Cerrahi gastroenteroloji. In: Kolon kanseri, Eds: Değerli, Ü., Erbil, Y., 8. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kıtabevleri, 165-180.

Nasrallah, A., El-Sibai, M. (2014). Colorectal cancer causes and treatments: A minireviw, *The Open Colorectal Cancer Journal*, 7 (1), 1-4.

Oğuz, S., Erdoğan, Z. (2016). Kahve tüketiminin kalp sağlığı üzerine etkisi, *Journal of Cardiovascular Nursing*. 7(14), 136-139.

Ortega-Deballon, P., Radais, F., Facy, O., d'Athis, P., Masson, D., Charles, PE, et al. (2010). C-reactive protein is an early predictor of septic complications after elective colorectal surgery. *World J Surg*. 34, 808-814.

Piric, M., Pasic, F., Rifatbegovic, Z., Konjic, F. (2015). The effects of drinking coffee while recovering from colon and rectal resection surgery, *M Ed Arh., Dec*, 69(6), 357-361.

Pirinççi, S., Benli, C., Okyay, P. (2015). Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması, *TAF Prev Med Bull*, 14, 209-214.

Ramirez, J., McIntosh, A.G., Strehlow, R., Lawrence, V.A., Parekh, D.J., Svatek, R.S. (2013). Definition, incidence, risk factors, and prevention of paralytic ileus following radical cystectomy: A systematic review. *European Urology*, 64(4), 588-97.

Rao, SS., Welcher, K., Zimmerman, B., Stumbo, P. (1998). Is coffee a colonic stimulant? *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 10, 113-118.

Ruiz-Tovar, J., Morales-Castiñeiras, V., Lobo-Martínez, Eduardo. (2010). Complicaciones posoperatorias de la cirugía colónica, *Cirugía y Cirujanos*, 78(3), 283-291.

Saltan, F., Kaya, H.(2018). Kahve: bir farmakognozik derleme, *FABAD J. Pharm. Sci.*, 43, 3, 279-289.

Sanaç, Y. (2004). Safra kesesi. Sayek İ (Editör). Temel cerrahi. Ankara: Güneş Kitabevi, 1372-80.

Sayek İ. (2004). Kolon-Rektum Kanserleri. Sayek, İ. (Edt.). Temel Cerrahi 3. Ed., Ankara: Güneş Kitapevi, 1243-50.

Schwartz, SS., Galloway, DF. (1999). Cerrahinin ilkeleri. minimal invazif cerrahi. 7th Ed. Çeviri, A. Yağmurlu. İstanbul: Baran Ofset Matbaacılık, 2171-2175.

Seven, E., Girgin, S., Uysal, E., Taçyıldız, İH., Keleş, C., Gedik, E. (2008). Possum, p-possum, cr-possum ve acpgbı-crc skortlama sistemlerinin, kolorektal kanserli hastalarda mortalite tahminindeki duyarlılıklarının karşılaştırılması, *Kolon Rektum Hast. Derg.* 111-117.

Sevilir, C. (2011). Ameliyat geçiren hastaların bakım gereksinimlerinin ve hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Tez: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Shin, S., Tadahiko, M., Naoyuki, U., Noriaki, F., Hidehiko, A., Tetsuichiro, M. (1998). Characteristics in primary signet-ring cell carcinoma of the colorectum, from clinicopathological observations. *Jpn J Clin Oncol*, 28, 202-206.

Solak Kabataş, M., Özbayır, T. (2016). Kolorektal cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü: sistematik derleme, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 120-132.

Song, GM., Deng, YH., Jin, YH. (2016). Meta-analysis comparing chewing gum versus standard postoperative care after colorectal resection, *Oncotarget*, 7-9.

Su, TT., Goh, JY., Tan, J., Muhaimah, AR., Pigeneswaren, Y., Khairun, NS., Normazidah, AW., Tharisini, DK., Abd Majid, H. (2013). Level of colorectal cancer awareness: a cross sectional exploratory study among multi-ethnic rural population in Malaysia, *BMC Cancer*, 13, 376-384.

Şahin, E., Terzioğlu, F. (2015). The effect of gum chewing, early oral hydration, and early mobilization on intestinal motility after cesarean birth. *Worldviews On Evidence- Based Nursing*, 12(6), 380-388.

Şahin, NŞ., Üner, BA., Aydın, M., Akçan, A., Gemalmaz, A., Dişçigil, G., Demirağ, S., Başak, O. (2015). Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 19, 37-48.

Tarhan, Ö. (2018). Safra kesesi ve safra yolları hastalıkları, www.turkcerrahi.com. tıbbi makaleler, Erişim Tarihi: 03.02.2019

Tarhan, Ö. (2019). Kolon kanseri cerrahi tedavisi, <http://www.turkcerrahi.com/makaleler/kolon-rektum-ve-anus/kolorektal-kanser-kolon-ve-rektumun-adeno-kanseri/kolon-kanseri-tedavisi-ve-ameliyatlari/>, Tıbbi Makaleler, Erişim Tarihi: 11.03.2019

Tarhan, Ö. (2019). Rektum kanseri cerrahi tedavisi, <http://www.turkcerrahi.com/makaleler/kolon-rektum-ve-anus/kolorektal-kanser-kolon-ve-rektumun-adeno-kanseri/rektum-kanseri-tedavisi-ve-ameliyatlari/>, Tıbbi Makaleler, Erişim Tarihi: 11.03.2019

TC. Sağlık Bakanlığı. (2015). Türkiye kanser kontrol programı, http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/turkce/Turkiye_Kanser_Kontrol_Programi.pdf, Erişim tarihi: 16.09.2019

Terzi, C., Canda, AE. (2004). Ülseratif kolit ve cerrahi tedavi, *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 14(3), 141-151.

Ünal, AG. (2017). İntestinal hareketin değerlendirilmesinde yeni metod: akustik gastrointestinal gözetim, Uzmanlık Tezi, Çukurova üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adana.

Vasquez, WV., Hernandez, AV., Garcia-Sabrido, JL. (2009). Is gum chewing useful for ileus after elective colorectal surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials, *J. Gastrointest. Surg.*, 13, 649-656.

Vitaglione, P., Fogliano, V., Pellegrini, N. (2012). Coffee, colon function and colorectal cancer, *Food Funct.* 3, 916-922.

Welsch, T., Müller, SA., Ulrich, A., Kischlat, A., Hinz, U., Kienle, P. et al. (2007). C-Reactive protein as early predictor for infectious postoperative complications in rectal surgery, *Int J Colorectal Dis.* 22, 1499-1507.

Wilmore, DW., Sawyer, F., Kehlet H. (2001). Menagement of patients in fast track surgery. *BMJ*, 322.

Yamada, T., Alpers, DH., Kalloo, AN., Kaplowitz, N., Owyang, C., Powell, DW. (2009). Principles of clinical gastroenterology, Wiley-Blackwell.

Yar, G. (2007). 45 Yaş ve Altı Kolorektal Kanserlerin Retrospektif Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Tez: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Yılmaz, M., Dereli, F., Yelten, G. (2016). Elli yaş ve üzerindeki bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri, sağlık yaşam biçimi davranışları ve sağlık inançlarının kolon kanserine ilişkin tarama davranışlarına etkisi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13, 226-234.

EKLER

EK A. DENEY GRUBU ANKET FORMU

LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİ SONRASI KAHVE TÜKETİMİNİN BAĞIRSAK HAREKETLERİNE VE HASTANEDE KALMA SÜRESİNE ETKİSİNİ BELİRLEMeye İLİŞKİN ANKET FORMU

Sayın katılımcı:

Aşağıda yer alan anket formundaki bilgilerden Öğretim Üyesi Doktor Sennur Kula Şahin danışmanlığında, Doç. Dr. Ahmet Rencüzoğulları ve Çiğdem Bildirici tarafından yürütülecek olan yüksek lisans tez çalışmasında yararlanılacaktır. Çalışmanın amacı, sizin gibi kolorektal cerrahi geçiren hastaların bağırsak hareketlerini hızlandırmak ve hastanede yatış süresini azaltmak için planlanmıştır. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, çalışmaya katılmayı kabul etmezseniz tedavinizde herhangi bir aksama olmayacak ve sonuçlar sadece bilimsel amaç için kullanılacaktır.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız sorulara içtenlikle cevap veriniz. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Ad:

Soyad:

İmza:

DENEY GRUBU VERİ TOPLAMA FORMU

1- Hastanın Adı – Soyadı:

2- Yaşı: _____ (Lütfen belirtiniz)

3-Cinsiyet () Erkek () Kadın

4. Medeni durumunuz: () Evli () Bekâr () Boşanmış () Dul

5. Eğitim durumunuz:() Okur Yazar Değil() İlkokul () Ortaokul() Lise
() Ön lisans () Lisans () Lisansüstü

6. Mesleği: _____ (Lütfen belirtiniz)

7.Gelir düzeyi: () Düşük () Orta () Yüksek

8.Yaşadığımız Yerleşim Yeri:() İl () İlçe () Köy/Kasaba

9.Sigara kullanıyor musunuz?

() Evet Günde..... (Lütfen miktar belirtiniz) () Hayır () Bıraktım

10. Alkol kullanıyor musunuz?

Evet Günde..... (Lütfen miktar belirtiniz) Hayır Bıraktım

11. Genellikle günde kaç öğün yemek yersiniz/yerdiniz?

.....ana öğün (Lütfen miktar belirtiniz)

.....ara öğün (Lütfen miktar belirtiniz)

12. Pişirme yöntemi olarak sıklıkla hangisi veya hangilerini kullanırsınız/kullanırdınız?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Kızartma Haşlama Fırın Izgara

13- Günde kaç öğün dışarda yemek yersiniz/yerdiniz?

Hiç En az bir kez İki kez Üç ve üzeri Çok Nadir

14- Hangi öğünlerinizi dışarda yersiniz/yerdiniz?

Sabah Öğle Akşam

15- Fast-food tüketim sıklığınız nedir/ne idi?

Yok Hergün İki güne bir Haftada bir

On beş günde bir Ayda bir Çok Nadir

16-Beslenme şekliniz nedir?

Sebze Ağırlıklı Et ağırlıklı

17-Kahve tüketim sıklığınız nedir?

Hergün İki güne bir Haftada bir

On beş günde bir Ayda bir Hiç

18. Sistemik Hastalıklar

- Yok
- DM
- HT
- Kardiyovasküler Sistem Hastalığı
- Solunum Sistemi Hastalığı
- Diğer (Lütfen açıklayınız):

19. Ameliyat Öncesi Tanı:

20. Tümör Evresi:

21. KRT Öyküsü:

22. Bağırsak boşaltım sıklığı:..... Gün

23. İntraoperative Komplikasyon varlığı: Yok Var.....

24. Yapılan Ameliyat:

25. Ameliyata girdiği: Tarih: Saat:

26. Ameliyattan çıktığı: Tarih: Saat:
27. Ameliyat Süresi:
28. Verilen anestezi ilaçları ve dozları: (Lütfen belirtiniz)
29. Ameliyattan sonra kullandığı ilaçlar: (Lütfen belirtiniz)
30. Ameliyat Sonrası Nazogastrik Tüp
() Yok () Var ise Kalma Süresi _____ (Lütfen Belirtiniz)
31. Ameliyat sonrası rektive komplikasyon varlığı: () Yok () Var
.....
32. Ameliyat Sonrası İlk Ambulasyon Zamanı:
33. Ameliyat Sonrası İlk Kahve İçirilen Tarih:
Saat:
34. Kahve İçmenin Sizde Yarattığı Duygular nelerdir?
35. Ostomi Varlığı: () Yok () Var
36. Ameliyat Sonrası İlk Bağırsak Seslerinin duyulduğu Tarih:
Saat:
37. Ameliyat Sonrası İlk Gaz çıkarma Tarihi:
Saati:
38. Ameliyat Sonrası İlk Gaita çıkarma Tarihi:
Saat:
39. Hastanede yatış süresi:

EK B. KONTROL GRUBU ANKET FORMU

LAPOROSKOPIK KOLOREKTAL CERRAHİ SONRASI KAHVE TÜKETİMİNİN BAĞIRSAK HAREKETLERİNE VE HASTANEDE KALMA SÜRESİNE ETKİSİNİ BELİRLEMeye İLİŞKİN ANKET FORMU

Sayın katılımcı:

Aşağıda yer alan anket formundaki bilgilerden Öğretim Üyesi Doktor Sennur Kula Şahin danışmanlığında, Doç. Dr. Ahmet Rencüzoğulları ve Çiğdem Bildirici tarafından gerçekleştirilecek olan yüksek lisans tez çalışmasında yararlanılacaktır. Çalışmanın amacı, sizin gibi kolorektal cerrahi geçiren hastaların bağırsak hareketlerini hızlandırmak ve hastanede yatış süresini azaltmak için planlanmıştır. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, çalışmaya katılmayı kabul etmezseniz tedavinizde herhangi bir aksama olmayacak ve sonuçlar sadece bilimsel amaç için kullanılacaktır.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız sorulara içtenlikle cevap veriniz. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Ad:

Soyad:

İmza:

KONTROL GRUBU VERİ TOPLAMA FORMU

1- Hastanın Adı – Soyadı:

2- Yaşı: _____ (Lütfen belirtiniz)

3-Cinsiyet () Erkek () Kadın

4. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar () Boşanmış () Dul

5. Eğitim durumunuz: () Okur Yazar Değil () İlkokul () Ortaokul () Lise
() Ön lisans () Lisans () Lisansüstü

6. Mesleği: _____ (Lütfen belirtiniz)

7. Gelir düzeyi: () Düşük () Orta () Yüksek

8. Yaşadığınız Yerleşim Yeri: () İl () İlçe () Köy/Kasaba

9. Sigara kullanıyor musunuz?

() Evet Günde..... (Lütfen miktar belirtiniz) () Hayır () Bıraktım

10. Alkol kullanıyor musunuz?

() Evet Günde..... (Lütfen miktar belirtiniz) () Hayır () Bıraktım

11. Genellikle günde kaç öğün yemek yersiniz/yerdiniz?

.....ana öğün (Lütfen miktar belirtiniz)

.....ara öğün (Lütfen miktar belirtiniz)

12. Pişirme yöntemi olarak sıklıkla hangisi veya hangilerini kullanırsınız/kullanırdınız?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
() Kızartma () Haşlama () Fırın () Izgara

13- Günde kaç öğün dışarda yemek yersiniz/yardınız?
() Hiç () En az bir kez () İki kez () Üç ve üzeri () Çok Nadir

14- Hangi öğünlerinizi dışarda yersiniz/yardınız?
() Sabah () Öğle () Akşam

15- Fast-food tüketim sıklığınız nedir/ne idi?
() Yok () Hergün () İki güne bir () Haftada bir
() On beş günde bir () Ayda bir () Çok Nadir

16-Beslenme şekliniz nedir?
() Sebze Ağırlıklı () Et ağırlıklı

17-Kahve tüketim sıklığınız nedir?
() Hergün () İki güne bir () Haftada bir
() On beş günde bir () Ayda bir () Hiç

18. Sistemik Hastalıklar
a. Yok
b. DM
c. HT
d. Kardiyovasküler Sistem Hastalığı
e. Solunum Sistemi Hastalığı
f. Diğer (Lütfen açıklayınız):

19.Ameliyat Öncesi Tanı:

20.Tümör Evresi:

21.KRT Öyküsü:

22.Bağırsak boşaltım sıklığı:..... Gün

23.İntraoperative Komplikasyon varlığı:() Yok () Var

24. Yapılan Ameliyat:

25. Ameliyata girdiği: Tarih: Saat:

26. Ameliyattan çıktığı: Tarih: Saat:

27.Ameliyat Süresi:

28. Verilen anestezi ilaçları ve dozları: (Lütfen belirtiniz)

29. Ameliyattan sonra kullandığı ilaçlar: (Lütfen belirtiniz)

30. Ameliyat Sonrası Nazogastrik Tüp
() Yok () Var ise Kalma Süresi _____ (Lütfen Belirtiniz)

31. Ameliyat sonrası rektive komplikasyon varlığı: () Yok () Var
.....

32. İlk Oral Almaya Başlama Tarihi:
Saati:

33. Ameliyat Sonrası İlk Ambulasyon Zamanı:

34. Ostomi Varlığı: () Yok () Var

35. Ameliyat Sonrası İlk Bağırsak Seslerinin duyulduğu Tarih:
Saat:

36. Ameliyat Sonrası İlk Gaz çıkarma Tarihi:
Saati:

37. Ameliyat Sonrası İlk Gaita çıkarma Tarihi:
Saat:

38. Hastanede yatış süresi: