

Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Investigation of the Factors Affecting the Standing Conditions of Patients After Surgery

 Rasima MAHMUDOVA^a,
 Yelda CANDAN DÖNMEZ^b

^aCerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD
Yüksek Lisans Programı,
Ege Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
^bCerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD,
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
İzmir, TÜRKİYE

Received: 09.03.2018
Received in revised form: 11.07.2018
Accepted: 07.11.2018
Available online: 28.11.2018

Correspondence:
Yelda CANDAN DÖNMEZ
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
candanyelda@hotmail.com

Bu çalışma, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı tez
çalışmasıdır.

ÖZET Amaç: Kolesistektomi ameliyatı sonrası hastaların ayağa kalkma durumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu çalışma, bir devlet hastanesinin genel cerrahi kliniğinde yatan açık veya laparoskopik yöntemle kolesistektomi ameliyatı olan 206 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Örnekleme dâhil edilen hastalara, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan “Hasta tanıtım formu” ve 38 sorudan oluşan “Ameliyat sonrası hastaların ayağa kalkma durumlarına yönelik soru formu” yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. **Bulgular:** Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 51,34±12,56 yıl ve %51,0’ünün kadın olduğu saptandı. Hastaların %79,6’sının laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olduğu, %61,7’sinin 31-60 dk arasında ameliyatının sürdüğü ve %96,6’sının 0-12 saat arasında yoğun bakımda kaldığı belirlendi. Hastaların ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma zamanının 3-26 saat arasında ve ortalama 8,94±3,24 saat olduğu, ilk ayağa kalkma süresinin 5 ile 20 dk arasında ve ortalama 5,97±2,26 dk olduğu, hastanede en kısa kalış süresinin 1,87±0,59 gün olduğu bulundu. Hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası yaşam bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların, ilk ayağa kalkma ile ağrı ve bulantı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi. **Sonuç:** Kolesistektomi ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat sonrası ayağa kalkma öncesi ve yaşam bulguları arasında istatistiksel olarak fark olduğu saptandı. Araştırma kapsamına alınan gruplar arasında, ilk ayağa kalkma zamanı ile ağrı durumu, ameliyat tipi, bulantı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Kolesistektomi; ameliyat sonrası dönem; erken ayağa kalkma

ABSTRACT Objective: The aim of this study was to investigate the factors affecting the patients' stand up after cholecystectomy surgery. **Material and Methods:** This descriptive and cross-sectional study was conducted with 206 patients who underwent open or laparoscopic cholecystectomy surgery in the general surgery clinic of a state hospital. The patients included in the sampling were applied by face-to-face interview method, “Patient presentation form” prepared by the researchers in the direction of the literature and “Questionnaire on the standing conditions of patients after surgery” which is consist of 38 questions. **Results:** The average age of the patients included in the study is 51.34±12.56, 51.0% are women. Of the patients, 79.6% had undergone laparoscopic cholecystectomy, 61.7% had undergone surgery between 31-60 minutes. The average time for the patients to get up to the first leg was 8.94±3.24 hours, the mean time to lift to the first leg was 5-20 minutes, the mean was 5.97±2.26 minutes and the shortest duration was 1.87±0.59 days found. It was found that there was a statistically significant difference between the pre and post life symptoms of the patients. There was no statistically significant relationship between the first leg lift and the pain and nausea of the patients included in the study. **Conclusion:** Patients undergoing cholecystectomy surgery were found to have a statistically significant difference between life symptoms before and after the operation. There was no statistically significant difference between the time taken to reach the first leg and the pain status, operation type and nausea status among the groups included in the study.

Keywords: Cholecystectomy; postoperative period; early mobilization

Erken ayağa kalkma, ameliyat sonrası iyileşmeyi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkilemektedir. Mobilizasyon yöntemleri; pasif, aktif yardımcı, aktif ve dirençli eklem hareketleri, pozisyon değişikliği, sırtüstü pozisyonun yatak kenarında oturma ve sandalyede oturma, ayakta durma pozisyonuna geçiş ve yürüyüş aktivitelerinden oluşmaktadır. Solunum fonksiyonlarının iyileştirilmesi, kardiyovasküler sistemin desteklenmesi, immobilizasyon komplikasyonlarının önlenmesi, psikolojik olarak kendini iyi hissetme duygusunun geliştirilmesi amacıyla tedavide kullanılmaktadır.¹⁻³

Cerrahi girişim yapılması planlanan hastalarda, tedavi sırasında ve erken ameliyat sonrası dönemde erken ayağa kalkmanın, fiziksel fonksiyon üzerinde iyileştirici etkisinin yanı sıra psikolojik olarak da sağlığı geliştirici etkileri olduğu belirtilmektedir. Erken dönemde hastaların erken ayağa kalkma geç döneminde gelişebilecek fiziksel ve psikososyal sorunların önlenmesinde önemli rol oynamaktadır.^{4,5}

Erken ayağa kalkma; yatan hastaların normal uygulamalarına göre daha erken mobilizasyonun yapıp kısa süre hastanede kalmasını sağlamak olarak tanımlanmıştır.⁶ Erken ayağa kalkma; erken ekstübasyon ve yoğun bakımda kalış süresinin azaltılması ile birlikte, hastanede kalış süresinin kısaltılmasını hedefleyen "fast-track" cerrahi zincirin bir halkasıdır. Ameliyat sonrası karşılaşılan sorunların en başında, ameliyat yerinde ağrı gelmektedir. Buna bağlı olarak hastalar ağrı nedeni ile zorlandıkları aktivitelerden kaçınmaktadırlar.⁷⁻¹¹

Cerrahi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması [Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)] Protokolü'ne göre, ameliyat sonrası uygulamaların en başında erken ayağa kalkma gelmektedir. Hastalara ameliyat öncesi eğitim verilir ve ayağa kalkmanın önemi vurgulanmaktadır. Hastalar ameliyattan iki saat sonra ayağa kaldırılmakta ve günde altı saat olmak üzere taburcu olana kadar mobilize edilmektedir. Hastalar, hemşireler tarafından desteklenerek erken ayağa kaldırılmalı ve gerektiğinde fizyoterapistten destek alınmalıdır.¹²⁻¹⁵

Bu bağlamda bu çalışmada; kolesistektomi ameliyatı sonrası hastaların ayağa kalkma durumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini, Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin genel cerrahi kliniğinde yatan, kolesistektomi ameliyatı olan hastalar (n=284) oluşturmuştur. Araştırma örneklemine ise bu tarihler arasında devlet hastanesinin genel cerrahi kliniğinde yatan, kolesistektomi (açık veya laparoskopik) ameliyatı olan, araştırmaya katılmaya gönüllü, elektif cerrahi geçiren, bilinci yerinde olan, 18 yaş ve üzerinde, kronik hastalığı bulunmayan, görme ve işitme problemi olmayan, zihinsel özürsüz olmayan, psikiyatrik tanı konulmayan 206 hasta dâhil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak literatür doğrultusunda hazırlanan 10 sorudan oluşan "Hasta tanıtım formu" ve 38 sorudan oluşan "Ameliyat sonrası hastaların ayağa kalkma durumlarına yönelik soru formu" kullanılmıştır. Ameliyat sonrası ağrı ve bulantı durumunun değerlendirilmesinde; bir ucunda 0, diğer ucunda 10 cm yazan bir cetvel üzerinde yer alan Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) kullanılmıştır. Hastadan GKÖ üzerinde ağrı ve bulantı şiddetini işaretlemesi istenmiştir. Hastalara gerekli açıklama yapılarak bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izinler alınmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package For Social Science (SPSS) 18,0 version paket programında değerlendirildi ve değerlendirmede sayı, yüzdeler, dağılımlar ile paired samples t-testi ve ki-kare testleri kullanıldı.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 51,34±12,56 (min: 18, maks: 65) yıl bulundu. Hastaların %35,9'unun 60-65 yaş grubunda, %51,0'ünün kadın ve %89,8'inin evli olduğu saptandı (Tablo 1). Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %20,4'ünün açık kolesistektomi ve %79,6'sının la-

TABLO 1: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=206).

Sosyodemografik özellikler	n	%
Yaş grupları		
18-29	15	7,3
30-39	26	12,6
40-49	37	18,0
50-59	54	26,2
60-65	74	35,9
Cinsiyet		
Kadın	105	51,0
Erkek	101	49,0
Medeni durum		
Bekâr	21	10,2
Evli	185	89,8
Toplam	206	100,0

paroskopik kolesistektomi ameliyatı geçirdiği belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3'te araştırmaya dâhil edilen hastaların %61,7'sinin ameliyat süresinin 31-60 dk olduğu ve ortalama ameliyat süresinin $42,25 \pm 16,44$ dk olduğu saptandı.

Tablo 4'te hastaların ameliyat sonrası yoğun bakımda kalma süreleri incelendiğinde, %96,6'sının 0-12 saat arasında yoğun bakımda kaldığı belirlendi.

Hastaların ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma ortalamasının $8,94 \pm 3,24$ saat, ayakta kalma süresinin ise ortalama $5,97 \pm 2,26$ dk toplam ayakta kalma süresinin ortalaması $5,97 \pm 2,26$ dk olduğu, ilk ayağa kalkmada hastaların %99,5'inin destek aldığı bulundu.

Hastaların ameliyat sonrası ayağa kalkma öncesi ve sonrası dönemde sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız ve solunum sayısı karşılaştırıldığında, hastaların ayağa kalkma sonrası sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız ve solunum sayılarının ayağa kalkma öncesi değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo 5).

Hastaların ağrı durumu ve ilk ayağa kalkma zamanı ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmış

olup, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 6).

Araştırmaya katılan hastaların geçirdiği ameliyat tipi (açık veya laparoskopik kolesistektomi) ve ilk ayağa kalkma zamanının dağılımı ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmış olup, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan hastaların bulantısının olma durumu ile ilk ayağa kalkma zamanının dağılımı incelendiğinde; bulantı durumu ve ilk ayağa kalkma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 8).

TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan kolesistektomi ameliyatı olan hastaların %35,9'unun 60-65 yaş grubunda olduğu, yapılan çalışmalarda sezaryen ve radikal sistektomi ameliyatı olan hastaların yaş gruplarının çalışmamızla benzer olduğu belirlenmiştir. Ancak, literatüre göre, kolesistektomi ameliyatı olan hastaların yaş aralığının 40-45 yıl

TABLO 2: Hastaların ameliyat tipine göre dağılımı.

Ameliyat tipi	n	%
Laparoskopik kolesistektomi	164	79,6
Açık kolesistektomi	42	20,4
Toplam	206	100,0

TABLO 3: Hastaların ameliyat süresine göre dağılımı.

Ameliyat süresi	n	%
15-30 dk	72	35,0
31-60 dk	127	61,7
61 dk ve üzeri	7	3,3
Toplam	206	100,0

TABLO 4: Hastaların yoğun bakımda kalma süresine göre dağılımı.

Yoğun bakımda kalma süresi	n	%
0-12 saat	199	96,6
13-24 saat	5	2,4
25 saat ve üzeri	2	1,0
Toplam	206	100,0

TABLO 5: Hastaların ayağa kalkma öncesi ve sonrası yaşam bulgularının karşılaştırılması.

Yaşam bulguları	Ayağa kalkma		t	p
	Önce Ort±ss	Sonra Ort±ss		
1. Ayağa kalkma				
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	116,79±6,73	117,42±6,96	2,88	0,004
Diastolik kan basıncı (mm/Hg)	70,97±7,58	70,87±6,99	0,136	0,892
2. Ayağa kalkma				
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	117,87±8,84	118,68±5,29	1,497	0,0136
Diastolik kan basıncı (mm/Hg)	67,71±7,20	75,24±5,90	11,326	0,000
3. Ayağa kalkma				
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	118,73±5,44	119±5,46	1,817	0,071
Diastolik kan basıncı (mm/Hg)	68,20±6,78	75,67±5,52	12,94	0,000
1. Ayağa kalkma				
Nabız atım/dk	70,98±8,31	74,17±7,32	-10,451	0,000
2. Ayağa kalkma				
Nabız atım/dk	75,50±6,75	78,67±7,31	-22,021	0,000
3. Ayağa kalkma				
Nabız atım/dk	77,56±7,83	80,84±7,98	-25,905	0,000
1. Ayağa kalkma				
Solunum/dk	12,31±4,18	12,97±4,58	-9,715	0,000
2. Ayağa kalkma				
Solunum/dk	12,32±0,735	12,37±1,096	-0,973	0,332
3. Ayağa kalkma				
Solunum/dk	12,18±0,612	12,24±0,7387	-2,480	0,014

*Paired Sample t-testi.

TABLO 6: Hastaların ameliyat sonrası ağrı durumuna göre ilk ayağa kalkma zamanının karşılaştırılması.

Ağrı durumu	İlk ayağa kalkma zamanı										Toplam	
	0-4 saat		5-8 saat		9-12 saat		13-24 saat		25 saat ve üzeri		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1-5 GKÖ	12	5,8	66	32,0	48	23,3	6	2,9	5	2,4	137	66,5
6 GKÖ ve üzeri	5	2,4	34	16,5	27	13,1	2	1,0	1	0,5	69	33,5
Toplam	17	8,2	100	48,5	75	36,4	8	3,9	6	2,9	206	100,0

*Pearson ki-kare: 0,84 p>0,05; GKÖ: Görsel kıyaslama ölçeği.

TABLO 7: Hastaların geçirdiği ameliyat tipine göre ilk ayağa kalkma zamanının karşılaştırılması.

Ameliyat tipi	İlk ayağa kalkma zamanı										Toplam	
	0-4 saat		5-8 saat		9-12 saat		13-24 saat		25 saat ve üzeri		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Açık kolesistektomi	4	1,9	23	11,2	12	5,8	1	0,5	2	1,0	42	20,4
Laparoskopik kolesistektomi	13	6,3	77	37,4	63	30,6	7	3,4	4	1,9	164	79,6
Toplam	17	8,2	100	48,5	75	36,4	8	3,9	6	2,9	206	100,0

*Pearson ki-kare: 0,67 p>0,05.

TABLO 8: Hastalarda ameliyat sonrası bulantı görülme durumuna göre ilk ayağa kalkma zamanının karşılaştırılması.

Bulantı durumu	İlk ayağa kalkma zamanı										Toplam	
	0-4 saat		5-8 saat		9-12 saat		13-24 saat		25 saat ve üzeri			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5 GKÖ	14	6,8	93	45,1	71	34,5	8	3,9	6	2,9	192	93,2
6 GKÖ ve üzeri	3	1,5	7	3,4	4	1,9	0	0,0	0	0,0	14	6,8
Toplam	17	8,3	100	48,5	75	36,4	8	3,9	6	2,9	206	100,0

*Pearson ki-kare: 0,35 p>0,05; GKÖ: Görsel kıyaslama ölçeği.

olduğu, çalışmamıza göre ise yaş aralığı 60-65 yıl olan hastaların daha fazla kolesistektomi ameliyatı geçirdiği görülmüştür.¹⁶⁻¹⁸ Araştırmamıza alınan hastaların çoğunluğunu (%79,6) laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olduğu, Asao ve ark.nın yaptığı bir çalışmada da hastaların laparoskopik cerrahi girişim geçirdiği bulunmuştur.¹⁶ Ameliyat sonrası hastaların 0-12 saat yoğun bakımda kaldığı saptanır iken, yapılan benzer araştırmalarda çalışmamızın aksine hastaların ameliyat sonrası 48-192 saat yoğun bakımda kaldığı belirlenmiştir.^{19,20}

Hastanın ameliyat sonrası dönemde devam eden immobilizasyonu birçok dezavantaj da getirmektedir. Tromboz riski, pulmoner komplikasyonlar ve insülin direnci önemli ölçüde artar iken, doku oksijenasyonu ve kas kuvveti azalmaktadır.²¹⁻²³ Buna karşın, erken ayağa kalkma bağırsak fonksiyonunu uyarmakta ve oluşabilecek komplikasyonları engellemektedir. Erken ayağa kalkma, ancak ameliyat sonrası dönemde etkili analjezi ile sağlanabilmektedir.²⁴ Erken ayağa kalkma, ERAS protokolünün unsurlarındandır. Bu uygulamaların hastanede kalış süresini kısalttığı gösterilmiştir.²²⁻²⁹ Topçu ve ark.nın, cerrahi hastalarının ameliyat sonrası mobilizasyon davranışlarını incelediği bir çalışmada, hastaların (%64,7) ameliyat sonrası birinci günde mobilize olduğu saptanmıştır.²⁴

Sindell ve ark.nın yaptığı bir çalışmada günde iki kez ve daha fazla mobilize edilen hastaların gaz ve gaita çıkarma süresinin daha kısa olduğu bildirilmiştir.²⁵ Kafali ve ark.nın çalışmasında, gaz çıkarma ve taburcu olma zamanlarının azaldığı; Çavuşoğlu ve ark. hastanede kalış süresinin azaldığı; Topçu'nun yaptığı bir çalışmada ise gaz çıkarma, gaita çıkarma ve taburculuk zamanının

kısaldığı bildirilmiştir.^{24,28,29} Yapılan çalışmalar doğrultusunda, ameliyat sonrası erken ayağa kalkmanın birçok durum üzerine olumlu etkisi olduğu söylenebilmektedir. Araştırmamızda hastaların ağrı ile ilk ayağa kalkma durumları, bulantı ile ilk ayağa kalkma durumları karşılaştırıldığında anlamlı ilişki bulunmaz iken, araştırmamızın aksine laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası daha az ağrı ve bulantı yaşadığı saptanmıştır.^{7,8,27} Araştırmamızda, hastaların ameliyat tipi ve ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma zamanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda ise çalışmamızın aksine, laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastaların daha erken ayağa kalktığı belirlenmiştir.^{30,31}

SONUÇ

Araştırma kapsamına alınan hastaların ilk ayağa kalkma saatleri 3-26 saat arasında ayağa kalktıkları ve ortalaması 8,94±3,24 saat arasında olduğu, ilk ayağa kalkma süresi 5-20 dk ayakta kaldıkları ve ortalamasının 5,97±2,26 dk olduğu, toplam ilk ayağa kalkma süresi 5-20 dk ve ortalaması 5,97±2,26 dk olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan gruplar arasında, ayağa kalkma öncesi ve sonrası yaşam bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Gruplar arasında, ağrı durumu, ameliyat tipi, bulantı durumu ve ilk ayağa kalkma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya her-

hangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Rasima Mahmudova, Yelda Candan Dönmez; **Tasarım:** Rasima Mahmudova, Yelda Candan Dönmez; **Denetleme/Danışmanlık:** Rasima Mahmudova, Yelda Candan Dönmez; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Rasima Mahmudova; **Analiz ve/veya Yorum:** Rasima Mahmudova, Yelda Candan Dönmez; **Kaynak Taraması:** Rasima Mahmudova, Yelda Candan Dönmez; **Makalenin Yazımı:** Rasima Mahmudova, Yelda Candan Dönmez; **Eleştirel İnceleme:** Rasima Mahmudova, Yelda Candan Dönmez.

KAYNAKLAR

- Elsaid RAA, Soliman HMM, Sobh HM, Maaty ARAL. Effect of early ambulation; three versus five hours after transfemoral diagnostic cardiac catheterization: a randomized clinical one-arm study. *Journal of Nursing and Health Science*. 2015;4(5):12-20.
- Fisher SR, Kuo YF, Graham JE, Ottenbacher KJ, Ostir GV. Early ambulation and length of stay in older adults hospitalized for acute illness. *Arch Intern Med*. 2010;170(21):1942-3. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Paul P, Williams B. Brunner and suddarth's textbook of Canadian medical-surgical nursing. Perioperative Concept and Nursing Management. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p.491-512.
- Vermişli S, Çam K. [The efficacy of early mobilization after urologic radical surgery]. *Üroonkoloji Bülteni*. 2015;14:324-6. [Crossref]
- Kanat BH, Girgin M. [Effects of patients with three port laparoscopic cholecystectomy]. *J Kartal TR*. 2012;23(1):18-20. [Crossref]
- Ünsal A. [Four basic concept of nursing: human, environment, health & disease, nursing]. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;1(1):11-25.
- Yılmaz M, Gürler H. [Nursing approaches toward postoperative pain in patients: patients' opinions]. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;23(2):71-9.
- Aslan FE. [The assessment methods of pain]. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2002;6(1):9-11.
- Khan S, Gatt M, Horgan A, Anderson I, Macfie J. Guidelines for Implementation of Enhanced Recovery Protocols. *Issues in Professional Practice*. Association of Surgeons of Great Britain and Ireland 35-43 Lincoln's Inn Fields, London: 2009. p.1-24.
- Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *J Clin Nurs*. 2013;23(11-12):1486-501. [Crossref] [PubMed]
- Morris BA, Benetti M, Marro H, Rosenthal CK. Clinical practice guidelines for early mobilization hours after surgery. *Orthop Nurs J*. 2010;29(5):290-316. [Crossref] [PubMed]
- Rothman K, Garvan C, Neu M. The impact of early ambulation in the pediatric postoperative appendectomy patient. *J Pediatr Surg Nurs*. 2016;5(3):70-5. [Crossref]
- Yolcu S, Akin S. [Evaluation of recovery status and care needs of postoperative patients following, orthopedic, cardiac or general surgeries]. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 2015;25(3):33-45.
- Choi H, Kang SH, Yoon DK, Kang SG, Ko HY, Moon du G, et al. Chewing gum has a stimulatory effect on bowel motility in patients after open or robotic radical cystectomy for bladder cancer: a prospective randomized comparative study. *Urology*. 2011;77(4):884-90. [Crossref] [PubMed]
- Baykan D. [The effect of local and regional Bupivacaine after laparoscopic cholecystectomy]. *Van Tıp Dergisi*. 2002;9(4):113-8.
- Asao T, Kuwano H, Nakamura J, Morinaga N, Hirayama I, Ide M. Gum chewing enhances early recovery from postoperative ileus after laparoscopic colectomy. *J Am Coll Surg*. 2002;195(1):30-2. [Crossref]
- Mitra S, Khandelwal P, Roberts K, Kumar S, Vadi-velu N. Pain relief in laparoscopic cholecystectomy-a review of the current options. *Pain Pract*. 2012;12(6):485-96. [Crossref] [PubMed]
- Gatt M, Anderson AD, Reddy BS, Hayward-Sampson P, Tring IC, MacFie J. Randomized clinical trial of multimodal optimization of surgical care in patients undergoing major colonic resection. *Br J Surg*. 2005;92(11):1354-62. [Crossref] [PubMed]
- Hamza MA, Schneider BE, White PF, Recart A, Villegas L, Ogunnaik B, et al. Heated and humidified insufflation during laparoscopic gastric bypass surgery: effect of temperature, postoperative pain and recovery outcomes. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2003;15(1):6-12. [Crossref] [PubMed]
- Zhang Q, Zhao P. Influence of gum chewing on return of gastrointestinal function after gastric abdominal surgery in children. *Eur J Pediatr Surg*. 2008;18(1):44-6. [Crossref] [PubMed]
- Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demortines N, Roulin D, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *World J Surg*. 2013;37(2):259-84. [Crossref] [PubMed]
- Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth*. 1997;78(5):606-17. [Crossref] [PubMed]
- Melnyk M, Casey RG, Black P, Koupparis AJ. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: time to change practice. *Can Urol Assoc J*. 2011;5(5):342-8. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Topçu SY. [Factors that affect patients' practices of breathing exercises and nurses' role]. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 2016;30(2):89-96.
- Sindell S, Causey MW, Bradley T, Poss M, Moonka R, Thirly R. Expediting return of bowel function after colorectal surgery. *Am J Surg*. 2012;203(5):644-8. [Crossref] [PubMed]
- Memedov C, Menteş Ö, Şimşek A, Kece C, Yağcı G, Harlak A, et al. [Multiregional local anesthetic administration for the prevention of postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy: placebo controlled comparison of ropivacaine and prilocaine]. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008;50:84-90.
- Terzioğlu F, Şimşek S, Karaca K, Sariince N, Altunsoy P, Salman MC. Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynaecologic surgery. *J Clin Nurs*. 2013;22(13-14):1917-25. [Crossref] [PubMed]
- Kafalı H, Duvan CI, Gözdemir E, Simavli S, Onaran Y, Keskin E. Influence of gum chewing on postoperative bowel activity after cesarean section. *Gynecol Obstet Invest*. 2010;69(2):84-7. [Crossref] [PubMed]
- Cavuşoğlu YH, Azili M, Karaman A, Aslan MK, Karaman I, Erdoğan D, et al. Does gum chewing reduce postoperative ileus after intestinal resection in children? A prospective randomized controlled trial. *Eur J Pediatr Surg*. 2009;19(3):171-3. [Crossref] [PubMed]
- İzveren AÖ, Dal Ü. [The early period complications in patients who were performed abdominal surgery intervention and the nursing practices for these complications]. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2011;18(2):36-46.
- Yolcu S, Akin S, Durna Z. [The evaluation of mobility levels of postoperative patients and associated factors]. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016;13(2):129-38. [Crossref]