

HASTALARIN CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI ABDOMİNAL DİSTANSİYONA YÖNELİK DENEYİMLERİ

PATIENTS' EXPERIENCE TOWARDS POSTOPERATIVE ABDOMINAL DISTENTION

Araş.Gör. Nurten TAŞDEMİR* **Doç.Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK****

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
**Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara

ÖZET

Amaç: Araştırma, hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç Yöntem: Araştırma Zonguldak ilinde bulunan bir hastanenin genel cerrahi, ortopedi, üroloji, beyin cerrahi, kulak burun boğaz, göz, kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde yatan ve genel anestezi altında ameliyat olmuş 384 hasta üzerinde yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Veriler hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik sayılar ki-kare, Fisher kesin ki- kare önemlilik testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların % 42.7'si abdominal distansiyonu, %41,5'i ameliyat sonrası bulantı-kusması olduğunu ifade etmiştir. Abdominal distansiyon oluşumunda; ameliyat öncesi dönemde bağırsak boşaltımı, ameliyat sonrası dönemde gastrointestinal sistem üzerine etkili ilaç kullanma durumu, ilk ağız yoluyla beslenmeye başlama zamanı, ilk ayağa kalkma ve gaz çıkarma süresi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Genel anestezi altında ameliyat olan hastalarda; abdominal cerrahi, ameliyat sonrası dönemde ilk ayağa kalkma ve ilk beslenmeye başlama zamanı distansiyon oluşumunda etkilidir.

Anahtar Sözcükler: Abdominal distansiyon, hasta deneyimleri, hemşirelik,

ABSTRACT

Objectives: This study was carried out to determine the experience of patients towards the postoperative abdominal distention.

Methods: The subjects included 384 patients who undergone surgical operation under general anesthesia in the clinics of general surgery, orthopedic, brain surgery, Ear Nose Thoroat surgery, ophthalmology, gynecology, obstetrics on a hospital in Zonguldak City. The data collection tool comprised of a questionnaire, prepared by the researchers. The data were collected through face to face patient interviews. The data was evaluated with the percentage, Chi- square and Fisher Chi-square relevance tests.

Results: The results demonstrate that 42.7% and 41.5% of the patients had postoperative complaints of abdominal distention and nausea and vomiting respectively. The difference in development of the abdominal distention was found statically significant ($p<0,005$) in the terms of

preoperative intestinal excretion, type of operation, postoperative application of medications on gastrointestinal system, time of initial oral nutrition, time of initial ambulation and intestinal gas discharge.

Conclusion: *Abdominal surgery, time of the initial ambulation and oral nutrition was effective in abdominal distention formation on patients who had surgery under general anesthesia.*

Key Words: *Abdominal distention, patient experiences, nursing*

GİRİŞ

Ameliyat sonrası görülen komplikasyonların bir bölümü gastrointestinal sistemle (GİS) ilgilidir. GİS'e ilişkin karşılaşılan sorunlar arasında özellikle bulantı-kusma, gastrik dilatasyon, parolitik ileus ve abdominal distansiyon yer almaktadır (Brenner, 1999; Ingnatavicius ve ark., 1999; Sayek 2004).

Abdominal distansiyon; ameliyat sonrası erken dönemde, hastaların mide ve bağırsaklarında sıvı ve gaz birikimi sonucu genişlemeye bağlı olarak gelişir. Abdominal distansiyon, ortopedi, üroloji, torask ameliyatları ile abdominal-pelvik bölgedeki organ ameliyatlarından sonra erken dönemde görülmektedir (Smith, 1985; Miedeme ve Johnson, 2003; Story ve Chamberlain 2009). Abdominal distansiyonun gelişmesine neden olan faktörler arasında; stres tepkisi, genel anestezi, abdominal bölgeye yapılan cerrahi girişim, travma ve narkotik analjezik kullanımı yer almaktadır. Ayrıca ameliyat sırasında bağırsakların elle tutulması distansiyon oluşumuna neden olmaktadır (Brenner, 1999; Erdil ve Özhan-Elbaş, 2001; Smith, 1985).

Ameliyattan sonra gastrointestinal sistem peristaltizmi geçici olarak zayıflar, özellikle abdominal ve pelvik ameliyatlar sonrası peristaltizmde 24 saat veya daha uzun süreli bir azalma olur. (Sayek, 2004; Forren, 2010). Ameliyattan sonra meydana gelen abdominal distansiyon uzun süre devam ederse, parolitik ileus ve gastrik dilatasyon gibi daha ciddi komplikasyonların bir belirtisi olabilir. Bu nedenle bu durumun mutlaka hekime bildirilmesi gerekmektedir (Bates ve DiMauro, 1997).

Hastalar abdominal distansiyon nedeniyle fizyolojik ve psikolojik sorunlar yaşamaktadırlar. Bu sorunlar arasında özellikle huzursuzluk, abdominal bölgede dolgunluk hissi, kramp şeklinde gaz ağrısı, başta solunum olmak üzere hayati bulgularda değişiklikler yer almaktadır (Bates ve Di Mauro, 1997; McConnell, 1980; Nichols, 1986; Smith, 1985; Özbayır, 1988). Cerrahi hemşireliğinde hasta bakımının önemli bir bölümünü, ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi alır. Yapılan bir çalışmada; ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakım ile komplikasyonların ve beraberinde getirdiği sorunların büyük ölçüde azaltılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir (Yılmaz, 2002).

Abdominal distansiyonun azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimleri arasında; ameliyat öncesi hasta eğitimi, ağrı kontrolü, ameliyat sonrası dönemde erken ayağa kaldırma ve erken dönemde ağız yoluyla beslenmenin sağlanması yer almaktadır. Erken ayağa kaldırma, kas tonüsünün ve gastrointestinal motilitenin artmasını sağlar (Forren, 2010).

Ameliyat öncesi hasta eğitimi hastanın anksiyetesini azaltıp ağrı kontrolüne yardım eder (Bates ve DiMauro, 1997; Karayurt, 1997). Abdominal distansiyon,

özellikle batin ameliyatlarından sonra sık karşılaşılan ve hastaların sıkıntı yaşadığı bir durum olmasına rağmen bu konuda hastaların yeterince bilgilendirilmediği bilinmektedir (Markey ve Brown, 2002; Miedeme ve Johnson, 2003).

Ameliyat sonrası dönemde hekim istemi doğrultusunda hastaların erken dönemde ayağa kaldırılması ve oral beslenmenin sağlanması abdominal distansiyon oluşumunun engellenmesinde önemli hemşirelik girişimlerindedir.

Ülkemizde hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik incelemeler olmakla birlikte, hastaların deneyimlerini belirlemeye yönelik bir çalışma bulunamadı. Bu araştırma, hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimlerini saptamak amacıyla yapıldı.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Yeri

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Zonguldak ilinde bulunan bir hastanede yapıldı.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, hastanenin genel cerrahi, ortopedi, üroloji, beyin cerrahi, kulak burun boğaz, göz, kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde yatan genel anestezi altında ameliyat olmuş bireyler arasında tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 384 hasta oluşturdu.

Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulan anket formu kullanıldı (Ng ve Smith, 2002; Erdil ve Özhan-Elbaş, 2001; Macmillan ve ark., 2000; Disbrow ve ark., 1983; Smith, 1985). Anket formu 36 sorudan oluştu. Anket formunda beş soru anesteziye ilişkin olup hastanın tıbbi kayıtlarından elde edildi. Ayrıca sosyodemografik özelliklere yönelik beş soru yer aldı.

Hastalara uygulanacak soru kâğıdının işlerliğini kontrol etmek amacıyla, soru kâğıdı bir hastanenin cerrahi kliniklerinde (Genel Cerrahi, Ortopedi, Üroloji, Beyin Cerrahi, Kulak-Burun-Boğaz, Kadın Hastalıkları ve Doğum) yatan 30 hastaya uygulandı. Anket formunun uygulanmasında hastalar tarafından anlaşılır olması nedeniyle herhangi bir düzeltme yapılmadı. Ön uygulamada görüşme yapılan hastalar örnekleme dâhil edildi.

Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmacı, "ameliyat olacak hastalar listesinden" belirlediği hastaların ameliyatlarını takiben gaz çıkışı sonrası yüz yüze görüşerek soru kâğıdını uygulandı. Görüşme bittikten sonra araştırmacı soru kâğıdında yer alan bazı soruları hastaların dosyasından elde etti. Hastalar ile yapılan görüşme hasta odasında yapıldı ve ortalama 15-20 dakika sürdü.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada yer alan veriler bilgisayar ortamında SPSS Windows 11.0 (Statistical Packet for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak veri tabanı

oluşturuldu ve tablolaştırıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdelik, Ki-Kare, Fisher Kesin Ki-Kare önemlilik testleri uygulandı (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2000; Aksayan ve ark., 2002).

BULGULAR ve TARTIŞMA

Hastaların %70.1'inin kadın, %54.2'sinin 36-64 yaş grubunda, %76.0'ünün ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, %99.0'unun sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Araştırma kapsamına alınan hastaların %63.5'inin sürekli ilaç kullanmadığı, %70.3'ünün en az bir kez hastanede yattığı, %51.8'inin genel anestezi altında ameliyat geçirmediği ve %96.1'inin kendisine yardımcı olabilecek yakını olduğu saptandı. Hastaların yaş ortalamasını 41.5 olarak belirlendi.

Tablo 1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Abdominal Distansiyon Oluşuma Durumu (N:384)

Tanıtıcı Özellikler	Abdominal Distansiyon				İstatistiksel Analiz
	Oluşan (n:164, %42.7)		Oluşmayan (n:220, %57.3)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet					
Kadın	138	84.1	131	59.5	p<0.05
Erkek	26	15.9	89	40.5	
Yaş					
18-35 yaş	60	36.6	78	35.4	p>0.05
36-64 yaş	81	49.4	126	57.3	
65 ve ↑	23	14.0	16	7.3	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	20	12.2	56	25.5	p<0.05
Çalışmıyor	144	87.8	164	74.5	
Eğitim Durumu					
İlköğretim ve altı	125	76.2	167	75.9	p>0.05
Ortaöğretim ve üzeri	39	23.8	53	24.1	
Sürekli ilaç Kullanımı					
Kullanan*	69	42.1	71	32.3	p>0.05
Kullanmayan	95	57.9	149	67.7	
Buldukları Klinik					
Genel cerrahi	36	22.0	60	27.3	p<0.05
Kadın hastalıkları ve doğum	84	51.2	10	4.5	
Ortopedi	22	13.4	21	9.6	
Beyin cerrahi	12	7.3	35	15.9	
Üroloji	10	6.1	42	19.1	
K.B.B.-Göz	0	0.0	52	23.6	
Daha Önce Hastanede Yatma Durumu					
Hiç	37	22.6	77	35.0	p≤0.05
1 kez	76	46.3	101	45.9	
2 kez ve ↑	51	31.1	42	19.1	
Daha Önce Genel Anestezi Alma Durumu					
Alan	85	51.8	91	41.4	p>0.05
Almayan	79	48.2	129	58.6	
Toplam	164	100	220	100	

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre abdominal distansiyon oluşumu Tablo 1’de yer almaktadır. Ameliyat olan hastaların cinsiyetine, çalışma durumuna, daha önce hastanede yatma durumuna ve buldukları kliniğe göre abdominal distansiyon oluşması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Kadınlarda, çalışmayanlarda ve abdominal cerrahinin daha fazla uygulandığı genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde tedavi gören hastalarda abdominal distansiyon oluşumu daha fazla görüldü.

Tablo 2: Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Faktörlere Göre Abdominal Distansiyon Oluşma Durumu (N:384)

Abdominal Distansiyon Oluşumunu Etkileyen Faktörler	ABDOMİNAL DİSTANSİYON				İstatistiksel Analiz
	Oluşan (n:164)		Oluşmayan (n:220)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Ameliyat Öncesi Dönemde GİS Üzerine Etkili İlaç Kullanımı					
Kullanan	7	4.3	1	0.5	p>0.05
Kullanmayan	157	95.7	219	99.5	
Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirilme					
Bilgilendirildi	47	28.7	117	24.5	p>0.05
Bilgilendirilmedi	117	71.3	166	75.5	
Ameliyat Öncesi Dönemde Bağırsak Boşaltımı					
Yapılmadı	75	45.7	204	92.7	p<0.05
Lavman yapıldı	35	21.4	5	2.3	
Laksatif verildi	54	32.9	11	5.0	
Ameliyat Öncesi Dönemde Aç Kalma Süresi					
8-10 saat	69	42.1	114	51.1	p>0.05
11 saat ↑	95	57.9	106	48.2	
Ameliyat tipi					
Abdominal cerrahi	117	71.3	38	17.3	p<0.05
Diğer	47	28.7	182	82.7	
Anestezi Süresi					
60 dakika	89	55.3	118	53.6	p>0.05
61-180 dakika	73	44.5	99	45.0	
181 dakika ↑	2	1.2	3	1.4	
Ameliyat Sonrası Dönemde GİS Üzerine Etkili İlaç Kullanımı					
Kullanan*	90	9	26	11.8	p<0.05
Kullanmayan	74	1	194	88.2	
Ameliyat Sonrası Dönemde Egzersiz Yapma Durumu					
Yapmayan	133	81.9	200	0.9	p>0.05
Yapan	31	18.1	20	0.1	
Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Ayağa Kalkma Süresi					
İlk 8 saat	9	5.5	61	27.7	p<0.05
9-24 saat	117	71.3	130	59.1	
25-48 saat	16	9.8	12	5.5	
49 saat ve↑	22	13.4	17	7.7	

Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Ağız Yoluyla Beslenmeye Başlama Süresi					
İlk 8 saat	29	17.7	82	37.3	p<0.05
9-24 saat	68	41.5	75	34.1	
25 saat ve ↑	67	40.8	63	28.6	
Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Ağız Yoluyla Alınan Besin					
Su	64	39.0	92	41.8	p>0.05
Sıcak sıvılar	58	35.4	95	43.2	
Soğuk sıvılar	38	23.2	26	11.8	
Diğer***	4	2.4	7	3.2	
Ameliyat sonrası Dönemde Gaz Çıkarma Süresi					
İlk 12 saat	34	20.7	160	72.7	p<0.05
13 saat ve ↑	130	79.3	60	27.3	
Toplam	164	100	220	100	

Hastaların ameliyattan sonra gaz çıkarma süreleri ortalama 21,8 saat olup; en kısa 2 saat, en uzun 144 saattir. Ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bağırsak boşaltımı, ameliyat tipi, ameliyat sonrası dönemde GİS üzerine etkili ilaç kullanma, ilk ağız yoluyla beslenmeye başlama süresi, ilk ayağa kalkma süresi ve gaz çıkarma süresine göre abdominal distansiyon oluşma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Abdominal distansiyon oluşumunda bu anlamlı farkı; bağırsak boşaltımı yapılmayan, abdominal cerrahi geçiren, GİS üzerine etkili ilaç kullanan, ameliyat sonrası dönemde 9-24 saat arasında ilk kez ayağa kalkan ve 13 saat ve üzerinde sürede gaz çıkışı olan hastalar oluşturdu.

Disbrow ve arkadaşları (1983) gastrointestinal motilitenin değerlendirilmesinde; ilk gaz çıkarma saatinin, bağırsak seslerinden daha güvenilir olduğunu belirtmişlerdir. Waldhausen ve Schirmer (1990)'ın abdominal cerrahi geçiren 34 hastayı kapsayan çalışmasında, ameliyat sonrası erken ayağa kaldırmanın ileusa etkisini incelemiş ve ameliyat sonrası dönemde erken ayağa kaldırmanın ileusun çözümlenmesinde etkili olduğunu saptamıştır. Daniese ve arkadaşları (2004) sağlıklı bireylerde orta derecede aktivite ve dinlenmenin intestinal gaz retansiyonuna etkisini incelemişler; orta düzeyde fiziksel aktivitenin gaz retansiyonunu azalttığını saptamışlardır. Sağlıklı bireylerde yapılan bu çalışma fiziksel aktivite ile gaz retansiyonu arasındaki ilişki açısından önemlidir, bu nedenle ameliyat sonrası dönemde egzersizler ve hastanın erken ayağa kaldırılması önemlidir. Çalışmamızda geç dönemde ayağa kalkan hastalarda abdominal distansiyon geliştiği saptandı.

Subaşı'nın yapmış olduğu çalışmada (2004); laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalar iki gruba ayrılmış, planlı derin solunum ve öksürük egzersizi verilen grupta ameliyat sonrası dönemde gaz çıkışının eğitim verilmeyen gruba göre daha erken dönemde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ise, derin solunum, öksürük ve yatak içi egzersiz yapma ile abdominal distansiyon görülme durumu arasında bir ilişki saptanmadı.

Kramer ve arkadaşları (1996) sezeryan yapılan 318 hastada erken beslenme ile ileus görülme durumu arasındaki farkı incelemişler; erken beslenmenin sezeryan sonrası gastrointestinal semptom ve ileus görülme durumuna etki etmediğini saptamışlardır. Steed ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise majör abdominal jinekolojik cerrahi uygulanan 96 hastada erken dönemde beslenmenin hastanede kalış süresi ve etkileri (ileus vb. komplikasyonların görülme durumu) değerlendirilmiş, erken dönemde ağız yoluyla beslenen hastalarda hastanede kalış süresinin kıaldığı ve komplikasyon görülme oranının azaldığı saptanmıştır. Literatürde ameliyat sonrası dönemde, sıcak içeceklerin soğuk içeceklere göre peristaltizmi daha kısa sürede başlattığı belirtilmektedir (Bates ve Di Mauro 1997). Çalışmamızda ise sıcak ve soğuk içecekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Ameliyat sonrası dönemde, hastaların %69.8'i ilaç kullanmamış, %86.7' si derin solunum-öksürük ve yatak içi egzersizlerini yapmamış, %64.3'ü 9 ile 24 saat arasında ilk kez ayağa kalkmış, %37.2'si 9 ile 24 saat arasında ilk kez ağız yoluyla beslenmeye başlamış ve %40.6'sı ilk besin maddesi olarak su almıştır.

Disbrow ve arkadaşlarının (1983) yapmış olduğu bir çalışmada; ameliyat öncesi dönemde bir gruba bilgi verilmiş, diğer gruba ise herhangi bir bilgi verilmemiştir. Abdominal cerrahi öncesi 5 dakika süre ile bilgilendirilen grupta ilk gaz çıkarma saati ortalama 62.1 iken, bilgilendirilmeyen grupta ise ortalama 100.1 bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Le Blanc- Lauvry ve ark. (2002) kolektomi sonrası abdominal masajın ileusun süresine etkisini değerlendirdikleri çalışmada; 50 hasta iki gruba ayrılmış, abdominal masaj uygulanan grupta ileus süresinin, ağrı puanlarının, analjezik kullanım dozlarının ve ilk gaz çıkarma sürelerinin azaldığı saptanmıştır.

Çilingir ve Bayraktar'ın (2004) çalışmasında gününbirlik cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası birinci günde %11.3'ünün, ikinci gün %2.2'sinin, üçüncü gün %1.3'ünün gaz çıkarmama sorunu olduğu ve bu soruna yönelik olarak hastaların %55.6'sının sulu gıdalar aldığını, %44.4'ünün hiçbir şey yapmadığını saptamışlardır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi dönemde bilgilendirilme durumuna, aç kalma süresine, anestezi süresine, ameliyat sonrası dönemde egzersiz yapma durumuna ve ağız yoluyla alınan ilk besin maddesine göre abdominal distansiyon oluşma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Genel anestezi altında ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma sonucunda; abdominal cerrahi geçiren, ameliyat sonrası dönemde ilk oral beslenme ve ayağa kalkma süresi uzun olan hastaların abdominal distansiyon deneyimlediği saptandı.

- Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.
- Ameliyat öncesi dönemde hastaların ameliyat sonrası egzersizlerin öğretilmesi ve erken ayağa kalma konusunda bilgilendirilmesi,
- Hastaların ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kaldırılması ve erken dönemde oral beslenmeye geçilmesi,
- Ameliyat öncesi dönemde hastaların abdominal distansiyona ve bunun azaltılmasına yönelik eğitim verilmesi ve bu amaçla kitapçık, broşür gibi görsel eğitim araçlarının geliştirilmesidir.

KAYNAKLAR

- Aksayan S ve ark. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği Yayınları, İstanbul.
- Bates F, G, Di Mauro N. (1997). Mason's Basic Medical Surgical Nursing, 6. Baskı, Mc Grow-Hill Companies, 137.
- Charoenkwan K, Phillipson G, Vutyavanich T. (2008) Early versus delayed (traditional) oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynecologic surgery. Evidence Based Nursing, 11(2):56.
- Çilingir D, Bayraktar N. (2004). Günlük Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Evde Yaşadığı Güçlükler Ve Bilgi Gereksinimi, Yayınlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Daniese R, Sera, J, Aspiroz F, Malagelada J-R. (2004). Effects of physical activity on intestinal gas transit and evacuation in healthy subjects, The American Journal of Medicine, 116.
- Disbrow AE, Bennett LH, Owings TJ. (1983). Effect of postoperative suggestion on postoperative gastrointestinal motility, The Western Journal of Medicine, 158 (5).
- Erdil F, Özhan-Elbaş N. (2001). Cerrahi Hastalıklan Hemşireliği, Genişletilmiş IV Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara.
- Forren JO (2010). Postoperative patient care and pain management. Alexander's Care of the Patient in Surgery (Ed: Rothrock JC.) 14. Baskı, Elsevier, USA. s:267- 293.
- Gong G (2004). Relief of postoperative gas pain, American Journal of Nursing, 104 (2), 72.
- Guarner F, Malagelada RJ. (2003). Gut flora in health and disease, Lancet, 361, S: 512-519.
- Ingnatavicius,DD, Workman LM, Misher AM. (1999). Medical-Surgical Nursing Across The Health Care Continuum, 3. Baskı, W.B. Saunders Comp. (hata)
- Kramer LR, Vansomeren KKJ, Qualls RC, Curet BL. (1996). Postoperative management of cesarean patients: the effect of immediate feeding on the incidence of ileus, Obstetrics & Gynecology, 88 (1), S:29-32.
- Le Blanc-Louvry I, Costaglioli B, Baulon C, Leroi M, Ducrotte P. (2002). Does mechanical massage of the abdominal wall after colectomy reduce postoperative pain and shorten the duration ileus? Results of a randomized study, The Journal of Gastrointestinal Surgery, 6 (1), S 43-49.
- Macmillan S, Kammerer-Doak D, Rogers GR, Parker MK. (2000). Early feeding and the incidence of gastrointestinal symptoms after major gynecologic surgery, Obstetrics and Gynecology, 96 (4), 604-608.
- Madl C, Druml W. (2003). Systemic consequences of ileus, Best Practice and Research Clinical Gastroenterology, 17 (3), 445-456.
- Markey WD, Brown JR. (2002) An interdisciplinary approach to addressing patient activity and mobility in the medical-surgical patient, Journal of Nursing Care Quality, 16 (4), 1-12.
- Miedeme BW, Johnson OJ. (2003). Methods for decreasing postoperative gut motility, The Lancet, 4, 365-372.
- Ng A, Smith G. (2002). Anesthesia and gastrointestinal tract, Journal Of Anesthesia, 16, 51-64.
- Sayek İ (2004). Temel Cerrahi. Güneş Kitabevi, Ankara.
- Schilder MJ, Hurteau AJ, Look YK, ve ark. (1997). A prospective controlled trial of early postoperative oral intake following major abdominal gynecologic surgery, Gynecologic Oncology, 67, 235-240.
- Smith EC (1985). Detecting acute abdominal distention. Nursing, 15 (9), S 34-39.

- Steed LH, Capstick V, Flood C, ve ark. (2002). A randomized controlled trial of early versus 'traditional' postoperative oral intake after major abdominal gynecologic surgery, *Am. Journal Of Obstetrics Gynecology*, 186 (5).
- Subaşı-Çağlar S, Cihan A. (2004). Laparoskopik Kolesistektomi Operasyonu Geçiren Hastalarda Solunum Eğitiminin Solunum Fonksiyon Testlerine Etkisi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Story SK, Chamberlain RS. (2009) A comprehensive review of evidence- based strategies to prevent and treat postoperative ileus. *Digestive Surgery*, 26;265- 275.
- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. (2000). Biyoistatistik, 10. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
- Tramer MR. (2003). Treatment of postoperative nausea and vomiting, *British Medical Journal*, 327 (7418), S 762-764.
- Waldhausen THJ, Schirmer DB. (1990). The effect of ambulation on recovery from postoperative ileus. *Ann. Surgery*, 212 (6), S 671-677.
- Yılmaz M (2002). Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi, *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 4 (1), 40-51

