Erken Mobilizasyon Eğitiminin Abdominal Cerrahi Sonrası Hareketlilik, Ağrı ve Konfor Üzerine Etkisi

Fatma Nur Daldaban

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Ocak 2023
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Sevinç Taştan
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Prof. Dr. Sevinç Taştan
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Ümran Dal Yılmaz

2. Prof. Dr. Sevinç Taştan

3. Doç. Dr. Hülya Fırat Kılıç

ÖZ

Bu araştırma, abdominal cerrahi ameliyatı uygulanan bireylerde erken mobilizasyon eğitiminin abdominal cerrahi sonrası hareketlilik, ağrı, konfor ve uyku kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel çalışma tasarımına uygun olarak yapılmıştır. Araştırma, Gazimağusa Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniği'nde Haziran-Ekim 2022 tarihleri gerçekleştirildi.

Araştırmanın örneklem grubunu gruplara randomize olarak atanan 78 (Müdahale Grubu=39, Kontrol Grubu=39) hasta oluşturdu. Araştırmada kullanılan veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde Hasta Bilgi Bilgi Formu, ikinci bölümde Hasta Hareketlilik Ölçeği bulunmaktadır. Araştırmanın verileri, gerekli kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra, yüz yüze ortamda araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 26.0 yazılımı kullanılmıştır.

Araştırmada, müdahale grubu hastaların yaş ortalaması 44,82±12,37, kontrol grubu hastalarının yaş ortalaması ise 44,41±10,80'dir. Hastaların toplam mobilizasyon süreleri incelendiğinde, müdahale grubundaki hastaların toplam mobilizasyon süresi ortalamasının 58,33±11,20 dk olduğu, kontrol grubundakilerin ise 24,92±5,64 dk olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmada, müdahale grubunda yer alan hastaların kontrol grubuna göre ameliyat sonrası ağrı puanları, düşük ($p<0,05$), yatak içi dönme ve yatarken konfor puanları ile ilk gece uyku puanları yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Bu çalışma sonuçlarına göre, erken mobilizasyon eğitiminin, abdominal cerrahi uygulanan hastaların mobilizasyon süresi, ameliyat sonrası ağrı, yatak içi dönme ve yatarken konfor ve ilk gece uyku kalitesi puanları üzerine olumlu etkisi vardır.

Anahtar Kelimeler: Erken Mobilizasyon, Hareketlilik, Ağrı, Konfor, Hasta Eğitimi

ABSTRACT

This study was conducted in accordance with a randomized controlled experimental study design to examine the effect of early mobilization training on mobility, pain, comfort and sleep quality after abdominal surgery in individuals undergoing abdominal surgery. The research was carried out between June-October 2022 in Famagusta State Hospital Surgery Clinic.

The sample group of the study consisted of 78 (Intervention Group=39, Control Group=39) patients randomly assigned to the groups. The data collection form used in the research consists of two parts. In the first part, there is the Patient Information Form, and in the second part, the Patient Mobility Scale. The data of the study were collected by the researcher in a face-to-face after obtaining the necessary institutional and ethical committee permissions. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 26.0 software was used for the statistical analysis of the research data.

In the study, the mean age of the intervention group patients was 44.82±12.37, and the mean age of the control group patients was 44.41±10.80. When the total mobilization times of the patients were examined, it was determined that the mean total mobilization time of the patients in the intervention group was 58.33±11.20 minutes, and 24.92±5.64 minutes in the control group ($p<0.05$). In the study, the postoperative pain scores of the patients in the intervention group were lower ($p<0.05$), while the in-bed rolling and lying comfort scores, and the first night's sleep scores were higher than the control group ($p<0.05$).

According to the results of this study, early mobilization training has a positive effect on the mobilization duration, postoperative pain, in-bed rolling and lying comfort, and first night sleep quality scores of patients undergoing abdominal surgery.

Keywords: Early Mobilization, Mobility, Pain, Comfort, Patient Education

TEŞEKKÜR

Bu zorlu tez sürecimin tüm aşamalarında, ilgisini, destek ve sabrını esirgemeyen ve saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Sevinç Taştan'a teşekkürlerimi sunarak başlamak istiyorum. Ayrıca yüksek lisans eğitimim boyunca yorumları ve eleştirileri ile bana destek veren Dekan Yardımcısı Doç Dr. Gülten Sucu Dağ'a teşekkür ederim.

Yüksek lisans süreci boyunca bana destek olan tüm hemşirelik bölümü hocalarıma, savunma sınavımda olan değerli jüri üyelerine, sevgili araştırma görevlisi arkadaşlarıma desteklerinden dolayı teşekkürü bir borç bilirim.

Her koşulda yanımda olup, maddi ve manevi açıdan bana güç veren canım annem Zeynep Daldaban, sevgili babam Murat Daldaban ve abim Onur Daldaban'a ve hayatıma dokunan Belma Özdeş ve Kıymetlim Leman Özdeş'e minnetimi özellikle belirtmek istiyorum.

Araştırmada veri topladığım süre boyunca bana destek olan tüm hastalara teşekkür ediyor çabucak iyileşmelerini temenni ediyorum.

Ayrıca güne yeni heyecan ve fikirlerle başlamamı sağladığı için her sabah doğan güneşe hayranlığımı itiraf ediyorum.

Fatma Nur Daldaban

İÇİNDEKİLER

ÖZ iii

ABSTRACT v

TEŞEKKÜR vii

KISALTMALAR xi

TABLO LİSTESİ xii

ŞEKİL LİSTESİ xiii

1 GİRİŞ 1

1.1 Araştırmanın Amacı 4

1.2 Araştırmanın Hipotezleri 4

2 GENEL BİLGİLER 5

2.1 Abdominal Cerrahi 5

2.1.1 Abdominal Cerrahinin Hasta Üzerindeki Fiziksel ve Psikososyal Etkileri 6

2.1.2 Mobilizasyon-Erken Mobilizasyon 7

2.1.3 Erken Mobilizasyonun Cerrahideki Önemi 8

2.1.4 Erken Mobilizasyonun Cerrahideki Yararları 9

2.1.5 Erken Mobilizasyonun Sınıflandırılması 10

2.1.6 Erken Mobilizasyonun Cerrahideki Zamanlaması 11

2.1.7 Erken Mobilizasyonda Hemşirenin Rolü 12

2.1.8 Erken Mobilizasyonun, Ağrı ve Hareket Üzerindeki İlişkisi 13

2.1.9 Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi 14

2.1.10 Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirenin Sorumlulukları 15

2.1.11 Abdominal Cerrahi Sonrası Hasta Konforu ve Etkileyen Faktörler 16

3 GEREÇ VE YÖNTEM 18

3.1 Araştırma Türü 18

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer 18
3.3 Evren ve Örneklem 18
3.3.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 19
3.3.2 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri 19
3.4 Araştırma Değişkenleri 19
3.5 Veri Toplama Aracı 19
3.5.1 Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemlere Ait Bilgi Formu 19
3.5.2 Hasta Hareketlilik Ölçeği(HHÖ) 20
3.6 Veri Toplama Süreci 21
3.6.1 Ameliyat Öncesi Dönem 21
3.6.2 Ameliyat Sonrası Dönem 22
3.7 Verilerin İstatistiksel Analizi 22
3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları 23
3.9 Araştırmanın Etik Boyutu 23
4 BULGULAR 25
5 TARTIŞMA 36
5.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması 36
5.2 Hastaların Ameliyat Sonrası Mobilizasyon Sürelerinin Tartışılması 37
5.3 Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı, Uyku Kalitesi ve Konfor Düzeylerinin Tartışılması 40
5.4 Hasta Hareketlilik Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Tartışılması 47
6 SONUÇLAR 50
6.1 Sonuçlar 50
6.2 Öneriler 53
KAYNAKLAR 54

EKLER 73

Ek 1: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemlere Ait Bilgi Testi 74

Ek 2: Hasta Hareketlilik Ölçeği 76

Ek 3: Ölçek İzinleri 77

Ek 4: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni 78

Ek 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 79

Ek 6: Lefkoşa Burhan Nalbanoğlu Hastanesi Etik Kurul İzni (LBHN) 86

Ek 7: Gazimağusa Devlet Hastanesi Başhekim Onay Yazısı 87

Ek 8: Clinical Trial ID 88

Ek 9: Erken Mobilizasyon Eğitim Kitapçığı 89

KISALTMALAR

DAÜ	Doğu Akdeniz Üniversitesi
EM	Erken Mobilizasyon
GAS	Görsel Analog Skala
GDH	Gazimağusa Devlet Hastanesi
HHÖ	Hasta Hareketlilik Ölçeği
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
LBNH	Lefkoşa Burhan Nalbantoğlu Hastanesi
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
SS	Standart Sapma
TDK	Türk Dil Kurumu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri..... 25

Tablo 2: Müdahale Ve Kontrol Grubu Hastaların Ameliyata İlişkin Bazı Özellikleri ve Ameliyat Sonrası Mobilizasyon Durumları 27

Tablo 3: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası Mobilizasyon Sürelerinin Karşılaştırılması..... 28

Tablo 4: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası Konforunu Etkileyen Ve Hareket Kolaylığı Sağlayan Faktörler..... 30

Tablo 5: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Konfor ve Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması..... 31

Tablo 6: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 33

Tablo 7: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Konfor ve Uyku Kalitesi İle Hasta Hareketlilik Ölçeği Puanlarının Arasındaki Korelasyonlar. 35

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Araştırmanın Akış Şeması 24

Bölüm 1

GİRİŞ

Abdominal cerrahi girişimler; mide, safra kesesi, karaciğer, dalak, pankreas, ince bağırsak, kalın bağırsak gibi abdominal bölgede yer alan organlara yönelik gerçekleştirilen cerrahi girişimleri ifade etmektedir. Dünya genelinde her yıl ortalama 300 milyonun üzerinde cerrahi girişimin gerçekleştirildiği ve gelişmiş ülkelerde uygulanan abdominal cerrahi girişimlerin de her yıl %2-5 oranında arttığı bildirilmektedir (1). Teknolojik gelişmeler ve kanıta dayalı uygulamalara rağmen, abdominal cerrahi sonrası hastalarda bazı komplikasyonların görülebildiği belirtilmektedir. Yapılan cerrahi işlemin boyutu küçük ya da büyük olsun, ameliyat sonrası vücudun tüm sistemleri etkilenmekte, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski her zaman bulunmaktadır (2).

Ameliyat sonrası erken mobilizasyonun, oksijenin dokulara taşınmasını arttırdığı ve daha az komplikasyonlara sebep olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, mobilizasyon esnasında hipertansiyon, hipotansiyon ve hastanın düşmesi gibi istenmeyen durumlarla da karşılaşılabilmektedir (3). Ameliyat sonrası, cerrahi insizyona bağlı gelişen akut ağrı beklenen bir durumdur (4). Ameliyattan sonraki dönemde ağrının giderilmesi, günümüzde de önemli sorunlardan biridir. Ameliyat sonrası etkili ağrı yönetimi, hastada gelişebilecek bazı problemleri azaltırken, aynı zamanda hızlı iyileşmeyi de desteklemektedir (4). Ameliyat sonrası ağrı kontrolü sağlanan, yatak içi mobilizasyon ve erken ayağa kalkma ile desteklenen hastalarda, ameliyat sonrası komplikasyonlar daha az oranda gelişmektedir (2, 5).

Ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyonun(EM), hastanın iyi oluş ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (3,6). EM ameliyat sonrası 6-8 saat aralığında yatak kenarında birkaç adım atma şeklinde gerçekleştirilen mobilizasyon yöntemi olarak tanımlanmaktadır (7). Güncel yaklaşımlar, geleneksel bakım girişimlerinin aksine hastaların erken mobilizasyonunu desteklemektedir. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (8) protokolünde, EM kanıta dayalı uygulamalar arasında yer almaktadır (9). Erken mobilizasyon uygulamasının kullanılmasını doğrulayan kanıtların seviyesi düşük olmasına karşın, ERAS kılavuzunda yüksek tavsiye niteliğindedir. ERAS protokolüne göre, hastanın cerrahi girişim günü iki saat, daha sonraki günlerde ise taburculuğa kadar günde altı saat yatak dışında kalması tavsiye edilmektedir (9). Erken ayağa kalkma, abdominal cerrahi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası bakımda yer alan önemli bir aktivitedir (10). Ayoğlu'nun 2011 yılında yaptığı araştırmada, hastaların genel olarak en fazla yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken zorlandıkları ve yatağın kenarında oturma hareketini yaparken yardıma ihtiyaç duydukları vurgulanmaktadır (11). Çandır'ın çalışmasında ise ameliyat sonrasında mobilize edilen hastaların %39,7'sinin yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmelerinde sözel ve fiziksel destek aldıkları belirtilmektedir (12-13).

Erken mobilizasyon uygulamasının, kişinin hastalığı, geçirdiği ameliyatı, genel durumu ve yaşı gibi özelliklerinin göz önünde bulundurularak, kanıta dayalı uygulamalara dayalı bir prosedür ve zamanlama programı çerçevesinde oluşturulması önerilmektedir (7). Bu doğrultuda özellikle abdominal cerrahi geçiren hasta grubunda mobilizasyona başlamanın süresi ve bu sürenin planlamasının nasıl yapılması gerektiğine ilişkin bir protokol çalışmasına literatürde rastlanmamıştır. Bu nedenle geçirilen cerrahi sonrası mobilizasyonun ne zaman, ne sıklıkla ve ne kadar süreyle

yapılması gerektiğine yönelik kanıta dayalı uygulamalara veri oluşturacak araştırmalara gereksinim olduğu sonucuna varılmıştır (14-15).

Hastalar cerrahi girişim süreci boyunca çok fazla fiziksel ve psikososyal problem yaşamakta, yaşanılan bu problemler hastaların konforunun bozulmasına sebep olmaktadır (6-7). Hasta konforunun üzerinde etkisi olan en önemli girişimlerden birisi de abdominal cerrahi girişimleridir (16). Konfor, rahatlık sözcüğüyle benzer anlam taşımakla beraber ağrının olmaması, üzüntülü, sıkıntılı veya yorgun olmama durumu olarak tanımlanmaktadır (17). Konfor, hemşirelik bilgisinin, disiplinin ve mesleğin önem verilen bir kavramı olmuştur (18). Kolcaba'ya göre hemşirelik için konforun tanımı, stresli sağlık durumları karşısında ferahlama, rahatlama ve üstünlük için, temel insan ihtiyaçlarının giderilmesi ile ilgili duyulan memnuniyet olup, kaliteli bakımın göstergesidir (18).

Cerrahi sonrası hastanın konforu üzerinde ağrı ve beraberinde getirdiği diğer problemlerde etkilidir. Özellikle abdominal cerrahi sonrası yaşanan ağrının şiddeti hastanın yeterli olarak uyumasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (19). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek üzere yapılan bir çalışmada, hastaların uyku kalitesini en fazla ağrının etkilediği belirtilmektedir. Yeterince uyumayan kişilerin fiziksel ve mental olarak yorgunluk yaşadıkları, ameliyat sonrası iyileşmenin geciktiği, konfor düzeylerinin azaldığı ve günlük gereksinimlerini gerçekleştirmede zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (19). Uyku biyolojik fonksiyon için zorunlu olup, cerrahi girişim sonrası iyileşme sürecinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu nedenlerden dolayı, abdominal cerrahi geçiren hastalarda "ağrı" ''konforun sürdürülmesi'' ve "uyku örüntüsünde bozulma" hemşirelik tanılarının, etkin yönetimi sağlık bakım profesyonelleri tarafından gerçekleştirilmelidir. Bunun için sağlık bakım profesyonellerinin, ağrı şiddetinin, uyku

kalitesi ve hastanın konfor düzeyi üzerine etkisini doğru belirlemesi ve kaliteli şekilde yönetimi için gereken uygulamaların planlanması önemlidir (19). Bu çalışmanın birincil amacı, abdominal cerrahi öncesi verilen erken mobilizasyon eğitiminin, ameliyat sonrası hastaların hareketlilik, ağrı ve konfor üzerine etkisini incelemektir. Çalışmanın ikincil amacı ise abdominal cerrahi öncesi verilen erken mobilizasyon eğitiminin, ameliyat sonrası hastaların uykusu üzerine etkisini incelemektir. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların, abdominal cerrahi sonrası hastaların hareketlilik ve konforunu artırmada etkili olabilecek erken mobilizasyonu kapsayan bakım rehberlerinin oluşturulmasına temel veri sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın birincil amacı, abdominal cerrahi öncesi verilen yatak içi dönme ve erken mobilizasyon eğitiminin, ameliyat sonrası hastaların hareketlilik, ağrı ve konfor üzerine etkisini incelemektir. Çalışmanın ikincil amacı ise abdominal cerrahi öncesi verilen mobilizasyon eğitiminin, ameliyat sonrası hastaların uykusu üzerine etkisini incelemektir.

1.2 Araştırmanın Hipotezleri

$H1_1$. Abdominal cerrahi öncesi eğitim verilen ve verilmeyen hastaların hareketlilik puanları arasında fark vardır.

$H1_2$. Abdominal cerrahi öncesi eğitim verilen ve verilmeyen hastaların konforuna ilişkin puanları arasında fark vardır.

$H1_3$. Abdominal cerrahi öncesi eğitim verilen ve verilmeyen hastaların uykularına ilişkin puanları arasında fark vardır.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Abdominal Cerrahi

Abdominal cerrahi işlemleri; mide, pankreas, safra kesesi, dalak, ince bağırsak, kalın bağırsak ve karaciğerde meydana gelen hastalıkları kapsamaktadır. Ameliyat gerektiren başlıca hastalıklar, peptik ülser, mide kanseri, kolorektal kanser, inflamatuar hastalık, kist hidatik ve karaciğer tümörleri, divertiküler hastalık, piyojenik karaciğer apsesi, polipler, herniler, karaciğer travmaları, obstrüksiyonlar, morbid obezite, dalak rüptürü gibi hastalıklardır. Abdominal cerrahiler, hastanelerdeki cerrahi girişimlerin %70'ini oluşturmaktadır (20).

Abdominal cerrahi elektif cerrahi veya acil olarak yapılması gereken cerrahi girişimler şeklinde sınıflandırılmaktadır. Diğer bir sınıflandırma şekli ise açık ve kapalı (laparoskopik) cerrahilerdir. Laparoskopik cerrahi işlemi, kamera ile genel anestezi yöntemiyle az insizyon kullanılıp, abdomen bölgelerine gerekli olan uygulamaların yapıldığı cerrahi girişimlerdir. Uygulanan bu yöntem açık cerrahiye göre daha az girişim gerektirmekte, minimum komplikasyona sebep olmakta, aynı zamanda hastanede yatış süresini de azaltmaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı, bu yöntem en fazla tercih edilmektedir (3). Açık cerrahiler ise minimum cerrahi girişimlerin uygun olmadığı durumlarda, geniş enfeksiyon durumunda gerçekleşmektedir. Bu yöntemin kullanıldığı cerrahi girişimlerde anestezi süresi ve ameliyat süresi uzamaktadır, Ameliyat sonrası süreçte iyileşmeler uzamaktadır (20).

2.1.1 Abdominal Cerrahinin Hasta Üzerindeki Fiziksel ve Psikososyal Etkileri

Abdominal cerrahi girişimleri ister açık ya da kapalı olsun, isterse acil ya da elektif ameliyat olsun, hastaları hem psikolojik hemde fizyolojik olarak farklı boyutlarda etkilemektedir. Cerrahi işlem sonrasında hastalar iyileşme süresi boyunca hemşirelik bakımına, sonrasında ise aile desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Cerrahi işlem geçirmek için hastaneye başvuran bireylerin ve ailelerinin bakım süreci içerisinde karşılaştıkları sağlık profesyonellerinin davranışları, bireylerin hastanede edindikleri deneyimlerini iyi ya da kötü şekilde etkileyebilmektedir (21).

Abdominal cerrahi ameliyatları, ağrıya, beden imgesinde değişikliklere, aile ilişkilerinde bozulmalara yol açmakta, bireyde cerrahi süreç boyunca stres tepkileri görülebilmektedir (22). Uygulanan cerrahi girişim sonrasında, kişinin bedeni mikroorganizmalara karşı koruyan ilk engel olan deri bütünlüğünde bozulmalar meydana gelmektedir. Buna bağlı olarak bireyler enfeksiyon durumlarına karşı savunmasız kalmaktadır. Cerrahi işlem anında dokuların hasarlanması kan damarlarının da hasar görmesine neden olmaktadır. Doku ve damar hasarı, kanamalara, sıvı-elektrolit kayıplarına ve hipovolemik şok gelişmesine neden olabilmektedir (23).

Abdominal cerrahi müdahalelerin sonucu olarak, bireylerde psikolojik olarak; korku, ümitsizlik, üzüntü ve kaygı gibi duygu durumlarının yaşandığı bilinmektedir. Kişilerin bu duyguları hissetmelerinin sebepleri olarak anestezi etkisinden kurtulamama, ameliyat sonrasında oluşan ağrı, ölüm, beden imajında bozulmalar gösterilmektedir. Bireylerin cerrahi sonrası fiziksel olarak ailesine bağımlı bir yaşam sürdüreceğini düşünmesi durumu daha da zorlaştırmakta, hastanın bakım gereksinimlerine odaklanan bireyselleştirilmiş hasta bakımının önemini ortaya koymaktadır (10).

2.1.2 Mobilizasyon-Erken Mobilizasyon

Hastaların tedavisi ve bakımında mobilizasyonun önemi, 1940'lı senelerde ortaya çıkmıştır. Erken mobilizasyon, kişinin var olan işlevlerinin tekrardan kazanılmasını desteklemeyi sağladığından dolayı hızlandırılmış cerrahiler için önem arz etmektedir (24). Erken mobilizasyonun önemi ile ilgili ilk tartışmalar 19. yy sonlarına doğru uzamaktadır. 1899 yılında Dr. Emil Reis tarafından ilk kez erken mobilizasyonun ne olduğuna değinilmiştir. Erken mobilizasyonla ilgili 1944 yılında, Powers Jh. tarafından yapılmış olan ilk araştırmada, Mahmudova ve Dönmez'in aktardığına göre (2019), erken mobilizasyon ve yatak istirahati uygulanan gruplar karşılaştırılmış, erken mobilize olan kişilerde kas kaybı, kabızlık, sırt ağrısı ve pulmoner emboli gibi komplikasyonun gelişmediği sonucuna varılmıştır. Erken mobilizasyon yeni bir girişim gibi görünse de 19. yüzyıldan beri ilgi gören ve üzerine çalışmalar yapılan bir konudur (25).

Cerrahi işlem sonrası erken mobilizasyon; gelişebilecek pulmoner komplikasyon, kas zayıflığı, ağrı gibi sorunların önlenmesinde etkilidir. Erken mobilizasyon hastanede kalış süresini azaltıp, maliyeti düşürmektedir. Hastaların konfor düzeylerinin artışına faydası olmaktadır (26). Erken mobilizasyonun herhangi bir komplikasyon oluşmadan uygulanabilmesi için, hastaların mobilize edilmeden önce tıbbi durumlarının stabil olması gerekmektedir. Dinlenme anında kalp atım sayısı 110 dakikadan düşükse, yaklaşık olarak arteriyel kan basıncı 60-110 mm Hg aralığında ve oksijen satürasyonu %80'den fazlaysa hastaların tıbbi stabilitesi mobilizasyona uygun demektir. Hastaların tıbbi stabilitelerinin devamlılıklarının sürdürülüp, mobilizasyonun sağlanması için sağlık profesyonelleri arasında iletişim önemli olup ve disiplinli çalışmanın önemi vurgulanmaktadır (27).

2.1.3 Erken Mobilizasyonun Cerrahideki Önemi

Mobilizasyonla ilgili net bir tanım; harekete gelme veya getirme anlamı taşımaktadır (17). Mobilizasyon ve erken mobilizasyonla ilgili tanımlara bakıldığında, mobilizasyonun bedensel görevlerin yeniden aktif hale gelmesine yardım ettiği, erken mobilizasyonun ise yatmakta olan hastaların daha erken sürede mobilize edilerek, kısa zamanda hastaneden taburcu olmalarına yarar sağladığı şeklinde açıklandığı görülmektedir (25). Cerrahi girişim sonrasında iyileşmenin, cerrahi sonrasında kanıta dayalı yapılan bakımlarla ilgili olduğu görülmektedir. Kuzey Avrupa ülkelerinde (Norveç, İskoçya, Danimarka ve Hollanda) 2001 senesindeki kanıta bağlı tıp kuralına uygun şekilde *"ERAS"* veya diğer adıyla *"Fast-Track"* şeklinde adlandırılan protokoller geliştirilmiştir. Bu protokollerin temel bileşenleri ameliyat öncesi dönem, ameliyat dönemi ve ameliyat sonrası dönem olarak üç ana başlık altında incelenmektedir. Erken mobilizasyon, ERAS protokolünün ameliyat sonrası dönemde yer alan temel öğelerden biridir (8).

ERAS'ın temel amacı, hastaların erken iyileştirilmesini sağlamak ve cerrahi girişim sonrasında iyileşmeyi hızlandırmaktır. Erken mobilizasyon, cerrahi sonrasında hızlı iyileşme programının en önemli basamaklarından birisidir. Erken mobilizasyon süresiyle ilgili net bir zaman verilmese de, ERAS protokolü, hastaların ameliyat sonrasındaki ilk yirmi dört saatte mobilizasyonlarının sağlanmasının gerektiğini ve ameliyat gününde iki saat, ameliyat gününü takip eden günlerde ise taburcu olana kadar gün içerisinde altı saat yatağın dışında kalmasını önermektedir (28).

Hastaların cerrahi girişim sonrasında erken mobilize edilmesi, hareketsizlik sonucu gelişen komplikasyonların (DVT, pnömoni, atelektazi, üriner retansiyona dayalı idrar yolları enfeksiyonu, basınç ülseri gibi) önlenebilmesi, homeostatik dengenin devamlılığı, anesteziye bağlı bozulan bağırsak hareketlerinin tekrar

sağlanabilmesi ve ağrı kontrolü üzerinde olumlu etkilere yol açmaktadır. Bunlarla birlikte, kişinin kendisini daha iyi hissetmesi, memnuniyetinin artması, deliryumun ve anksiyetenin engellenmesine yönelik ruhsal durumlara da faydaları bulunmaktadır. Bahsedilen bu faydaların hastanede kalma zamanını ve maliyeti azalttığı, yara onarımlarını hızlandırdığı ve hastanın en kısa zamanda bağımsızlıklarını kazanmasını olumlu etkilediği görülmektedir (29).

Yapılan bir çalışmada, cerrahi girişim sonrasında, erken mobilizasyon uygulanan bireylerde hastanede kalma zamanlarının dört günden iki üç güne, ağrı düzeylerinin ise dördün altında olduğu belirtilmektedir (30). Erken mobilizasyonun belirtilen faydalarına karşın, bulantı ve ağrının şiddetinde artış gibi olumsuz etkilere sebep olduğu da söylenmektedir. Erken mobilizasyon uygulamasına karar verilmeden önce mobilizasyona engel olacak sebepler (üriner kateter-dren varlığı, cerrahi girişimin türü, şiddetli ağrı, hastaların fizyolojik, ve psikolojik durumları gibi) değerlendirilmelidir (31).

2.1.4 Erken Mobilizasyonun Cerrahideki Yararları

Yapılan çalışmalarda, erken mobilizasyonun yararları, aşağıda sıralanmıştır:

- Kardiyak komplikasyonların oluşması engellenir,
- Mekanik ventilasyondan ayrılma süresi azalır,
- Yaşam kalitesi yükselir,
- Hastanede kalış süresi azalır,
- Mide ve bağırsakların eski çalışma sistemine geçişi daha kolay ve hızlı olur,
- Yoğun bakımda yatma süresi azalır,
- Mortalite ve morbidite riskini azaltır (30-31). Hastalara uygulanan erken mobilizasyon girişimleri, hastaların bedensel işlevlerini, ruhsal durumlarını

ve yaşam kalitelerini arttırıken, yatak istirahatine bağlı gelişen morbiditeyi engeller. Hastaların erken dönemde mobilizyonlarının sağlanması ile deliryum görülme oranı ve hastanede yatış süresinin azalmasına bağlı olarak da sağlık hizmeti maliyeti düşmektedir (30). Hastaları mobilize etmek için kullanılan tıbbi alet ve malzemeler, teknolojik gelişmeler, hemşirelerin mobilizasyon uygulamalarını kolaylaştmaktadırlar.

2.1.5 Erken Mobilizasyonun Sınıflandırılması

Erken mobilizasyon birincil olarak aktif ve pasif şeklinde sınıflandırılmaktadır. Aktif mobilizasyon, verilen uygulama adımlarını yardımlı ya da yardımsız şekilde uygulayabilen kişiler için kullanılmaktadır. Pasif mobilizasyon ise, sağlık profesyonelleri ile iş birliği halinde olamayan hastalara yönelik uygulanabilen hareketlerdir. Pasif mobilizasyon, supine pozisyonda sol veya sağ lateral ya da fowler ve prone pozisyonlara geçilmesidir (30).

Erken mobilizasyon, bireylerin tıbbi stabiliteleri yapıldıktan ve hasta eğitimleri verildikten sonra aşamalı şekilde gerçekleştirilmektedir. Mobilizasyon sürecinde ilk olarak hastanın bir süre yatak içerisinde, daha sonrasında da yatak kenarından hastanın bacakları aşağı sarkıtılarak oturtulmalıdır. Bu esnada hastaların yaşam bulgularının kontrol altına alınması gerekmektedir. Hastaların dengelerinin sağlanması için hasta oturmaya teşvik edilmelidir. Yaşamsal bulguların takibiyle hasta mobilize edilmelidir (32). Hastaların ayakta kalabilmesi için gerekli olan destek sağlanmalıdır. İlk olarak hasta yalnızca kısa süreli ayakta durabilse bile, güvenli olarak ayakta durana kadar denemelere ara verilmeden devam edilmelidir. Sonrasında, hasta sandalyeye oturtulmalı ve yaşam bulguları değerlendirilmelidir. Birey kendini iyi hissediyorsa birkaç adım atabilmesi için destek sağlanmalıdır. Bu atılan adımlar ile hastaların bağımsız etkinlikleri, aşamalı şekilde arttırılmalıdır. Bartolo ve ark.ların 2017 yılında

yapmış olduğu 103 hasta üzerindeki çalışmada, beyin hasarı olan hastalar üzerinde yapılan aktif ve pasif mobilizasyon uygulamasının, hastalarda fizyolojik ve psikolojik iyileşmeleri sağladığı belirtilmektedir (32).

Cerrahi girişim sonrasında erken mobilizasyona engel oluşturan durumlarla da karşılaşılmaktadır. Bu oluşan engellerin hastalardan ya da sağlık profesyonellerinden kaynaklandığı görülmektedir. Hastalardan kaynaklanan problemler; deliryum-ajitasyon, ruhsal durum, biyolojik dengesizlik, anestezi, kaygı, düşük Glasgow Koma Skalası ve ağrıyı içermektedir. Sağlık profesyonellerinden kaynaklanan sorunlar; ekip üyeleri arasında işbirliği olmaması ya da çalışanların deneyim eksikliğidir. Hasta sonuçlarının iyileştirilmesi amacıyla, erken mobilizasyon üzerinde etkili olan engellerin çözümüne yönelik yaklaşımlar ortaya konmalıdır.

2.1.6 Erken Mobilizasyonun Cerrahideki Zamanlaması

Yapılan çalışmalarda, erken mobilizasyonun başlama zamanına ilişkin olarak net bir zaman olmamakla birlikte, *"ERAS"* protokolü kapsamında cerrahi girişim geçiren bireylerin vital bulgularının stabil olması durumunda hastaların ilk yirmi dört saat içinde mobilize olmalarının önerildiği görülmektedir (33). Diğer yandan cerrahi girişim sonrasında, altı ya da sekiz saat aralığında olan zaman diliminde, bireylerin yatağın kenarında birkaç adım atmaları şeklinde uygulanan mobilizasyon erken mobilizasyon şeklindedir. Buna bakılarak mümkün olan en erken dönemde bireylerin mobilizasyonlarının yapılması ve gerektiği zamanda da istirahatte bulunulması en uygun yaklaşımdır. Sonuç olarak cerrahi girişim sonrasında erken mobilizasyonları sağlanan hastalarda daha az sayıda sorunların oluştuğu belirtilmektedir (33). Ameliyat sonrasında işlev kaybının önlenebilmesi için erken mobilizasyon oldukça önemlidir (34). Cerrahi girişim sonrasında erken mobilzasyon, yalnızca multidisipliner ekip

çalışmasıyla mümkün olmaktadır. Erken mobilizasyon, işlevsel bağımsızlığı ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (35).

2.1.7 Erken Mobilizasyonda Hemşirenin Rolü

Ameliyat sonrası, mobilizasyon kararları genellikle hekim istemleri ile yapılmakta olup ERAS protokolünde erken mobilizasyonun multidisipliner ekip tarafından uygulanması gerektiği belirtilmektedir (36). Cerrahi girişim sonrasında, ERAS protokollerinin uygulanmadığı kliniklerde, hasta bakımında erken mobilizasyona gereken önemi gösterilmemektedir. Oysaki, erken mobilizasyon geciktiğinde, hastaların işlevsel kapasiteleri ve genel yaşam aktivitelerinde azalmalar görülmekte, sonrasında, hastaların bağımlılıklarının artması ve sağlık profesyonllerinin iş yüklerinde artışa yol açmaktadır (37).

Erken mobilizasyonun olumsuz şekilde etkilenmesinin en önemli nedenlerinden bir diğeride şiddetli ameliyat sonrası ağrıdır. Hastanın bakımından sorumlu hemşire tarafından, cerrahi girişim öncesi ve sonrasında hastanın ağrılarının değerlendirmesi yapılmaktadır. Ameliyat sonrası ağrı, beklenen bir ağrı olup, farmakolojik tedavinin etkinliğini artırmak için farmokolojik olmayan yöntemlerinde uygulanmasını gerekli kılar (37). Bireylerde ağrı şiddetinin azaltılması ve ağrı yönetiminin sağlanması için, bulantı gibi cerrahi girişim sonrasında ortaya çıkan sorunların önüne geçilmelidir. Hemşirelerin, cerrahi drenlerin kontrolünün ve bakımlarının yapılması ve en kısa sürede drenin çıkarılmasında aktif olarak rol alması gerekmektedir. Mobilizasyon öncesi, bireylerin hemodinamisinin değerlendirilmesi yapıldıktan sonra, birey mobilize olmaya uygunsa, bireylerin adım adım hemşireler tarafından mobilizasyonun sağlanması ve mobilizasyonun öncesinde ve sonrasında bireylerin vital bulgularının ölçülüp kaydedilmesi gereklidir (10).

2.1.8 Erken Mobilizasyonun, Ağrı ve Hareket Üzerindeki İlişkisi

Cerrahi işlem sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayıp, doku iyileşmesi ile giderek azalan ve genelde lokalize olan akut ağrı olarak tanımlanmaktadır. Ameliyat sonrası erken dönemde maksimum şiddette hissedilen, ikinci ve üçüncü günlerde azalmaya başlayan bir durumdur (38-39). Erken mobilizasyonun ağrı yönetiminde pozitif yönde etkili olduğu; mobilizasyonu erken olan hastaların, yaşam standartlarının arttığı ve sağlık profesyonellerinin vermiş olduğu bakıma aktif olarak katıldığı belirlenmiştir (39). Devrez'in 2015 yılında, koroner anjiyoplasti uygulanan bireylerle yapmış olduğu çalışmada erken mobilizasyonun bireylerin yatakta dinlenme anında deneyimledikleri ağrı şddetini azalttığı sonucuna varmıştır (40).

Ameliyat sonrası dönemde bireyler ağrı sebebiyle öksürük, derin solunum, aktif-pasif ROM egzersizleri gibi aktiviteleri yapmakta zorlanmaktadırlar (41). Ameliyat sonrası dönemde kontrolü sağlanamayan ağrı, mobilizasyonda gecikme, aktivitede sınırlılık, solunum ve dolaşım komplikasyonları ile ilgili problemlere neden olmakta, iyileşme sürecini uzatmakta ve bu süreci olumsuz yönde etkilemektedir (42). Ayrıca, bireyin konforunu kötü yönde etkileyerek bireyin memnuniyetini de azaltmaktadır (43-44). Geçirilen cerrahi işlem sonrası erken mobilizasyonun yararları bilinmesine rağmen çoğu hasta ağrısı olduğundan dolayı ya da cerrahi kesi bölgesine zarar geleceğini düşünerek mobilize olmayı istememektedir (45). Bu sebeple cerrahi girişim sonrası ağrı kontrolü için, ağrı değerlendirmesi yapılmalıdır.

Cerrahi girişim sonrası; hastada sıklıkla pnömoni, hipoksi, atelektazi gibi istenmeyen durumlarla karşılaşılır (46-47). Kardiyovasküler sistem üzerine en önemli etkisi; şiddeti giderek artan ağrı ve kan basıncı yüksekliğidir. Ağrı sebebiyle erken mobilizasyonu sağlanmayan bireylerde tromboemboli görülme riski de artar (47). Üriner sistem üzerine ağrının etkisi ise, üretra ve mesane motilitesinde azalmaya yol

açmasıdır. Bu sebeple kişi de, idrar yapma eylemi güçleşir. Bu duruma ilaveten etkin olan stres mekanizması nedeniyle görülen periferik vazokonstrüksiyon, oligüri oluşumuna neden olabilir (39,48). Endokrin sistem üzerine etkisi ise, cerrrahi girişim sonrası ağrıdan dolayı oluşan stres sonucu katekolamin ve katabolik hormonların salınımında artış meydana gelir. Bu hormanal değişikliklerin sonucunda, sodyum ve su tutulumu artar, kandaki glikoz düzeyi ve keton cisimlerinde artış meydana gelir. Metabolizma hızlanır ve oksijen tüketiminde artış görülmektedir (49).

2.1.9 Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi

Ameliyat sonrası dönemde bireyde ağrı, bulantı ve kusma, nefes alıp vermede bozulma veya güçlük, bağırsak tıkanıklığı ve yapışması gibi sorunlar görülebilmektedir. Bu sorunlar, erken mobilizasyonu ve oral beslenmeyi geciktirerek, hastanede kalış süresini arttırmaktadır. Bu ve benzer durumlarda bireyin mortalite riski artmaktadır (50) Ameliyat sonrasında hastalarda bu komplikasyonların gelişmemesi adına geleneksel bakım ve tedavilerin yanında kanıta dayalı yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmuş ve geliştirilmiştir. 1990'lı yılların başında ERAS protokolü oluşturulmuştur (51-52). Cerrahi girişim sonrası ağrı yönetimindeki amaç; kişinin ağrısını en aza indirmek veya ağrıyı ortadan kaldırmak için oluşabilecek komplikasyonlardan bireyi korumak, iyileşmeyi hızlandırmak, bireyin konforunu sağlamak ve bakım maliyetini en aza indirmektir (43-44). Ağrı kontrolünün sağlanmaması, bireyin iyileşmesini etkileyen faktörlerin başındadır. Kontrolü sağlanamayan ağrı, bireylerin hastanede kalış zamanlarının uzamasına, verilen bakım yükünün artmasına, mortalite ve morbidite de artışa sebep olmaktadır (39). İlerleyen bu süreçte travma, doku zedelenmesi ve bireyin klinik durumu göz önünde bulundurulmalıdır; bireyin fiziksel, psikolojik ve tıbbi durumu, yapılan cerrahi uygulama, yaş ve aneljeziklere verilen

yanıt dikkate alınarak değerlendirmeli, sorunlar ve ihtiyaçlar belirlenerek bireye uygun bakım planı oluşturulmalıdır (47-53).

Cerrahi girişim sonrası uygulanan ağrı tedavisinde, yeni ilaçlar ve yeni tedavi yöntemlerinin olmasına rağmen, halen ağrı yönetiminin eksik kaldığı çalışmalarda gösterilmiştir (2,38,46). Ağrı kontrolünün yetersiz kalmasının sebepleri arasında; sağlık bakım profesyonellerinin bilgi eksikliği, opioid ajanların yan etkileri ve bireyde bağımlılık yapması sebebiyle kullanımının azlığı, uygulanan yeni ağrı kontrol teknikleri konusundaki yetersizlik, bireylerin yaşadıkları ağrıyı uygulanan ameliyat sonucu olabileceğini doğal karşılaması ve bu sebeple sağlık ekibinden destek almaması, hastaların sorunsuz hasta olma düşüncesinde olmaları sebebiyle ağrılarını gizlemeleri gibi pek çok sebep yer almaktadır (47,53-54). Cerrahi işlem sonrası dönemde ağrı denetiminin uygulanabilmesi için, yetersiz ağrı kontrolüne sebep olan olaylar bilinmeli ve bu sebepler ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır (43,55).

2.1.10 Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirenin Sorumlulukları

Cerrahi işlem sonrası, etkili ağrı kontrolünün sağlanmasında ekip yaklaşımı oldukça önemlidir (56-57). Ekipte ağrısı olan hasta ile yakın temas halinde olan sağlık profesyoneli hemşiredir (56-57). Bu sebeple hemşirelerin, hastanın ağrı yönetimini, geçmişte yaşamış olduğu ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini bilip ona göre tedavi uygulaması gerekmektedir. Bununla birlikte; ağrıyla başetme yöntemleri hastaya öğretilmeli, planlanan farmakolojik yöntemlere ek olarak nanfarmakolojik yöntemleri uygulaması gibi pek çok girişimlere hemşirelik bakımında yer vermelidir (39,47).

Ağrı; tüm özellikleri ile değerlendirilmelidir. Hemşirenin ağrı tedavisinde aktif rol oynaması için hastaya ağrı ile baş etme yöntemlerini öğretmesi gerekir (47). Ameliyat sonrası erken dönemde, hasta ağrısını sözel olarak ifade edemeyecektir. Bu

nedenle, ağrının belirtilerinden olan yüz buruşturma, terleme, inleme, tansiyon yüksekliği, nabız artışı gibi durumlar unutulmamalı ve gözlenmelidir. Bilinci yerinde olan bir hasta için de ağrı değerlendirilmesindeki en güvenilir yol ağrısının olup olmadığını sormaktır (41). Hemşireler, etkili ağrı yönetimi için yeniliklere açık olmalı, kendilerini geliştirmeli, eğitmeli ve yeni tedavi yöntemlerini kullanarak, ağrı kontrolünü en etkili bir şekilde sağlayabilmelidirler (58-59).

2.1.11 Abdominal Cerrahi Sonrası Hasta Konforu ve Etkileyen Faktörler

Konfor teriminin, Türk Dil Kurumu'nun güncel Türkçe sözlüğünde günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık şeklinde ifade edilmektedir. Konfor kelime olarak Fransızca kökenlidir, Fransızca'da "teselli, rahatlatma, rahatlık" anlamlarının karşılığıdır (60-61). Abdominal cerrahi girişimden sonra bireyler sosyal, biyolojik ve ruhsal açıdan değişiklik gösterebilmektedir. Gelişen teknoloji ve bilimsel ilerlemeler sonucunda cerrahi, yıllardır hayatı tehdit eden bir durumdan çıkıp, hastalar için umut kaynağı olmaktadır. Yapılan cerrahi girşim sonrası hastalar, %20-80 oranlarında anksiyete, korku ve huzursuzluk gibi durumlardan şikayet etmektedir. Diğer tüm ameliyatlarda olduğu gibi abdominal cerrahide de bireyin konforunun sağlanıp, sürdürülmesi oldukça önem arz etmektedir. Bireyin konforu sağlandığında kendini güvende ve rahat hissetmektedir (62). Abdominal cerrahi işlemi, hastalarda, psikolojik olarak değişiklik yaşanmasına neden olmaktadır. Yaşanan bu değişiklikler, hastanın konfor düzeyinde azalmaya yol açabilmektedir. Sağlık profesyonelleri genelde, hastanın bedensel yakınmaları ile ilgilenirken, ruhsal ve konfor durumunu göz ardı edebilmektedirler. Bu zaman diliminde sağlık profesyonelleri, bireyin konforunun sağlanabilmesine, bakımlarına önem vermeli ve bu durum sürdürülebilir olmasına özen göstermelidir (62).

Bireyin konforunda etkili olan en önemli uygulamalardan birisi de yapılan cerrahi girişimlerdir. Bireylerin tıbbi rahatsızlıklarının tanı ve tedavisi için başvurulan cerrahi girişimler, günümüz de en yaygın kullanılan yöntemlerdendir (63). Yapılan cerrahi işlem sonrasında bütüncül yaklaşım ile hastaların konforlarının sağlanabilmesine yönelik girişimlerin sağlık profesyonelleri tarafından sağlanması gerekmektedir (63). Cerrahi işlem öncesi ve sonrasında hemşireler, hastanın konforunu, mahremiyetini, diğer sağlık profesyonellerinin koordinasyonunu yerine getirmede en etkin kişi olarak rol almaktadır. Bu rol ve sorumlulukları ile hemşireler, holistik bakış açısı ile hastanın ameliyat öncesi ve sonrasında bakım ihtiyaçlarını yerine getirmektedir. Böylece bireylerin konforlu bir bakım alması sağlanmaktadır. Bütüncül yaklaşım sonucunda bakım kalitesi artacağı için, erken mobilizasyonun sağlanıp, yaşam kalitelerininin de artmasına katkı sağlamaktadır (64).

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Türü

Bu araştırma, randomize kontrollü ön test son test kontrol gruplu deneysel çalışma olarak planlan gerçekleştirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Haziran - Ekim 2022 tarihleri arasında KKTC'nin Gazimağusa Devlet Hastanesi Cerrahi Servisinde yürütülmüştür. Hastane 2007 yılında kurulmuş olup, 12'si cerrahi kliniğine ait toplamda 160 yatak kapasitesi ile ilçe halkına hizmet sunmaktadır. Cerrahi kliniğinde sekiz hemşire, bir sorumlu hemşire, dört uzman hekim olmak üzere toplam 13 sağlık profesyoneli görev almaktadır. Cerrahi Polikliniği'nde ise 08.00-13.00 saatleri arasında haftanın beş iş günü rutin takipler, bakım hizmetleri ve ameliyat planlamaları yapılmaktadır. Bu tarih ve saatler dışında başvurular ise acil hasta protokolüne göre kliniğe kabul edilmektedir.

3.3 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; Gazimağusa Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniği'nde abdominal cerrahi uygulanan hastalar oluşturdu. Çalışmanın örneklem büyüklüğü G Power 3.1.9.2 bilgisayar programı kullanılarak hesaplandı. Buna göre α=0.05 düzeyinde %95 (1-β=0.20) güç için gerekli olan örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.2 yazılımı kullanılarak her gruptan 33'er kişi olmak üzere toplam 66 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmada veri kayıpları olabileceği öngörülerek %15 oranında daha fazla hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlandı(n=78). Hastaların gruplarının

belirlenmesi Random Allocation Software (Random Alloc, Ver. 1.0.0, M.Saghaei, Dept of Anesthesia, Isfahan University, Iran) yazılımı kullanılarak belirlendi.

3.3.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaşından büyük olan
- Kapalı yöntemle abdominal cerrahi girişim geçiren hastalar,
- Araştırma yönergelerini okuyup anlayabilme kapasitesine sahip olan,

3.3.2 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- Acil cerrahi girişim geçiren hastalar,

3.4 Araştırma Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenlerini, HHÖ'den alınan puanlar ile ağrı, uyku ve konfor puanları oluşturmuştur.

Bağımsız değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenlerini katılımcıların; yaş, medeni durumu, eğitim düzeyi, sigara içme öyküsü, kronik hastalık gibi tanıtıcı özellikleri oluşturmuştur.

3.5 Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan veri toplama formu, iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemlere Ait Bilgi Testi, ikinci bölümde Hasta Hareketlilik Ölçeği bulunmaktadır.

3.5.1 Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemlere Ait Bilgi Formu

Çalışmada kullanılan bilgi formu, bireylerin yaşı, cinsiyet durumu, boy durumu, kilo durumu vb tanıtıcı özellikleri ile yapılan ameliyat, dren varlığı gibi hastalığına ilişkin klinik özellikleri ile perioperatif döneme yönelik ağrı, konfor ile uykularını değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır (Ek-1). Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası döneme yönelik mobilizasyon, yatma ve oturma esnasındaki ağrı

ve konforları ile uyku durumlarını sorgulayan sorular Görsel Analog Skala (GAS) ile değerlendirildi. Cetvel, ameliyattan önce ve sonra mobilizasyon, yatma ve oturma esnasındaki ağrıya yönelik olarak sıfır; ağrı yok, on; şiddetli ağrıyla son bulmaktadır. Katılımcılardan söz konusu sayılar aralığında, kendisini iyi ifade eden rakamı cetvel üstünde nokta koymaları istendi. Skorlardaki yükseliş, şiddetli ağrıyı ifade etmektedir. Cetvel, ameliyat önce ve sonrası mobilizasyon, yatma ve oturma esnasındaki konforu için, 0 çok kötüyle başlangıç yapmakta, "10; çok iyiyle noktalanmaktadır. Yükselen skorlar, konforuna yönelik memnuniyetinin yüksek olduğunu göstermektedir. Skala ayrıca ameliyat öncesi ve sonrası hastanın uyku kalitesini değerlendirme için, "0 çok kötüyle başlangıç yapmakta, "10; çok iyiyle noktalanmaktadır. Yükselen skorlar, uyku kalitesine yönelik memnuniyetinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.5.2 Hasta Hareketlilik Ölçeği(HHÖ)

Cerrahi girişim sonrası yapılan 4 aktivite (yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme) sırasında deneyimlenen ağrı ve güçlük düzeyi, ölçek boyunca altta sözlü olarak ifadelerin sıralandığı 15 cm'lik bir görsel analog kullanılarak değerlendirilir. Ağrı ve güçlük derecesinin sayısal değeri, hastanın ölçek üzerinde koyduğu işaret ile "0" arasındaki mesafenin, kalibrasyonu yapılmış bir cetvelle ölçümü yapılarak belirlenir. Puan artışı, aktivite ile ilgili olarak ağrı ve güçlüğün arttığına işaret etmektedir. Elde edilen puanlar, hastanın her bir aktiviteye ilişkin hareketlilik puanını vermektedirr. Global hasta hareketlilik puanını elde etmek için tüm aktivitelere ilişkin puanlar toplanır. İç tutarlılık güvenirliği ölçeğin tümü için Cronbach alfa değerine bakılarak değerlendirilmiş ve birinci ve ikinci günler için her iki gruba yönelik olarak 0.94-0.98 aralığında yer almaktadır (65) (Ek-2).

3.6 Veri Toplama Süreci

Araştırmada veriler, 01.06.2022-31.10.2022 tarih aralığında elde edilmiştir. Veri elde etme periyodu, ameliyattan önce, ameliyattan sonra birinci günü içerecek şekilde 2 basamakta yürütüldü.

3.6.1 Ameliyat Öncesi Dönem

Araştırmanın dahil olma kriterlerine uyan hastalarla ameliyat öncesi dönemde, araştırmacı tarafından hasta odasında görüşülerek, araştırma hakkında bilgi verildi. Hastaların yazılı ve sözlü onamları alındı. Tüm gruplarda yer alan hastalara Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Veri Toplama Formundaki bilgiler, Hasta Hareketlilik Ölçeği uygulandı. Daha sonra hasta randomizasyon tablosuna göre kontrol ya da müdahale grubuna alındı. Müdahale grubunda yer alan hastalara ise, ameliyat öncesi dönemde preoperatif hazırlık ünitesinde hasta eğitiminde, "Erken Mobilizasyon Eğitimi" verildi. Eğitim materyali olarak, araştırmacı tarafından hazırlanan ''Erken Mobilizasyon Eğitim Materyali" kullanıldı (Ek-10). Eğitim içeriğinde, yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme ile ilgili teknikler ve dikkat edilecek noktalar, ameliyat günü ve ameliyat sonrası birinci ve daha sonraki günlerde, yatak dışında geçireceği süreler hakkında bilgiler yer aldı. Kontrol grubunda yer alan hastalar rutin klinik bakım aldılar. Hastaların ameliyattan sonra ilk mobilizasyonu rutin olarak ameliyattan sonra, hastanın durumunda herhangi bir engel yoksa, klinik hemşiresi, hasta yakınları ve kat bakım görevlileri tarafından yapılmaktadır.

Araştırmacı tarafından, müdahale grubuna verilecek eğitimin içeriği güncel literatürlere dayandırılarak hazırlandı. (8). Hazırlandıktan sonra 10 hemşire öğretim üyesinden kapsam geçerliği için uzman görüşü alındı (66). Bu çalışmada, Madde Kapsam Geçerlik İndeksi ile Ölçek Kapsam Geçerlik İndeksi 0.80'in üzerinde

bulundu. Bu materyalde içerik olarak mobilizasyon ile ilgili bilgilere yer verildi. Materyal için gönüllü canlı bir manken kullanıldı, mobilizasyonun her bir basamağı sırayla fotoğraflandı. Resimlerin yanlarına fotoğraflarla ilgili açıklamalar yazıldı. Materyal a5 boyutunda renkli broşür olarak bastırıldı.

3.6.2 Ameliyat Sonrası Dönem

Ameliyat günü, ameliyattan altı saat sonra hastanın ilk mobilizasyonu araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Dört saat aralarla, ikinci ve üçücü mobilizasyon planlanarak, hasta mobilize edildi. Planlı mobilizasyon saatleri dışında hastalara kendini iyi hissettiği sürece mobilize olması hakkında bilgi verildi. Hastanın mobilize olduğu süreler veri toplama formuna kayıt edildi. Ameliyat sonrası birinci gün hastanın mobilizasyonu sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği, Ameliyat Sonrası döneme yönelik mobilizasyon, yatma ve oturma esnasındaki ağrı ve konforları ile uyku durumlarını sorgulayan sorular Görsel Analog Skala (GAS) doldurtuldu. Araştırma protokolünün tamamı ClinicalTrials.gov (NCT05657561 adresinde yer almaktadır.

3.7 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma verilerin istatistiksel analizi için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 26.0 yazılımı kullanılmıştır.

Araştırmaya dahil olan müdahale ve kontrol grubu hastaların sosyo-demografik özelliklerine, ameliyata ilişkin bazı özellikleri ve ameliyat sonrası mobilizasyon durumlarına, ameliyat sonrası konforunu etkileyen ve hareket kolaylığı sağlayan faktörlere göre dağılımı frekans analiziyle belirlenmiştir.

Müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon sürelerine, ameliyat sonrası ağrı konfor ve uyku kalitesi GAS puanlarına ve Hasta Hareketlilik Ölçeği (HHÖ) puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

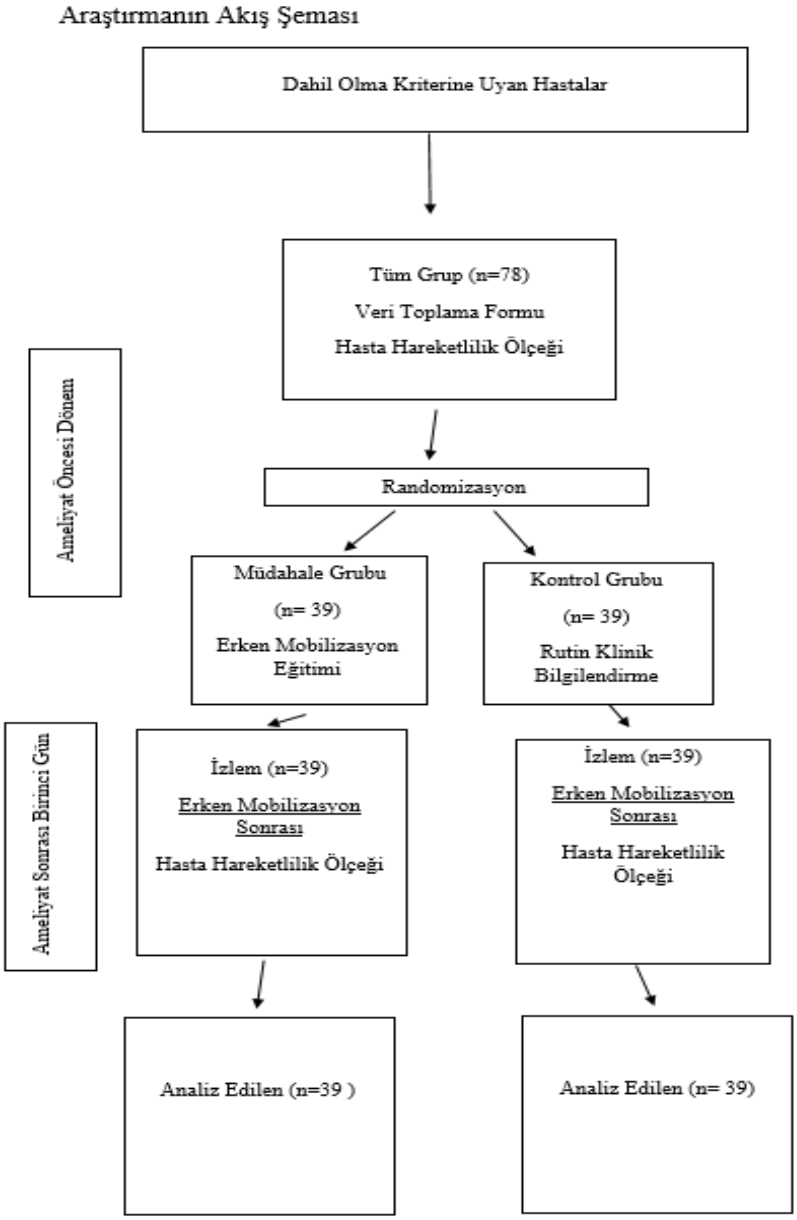
Müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon sürelerine, ameliyat sonrası ağrı, konfor ve uyku kalitesi GAS puanlarına ve HHÖ puanlarının normal dağılıma uyma durumlarının karşılaştırılmasında Shapiro-Wilk testi ve çarpıklık-basıklık değerleriyle incelenmiş ve normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir. Bu sebeple iki grubun karşılaştırılmasında, parametrik bir test olan bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bulguları, Haziran 2022-Ekim 2022 tarihlerinde araştırmanın yapıldığı hastanenin cerrahi servisinde laparoskopik olarak abdominal cerrahi ameliyatı olan hastalarla sınırlanmaktadır. Bundan dolayı bulguların, yalnızca çalışma grubuna genellemesi yapılabilir.

3.9 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için, araştırmanın planlanma aşamasında araştırmada kullanılan "Hasta Hareketlilik Ölçeği"nin Türkçe geçerlik-güvenilirliğini yapan yazarlardan, öğretim üyesi Yardımcı Doç. Dr. Tuluha Ayoğlu ile iletişim kurularak (e-mail ile) ölçeğin kullanımı ile ilgili gerekli izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan ''Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu'' ile yazılı izin alınmıştır. Doğu Akdeniz Üniversitesi, Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu ve Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi etik kurulundan gerekli izinler alınmıştır.



Şekil 1: Araştırmanın Akış Şeması

Bölüm 4

BULGULAR

Bu bölümde, erken mobilizasyon eğitiminin abdominal cerrahi sonrası hareketlilik, ağrı ve konfor üzerine etkisinin ortaya konması amacıyla yapılan araştırma bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 1: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

	Müdahale		**Kontrol**		**X^2**	**p**
	n	**%**	**n**	**%**		
Cinsiyet						
Kadın	20	51,28	21	53,85	0,051	0,821
Erkek	19	48,72	18	46,15		
Yaş (yıl)	44,82±12,37		44,41±10,80		0,156	0,876
BKİ (kg/m^2)	23,45±4,09		24,79±3,59		-1,530	0,130
Medeni durum						
Evli	23	58,97	25	64,10	0,217	0,642
Bekar	16	41,03	14	35,90		
Eğitim durumu						
İlköğretim	3	7,69	5	12,82		
Ortaöğretim	15	38,46	18	46,15	1,448	0,485
Üniversite ve üzeri	21	53,85	16	41,03		
Sigara içme durumu						
Hayır	13	33,33	17	43,59	0,867	0,352
Evet	26	66,67	22	56,41		
Kronik hastalık						
Hayır	22	56,41	21	53,85	0,052	0,820
Evet	17	43,59	18	46,15		
Hastalık (n_1=17, n_2=18)						
Diyabet	12	70,59	12	66,67		
Hipertansiyon	8	47,06	12	66,67	-	-
Kalp Hast.	8	47,06	9	50,00		

-Ki kare analizi için uygun değildir

Tablo 1'de araştırmaya dahil olan Müdahale ve kontrol grubu hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 1. incelendiğinde, araştırmaya katılan müdahale grubu hastaların %51,28'inin kadın, yaş ortalamasının 44,82±12,37 yıl, BKİ değerleri ortalamasının 23,45±4,09 olduğu, %58,97'sinin evli, %38,46'sının ortaöğretim ve %53,85'inin üniversite ve üzeri düzeyde eğitim aldığı, %66.67'sinin sigara içtiği, %43,59'unun kronik hastalığının olduğu, kronik hastalığı olanların %70,59'unun diyabet, %47,06'sının hipertansiyon, %47,06'sının kalp hastalığı olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubu hastaların %53,85'inin kadın, yaş ortalamasının 44,41±10,80 yıl, BKİ değerleri ortalamasının 24,79±3,59 olduğu, %64,10'unun evli, %46,15'inin ortaöğretim ve %41,03'ünün üniversite ve üzeri düzeyde eğitim aldığı, %56,41'inin sigara içtiği, %46,15'inin kronik hastalığının olduğu, kronik hastalığı olanların %66,67'sinin diyabet, %66,67'sinin hipertansiyon, %50,0'sinin kalp hastalığı olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubu katılımcıları sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 2: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Ameliyata İlişkin Bazı Özellikleri ve Ameliyat Sonrası Mobilizasyon Durumları

	Müdahale		Kontrol		X^2	p
	n	%	n	%		
Ameliyathanede kaldığı toplam süre (sa)						
3 saat ve altı	9	23,08	11	28,21		
4 saat	21	53,85	20	51,28	0,283	0,868
5 saat	9	23,08	8	20,51		
Ameliyat tipi						
Apendektomi	19	48,72	25	64,10	1,877	0,171
Kolesistektomi	20	51,28	14	35,90		
Ameliyat sonrası ilk gaz çıkışı (sa)	3,38 ± 1,16		3,36 ± 1,14		0,099	0,922
Dren durumu						
Yok	1	2,56	0	0,00		0,500
Var	38	97,44	39	100,00		
Mobilize olma durumu						
Evet	39	100,00	39	100,00		
Mobilizasyon esnasında destek olanlar						
Doktor	1	2,56	1	2,56		
Hemşire	31	79,49	7	17,95	-	-
Hasta yakını	7	17,95	31	79,49		
Mobilizasyon sırasında yardımcı malzeme kullanma						
Yürüteç	39	100,00	39	100,00	-	-

-Ki kare analizi için uygun değildir.

Tablo 2.'de müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyata ilişkin bazı özellikleri ve ameliyat sonrası mobilizasyon durumlarının dağılımı verilmiştir. Tablo 2.'ye göre müdahale grubunda yer alan hastaların %23,08'inin ameliyathanede kaldığı toplam sürenin 3 saat ve altında, %53,85'inn 4 saat, %23,08'inin 5 saat olduğu, %48,72'sinin ameliyat tipinin apendektomi, %51,28'inin kolesistektomi olduğu, ilk gaz çıkışının ortalama 3,38±1,16 saat sonra gerçekleştiği, %97,44'ünde dren bulunduğu, %100'ünün mobilize olduğu, %79,49'unun hemşire ve %17,95'inin yakınlarının yardımıyla mobilize olduğu, %100'ünün mobilizasyon sırasında yürüteç kullandığı belirlenmiştir.

Kontrol hastaların %28,21'inin ameliyat süresinin 3 saat ve altında, %51,28'inin 4 saat, %20,51'inin 5 saat olduğu, %64,10'unun ameliyat tipinin apendektomi, %35,90'ının kolesistektomi olduğu, ilk gaz çıkışının ortalama 3,36±1,14 saat sonra gerçekleştiği, %100,0'ünde dren bulunduğu, %100'ünün mobilize olduğu, %17,95'inin hemşire ve %79,49'unun yakınlarının yardımıyla mobilize olduğu, %100'ünün mobilizasyon sırasında yürüteç kullandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat süresi, ameliyat tipi, ameliyat sonrası ilk gaz çıkış saati ve dren durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 3: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası Mobilizasyon Sürelerinin Karşılaştırılması

	Grubu	**n**	$\bar{x}$	**S**	**t**	**P**
Birinci mobilizasyon süresi (dk)	Müdahale	39	12,44	3,42	5,676	0,000*
	Kontrol	39	8,77	2,15		
İkinci mobilizasyon süresi (dk)	Müdahale	39	13,85	3,13	7,883	0,000*
	Kontrol	39	8,85	2,42		
Üçüncü mobilizasyon süresi (dk)	Müdahale	39	17,31	4,27	10,545	0,000*
	Kontrol	39	6,67	4,64		
Diğer mobilizasyon süresi (dk)	Müdahale	39	15,00	6,88	11,879	0,000*
	Kontrol	39	0,77	2,93		
Toplam mobilizasyon süresi (dk)	Müdahale	39	58,33	11,20	16,639	0,000*
	Kontrol	39	24,92	5,64		
Hastanede Kalış Süresi	Müdahale	39	1,38	0,49	5,774	0,000*
	Kontrol	39	2,15	0,67		

*p<0,05

Tablo 3.'de araştırmaya dahil edilen müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon sürelerinin karşılaştırılmasında kullanılan bağımsız örneklem testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 3. incelendiğinde, müdahale grubunun ameliyat sonrası birinci mobilizasyon süresinin ortalama 12,44±3,42 dk, kontrol grubu hastaların ise ortalama

8,77±2,15 dk olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası birinci mobilizasyon süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubu hastaların ameliyat sonrası birinci mobilizasyon süresi daha uzundur.

Müdahale grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası ikinci mobilizasyon süresinin ortalama 13,85±3,13 dk, kontrol grubu hastalarda ise bu sürenin ortalama 8,85±2,42 dk olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası ikinci mobilizasyon süreleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası ikinci mobilizasyon süresi, kontrol grubu hastalardan daha uzundur.

Müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası üçüncü mobilizasyon süresinin ortalama 17,31±4,27 dk, kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası üçüncü mobilizasyon süresinin ortalama 6,67±4,64 dk olduğu saptanmış olup, müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası üçüncü mobilizasyon süreleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubundakilerin ameliyat sonrası üçüncü mobilizasyon süresi, kontrol grubu hastalardan daha uzundur.

Hastaların toplam mobilizasyon süreleri incelendiğinde, müdahale grubundaki hastaların toplam mobilizasyon süresi ortalamasının 58,33±11,20 dk olduğu, kontrol grubundakilerin ise 24,92±5,64 dk olduğu görülmüştür. Araştırmaya dahil edilen müdahale ve kontrol grubu hastaların toplam mobilizasyon süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubunda yer alan hastaların toplam mobilizasyon süreleri kontrol grubu hastalara göre fazla bulunmuştur.

Bu çalışmada, hastaların hastanede kalış sürelerine göre, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubunda yer alan hastaların hastanede kalış süresi, kontrol grubu hastalardan daha kısadır.

Tablo 4: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası Konforunu Etkileyen Ve Hareket Kolaylığı Sağlayan Faktörler

	Müdahale		**Kontrol**	
	n	**%**	**n**	**%**
Ameliyat sonrası konforu etkileyen faktörler*				
Ağrı	22	56,41	34	87,18
Gürültü	18	46,15	22	56,41
Dren varlığı	34	87,18	28	71,79
Halsizlik	16	41,03	19	48,72
Hareket etmeyi kolaylaştıran faktörler*				
Ameliyat öncesi yeterli bilginin verilmesi	39	100,00	7	17,95
Ağrının Olmaması	33	84,62	34	87,18
Gürültünün Olmaması	17	43,59	35	89,74
Banyo/tuvalet temizliği	3	7,69	24	61,54
Odanın başka hastalarla paylaşılması	4	10,26	26	66,67
Hasta yatağının rahat olması	15	38,46	26	66,67
Yatağın pozisyon verme özelliğinin olması	12	30,77	17	43,59
Oda genişliğinin yürümek için yeterli genişlikte olması	3	7,69	7	17,95
Hareket edilmesi gerekliliğinin hatırlatılması	31	79,49	9	23,08
Erken taburcu olma isteği	37	94,87	11	28,21

*Hasta ifadeleridir

Tablo 4.'de müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası konforunu etkileyen ve hareket kolaylığı sağlayan faktörlerin dağılımı verilmiştir. Tablo 4. incelendiğinde, müdahale grubundaki hastaların %56,41'inin ameliyat sonrası konforunu ağrının, %46,15'inin gürültünün, %87,18'inin dren olması durumunun ve %41,03'ünün halsizliğin etkilediğini ifade ettiği belirlenmiştir. Kontrol grubu hastaların %87,18'inin ameliyat sonrası konforunu ağrının, %56,41'inin gürültünün, %71,79'unun dren olması durumunun ve %48,72'sinin halsizliğin etkilediğini belirttiği görülmüştür.

Hastaların hareket etmesini kolaylaştıran faktörler incelendiğinde, müdahale grubu hastaların %100,0'ünün ameliyat öncesi yeterli bilginin verilmesi, %84,62'sinini ağrının olmaması, %43,59'unun gürültünün olmaması, %7,69'unun banyo/tuvalet temizliği, %10,26'ının odanın başkalarıyla paylaşılması, %38,46'sının hasta yatağının rahat olması, %30,77'sinin yatağın pozisyon verme özelliğinin olması, %7,69'unun oda genişliğinin yürümek için yeterli genişlikte olması, %79,49'unun hareket edilmesi gerekliliğinin hatırlatılması ve %94,87'sinin erken taburcu olma isteği yanıtını verdiği belirlenmiştir.

Kontrol grubu hastaların %17,95'inin ameliyat öncesi yeterli bilginin verilmesi, %87,18'inin ağrının olmaması, %89,74'ünün gürültünün olmaması, %61,54'ünün banyo/tuvalet temizliği, %66,67'sinin odanın başkalarıyla paylaşılması, %66,67'sinin hasta yatağının rahat olması, %43,59'unun yatağın pozisyon verme özelliğinin olması, %17,95'inin oda genişliğinin yürümek için yeterli genişlikte olması, %23,08'inin hareket edilmesi gerekliliğinin hatırlatılması ve %28,21'inin erken taburcu olma isteği yanıtını verdiği saptanmıştır.

Tablo 5: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Konfor ve Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması

	Grubu	**n**	$\bar{x}$	**S**	**t**	**P**
Ameliyat öncesi ağrı (GAS)	Müdahale	39	8,90	1,25	2,187	0,032*
	Kontrol	39	8,00	2,24		
Ameliyat sonrası ağrı (GAS)	Müdahale	39	6,28	1,23	-10,783	0,000*
	Kontrol	39	9,23	1,18		
Yatak içi dönme konfor (GAS)	Müdahale	39	7,46	1,23	9,180	0,000*
	Kontrol	39	4,18	1,86		
Yatarken konfor (GAS)	Müdahale	39	7,28	1,21	11,795	0,000*
	Kontrol	39	3,82	1,37		
Oturma sırasındaki konfor (GAS)	Müdahale	39	7,36	1,29	12,033	0,000*
	Kontrol	39	3,77	1,35		
Ameliyat sonrası ilk gece uyku kalitesi (GAS)	Müdahale	39	6,31	1,73	8,372	0,000*
	Kontrol	39	2,90	1,86		

*p<0,05

Tablo 5.'te araştırmaya dahil edilen müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası ağrı konfor ve uyku kalitesi GAS puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin uygulanan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Müdahale grubunda bulunan ameliyat öncesi ağrı puanlarının ortalama 8,90±1,25, kontrol grubu hastaların ise ortalama 8,00±2,24 olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat öncesi ağrı puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubu hastaların ameliyat öncesi ağrı puanları daha yüksektir.

Araştırma kapsamına alınan müdahale grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası ağrı puanlarının ortalama 6,28±1,23, kontrol grubu hastalarda ise ortalama 9,23±1,18 olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası ağrı puanlarının arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası ağrı puanlarının, kontrol grubu hastalardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların yatak içi dönme konfor puanlarının ortalama 7,46±1,23, kontrol grubu hastaların yatak içi dönme konfor puanlarının ortalama 4,18±1,86 olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu hastaların yatak içi dönme konfor puanlarının arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiş olup, müdahale grubundakilerin yatak içi dönme konfor puanlarının kontrol grubu hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Müdahale grubunda yer alan hastaların yatarken konfor puanlarının ortalama 7,28±1,21, kontrol grubu hastaların yatarken konfor puanlarının ortalama 3,82±1,37 olduğu belirlenmiştir Müdahale ve kontrol grubu hastaların yatarken konfor puanlarının arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir

(p<0,05) Müdahale grubunda yer alan hastaların yatarken dönme konfor puanlarının kontrol grubu hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların oturma sırasındaki konfor puanlarının ortalama 7,36±1,29, kontrol grubu hastaların ise ortalama 3,77±1,35 olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubu hastaların oturma sırasındaki konfor puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Müdahale grubu hastaların oturma sırasındaki konfor puanları daha yüksektir.

Hastaların toplam ameliyat sonrası ilk gece uyku puanları incelendiğinde, müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası ilk gece uyku puanları ortalamasının 6,31±1,73 olduğu, kontrol grubundakilerin ise 2,90±1,86 olduğu görülmüştür. Araştırmaya dahil edilen müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası ilk gece uyku puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

Tablo 6: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Grubu	**n**	$\bar{x}$	**s**	**t**	**P**
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme (Ağrı)	Müdahale	39	6,06	2,93	-8,037	0,000*
	Kontrol	39	11,83	3,39		
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme (Zorluk)	Müdahale	39	5,67	2,84	-10,636	0,000*
	Kontrol	39	12,12	2,50		
Yatak kenarında oturma (Ağrı)	Müdahale	39	5,29	2,68	-11,032	0,000*
	Kontrol	39	12,12	2,78		
Yatak kenarında oturma (Zorluk)	Müdahale	39	5,38	2,83	-10,516	0,000*
	Kontrol	39	12,02	2,74		
Yatak kenarında ayağa kalkma (Ağrı)	Müdahale	39	4,81	2,27	-13,333	0,000*
	Kontrol	39	12,40	2,74		
Yatak kenarında ayağa kalkma (Zorluk)	Müdahale	39	4,33	2,66	-12,414	0,000*
	Kontrol	39	12,21	2,94		
Hasta odasında yürüme (Ağrı)	Müdahale	39	4,13	2,40	-15,824	0,000*
	Kontrol	39	12,69	2,37		
Hasta odasında yürüme (Zorluk)	Müdahale	38	3,85	2,04	-16,871	0,000*
	Kontrol	39	12,69	2,53		
Hasta Hareketlilik Ölçeği	Müdahale	39	39,42	16,88	-15,460	0,000*
	Kontrol	39	98,08	16,63		

*p<0,05

Tablo 6.'da araştırmaya alınan müdahale ve kontrol grubu hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 6. incelendiğinde araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubu hastların, Hasta Hareketlilik Ölçeğinde yer alan Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme (Ağrı), Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme (Zorluk), Yatak kenarında oturma (Ağrı), Yatak kenarında oturma (Zorluk), Yatak kenarında ayağa kalkma (Ağrı), Yatak kenarında ayağa kalkma (Zorluk), Hasta odasında yürüme (Ağrı) ve Hasta odasında yürüme (Zorluk) alt boyutlarından aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<,05). Müdahale grubunda yer alan hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeğinde yer alan Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme (Ağrı), Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme (Zorluk), Yatak kenarında oturma (Ağrı), Yatak kenarında oturma (Zorluk), Yatak kenarında ayağa kalkma (Ağrı), Yatak kenarında ayağa kalkma (Zorluk), Hasta odasında yürüme (Ağrı) ve Hasta odasında yürüme (Zorluk) alt boyutlarından aldıkları puanlar kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan müdahale grubu hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeğinden ortalama 39,42±16,88 puan, kontrol grubundaki hastaların ise ortalama 98,08±16,63 puan aldıkları tespit edilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<,0,05). Müdahale grubu hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puanların kontrol grubu hastalardan düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Konfor ve Uyku Kalitesi İle Hasta Hareketlilik Ölçeği Puanlarının Arasındaki Korelasyonlar

		Hasta Hareketlilik Ölçeği	
		Müdahale	**Kontrol**
Ameliyat öncesi	r	0,080	0,180
ağrı düzeyi	p	0,630	0,272
Ameliyat sonrası	r	0,295	0,330
ağrı (GAS)	p	0,068	0,040*
Yatak içi dönme	r	-0,253	-0,274
konfor (GAS)	p	0,121	0,091
	r	-0,206	-0,263
Yatarken konfor (GAS)	p	0,209	0,106
Oturma sırasındaki	r	-0,219	-0,192
konfor (GAS)	p	0,181	0,241
Ameliyat sonrası	r	-0,398	-0,272
ilk gece uyku kalite	p	0,012*	0,094

Tablo 7.'de Müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası ağrı konfor ve uyku kalitesi ile Hasta Hareketlilik Ölçeği puanlarının arasındaki korelasyonlar Pearson testiyle incelenmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası uyku kalitesi GAS skorları ile Hasta Hareketlilik Ölçeği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası ağrı GAS skorları ile Hasta Hareketlilik Ölçeği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Bölüm 5

TARTIŞMA

Bu araştırma abdominal cerrahi geçiren hastalara verilen erken mobilizasyon eğitiminin, hastaların hareketlilik düzeyi, ağrı, konfor ve uyku düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla yürütüldü. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklarda tartışıldı.

- ✓ Hastaların sosyodemografik özelliklerinin tartışılması,
- ✓ Hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon sürelerinin tartışılması,
- ✓ Hastaların ameliyat sonrası ağrı, uyku kalitesi ve konfor düzeylerinin tartışılması,
- ✓ Hasta hareketlilik ölçeğinden elde edilen bulguların tartışılması,

5.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Abdominal cerrahi geçiren hastaların yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı gibi bazı sosyodemografik özelliklerinin, hastaların mobilizasyonu üzerine etkili olduğu belirtilmektedir (67). Bu araştırmada, müdahale ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların benzer olduğu görülmektedir.

5.2 Hastaların Ameliyat Sonrası Mobilizasyon Sürelerinin Tartışılması

Günümüzde ERAS protokollerinin önemli bir basamağı olan erken mobilizasyon, ameliyat sonrası tromboflebit, ortostatik hipotansiyon gibi kardiyovasküler problemlerin yanı sıra atelektazi, pnömoni gibi solunum problemleriyle beraber neredeyse tüm vücut sistemlerinde gelişebilecek komplikasyon riskini azaltmak için kullanılmaktadır. Erken mobilizasyonun diğer olumlu sonuçları ise hasta bakım maliyetlerinin ve taburculuk sürelerinin azaltılması üzerindedir (7,31, 68-69). Güncel ERAS'a göre erken mobilizasyon protokolü, hastanın ameliyat günü iki saat, sonrasındaki süreçte ise günde 6 saat yatak dışında kalmasını ve mobilize olmasını önermektedir (8). Bu çalışma sonuçlarına bakıldığında müdahale grubunun birinci gün, ikinci gün, üçüncü gün ve toplam mobilizasyon sürelerinin ortalamalarının sırasıyla dakika olarak "12,44; 13,85; 17,31; 58,33" dakika olduğu belirlenmiştir. Ameliyat sonrası kontrol grubundaki hastaların birinci gün, ikinci gün, üçüncü gün ve toplam mobilizasyon sürelerinin ortalamaları ise sırasıyla dakika olarak "8,77; 8,85, 6,67; 24,92" dakikadır. Müdahale grubundaki hastaların toplam mobilizasyon sürelerinin kontrol grubundaki hastaların süresinden istatistiksel olarak anlamlılık oluşturacak şekilde daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Ameliyat sonrası hastaların mobilizasyon sürelerinin incelendiği çalışmalardan biri olan Dolgun ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada, hastaların ilk mobilizasyon zamanı ortalamasının 5±5,89 saat, ameliyat sonrası ilk 24 saatteki mobilizasyon sıklıklarının 2,12±1,25 kez, ilk mobilizasyon süre ortalamasının 7,82±4,09 dakika ve ameliyat sonrasındaki birinci günde toplam mobilizasyon süresinin 18±11,18 dakika olduğu ifade edilmektedir. Benzer bir çalışmada ameliyat sonrası birinci günde ortalama mobilizasyon süresi 4,7±2,6 saat olarak belirtilmektedir

(70). Mahmutova ve Dönmez'in (2019) çalışmasında, hastaların ilk ayağa kalkma sürelerinin 3-26 saat arasında değiştiği ve ortalama 8,94+3,24 saat olduğu bildirilmiştir. Ayrıca çalışma sonucunda açık kolesistektomi ameliyatı olan hastaların %11,2'sinin, laparoskopik cerrahi geçiren hastaların ise %37,4'nün ilk 5-8 saat içinde mobilize olduğu vurgulanmaktadır. Bu sonuç, hastaların mobilize olması üzerine ameliyat ve anestezi tipininde etkili olduğunu ortaya koyması açısından önemlidir. Başka bir çalışmada ise, abdominal cerrahi geçiren bireylerin %35,4 nün 4-8 saat içinde mobilize olduğu bildirilmiştir (71). Koyuncu ve İyigün'ün (2022) çalışmasında, müdahale grubunun ortalama 373,33±117,03 dakikada (6,22±1,95 saat), kontrol grubunun ise ortalama 733,10±226,15 dakikada (12,21±3,75 saat) mobilize olduğu vurgulanmaktadır (68). Heye ve ark. (2002), histerektomi ameliyatı olan hastalarla yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi video ile solunum egzersizi ve mobilizasyon eğitimi verilen müdahale grubunun, mobilizasyon gözlem puanlarının yüksek olduğu ve daha kısa sürede taburcu olmaya hazır olduğu belirlenmiştir (65). Ayoğlu (2011) yaptığı çalışmada, ameliyat öncesi dönemde, erken mobilizasyon eğitimi verdiği müdahale grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası daha erken mobilize olduklarını belirtmektedir (11). Pederson ve ark. (2020) çalışmalarında, hastaların yaklaşık %25'inin ameliyat sonrası ancak 36 saat sonrasında mobilize edildiğini ifade etmektedirler (72).

Bu çalışmada, müdahale grubunda yer alan hastaların mobilizasyon sürelerinin toplamının, kontrol grubunda yer alan hastalardan fazla olması, hastalara verilen mobilizasyon eğitiminin etkin olduğunu ortaya koymaktadır. Konu ile ilgili yapılan bir meta analiz çalışma sonucuna göre, mobilizasyon eğitiminin hastaların mobilize olma isteğini artırdığı belirtilmektedir (73). Ong ve ark.nın (2009) çalışmasında, multi medya ile eğitim materyalleri kullanılarak verilen mobilizasyon eğitiminin, hastaların

konunun önemini anlaması ve bilgilerini arttırması açısıdan olumlu sonuçlar verdiği vurgulanmaktadır. Cerrahide mobilizasyon protokolünün etkinliğini araştıran bir çalışma sonucuna göre hastaların %84,5'nin programa uyum sağladığı rapor edilmiştir (74). Literatürde, mobilizasyon eğitiminin ameliyat öncesi dönemde verilmesi gerektiği, yapılandırılmış mobilizasyon protokolüne ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (24,28,68,75). Elde edilen bulgulara dayalı olarak, ancak güncel en iyi kanıtlara dayalı oluşturulacak ameliyat sonrası mobilizasyon protokollerinin uygulamaya aktarılmasıyla, hastalar mobilizasyon için teşvik edilebilir, hedeflenen bakım çıktılarına ulaşılabilir (13,76-77).

Perioperatif bakımın bir parçası olarak erken mobilizasyon programı, ameliyat olmuş hastalara fayda sağlamaktadır. Erken mobilizasyon eğitim programlarının etkilerinin değerlendirildiği önemli çalışma sonuçlarından biri ise eğitim programlarının hastaların hastanede kalış süresini azalttığıdır (74,78-79). Konu ile ilgili çalışmalardan biri olan Koyuncu ve ark. (2022), majör abdominal cerrahi geçiren hastalarda erken mobilizasyon programının etkilerinin incelendiği randomize kontrollü çalışmasıdır. Çalışmada erken mobilizasyon programının hastanede kalış süresine etkisi incelenmiş ve müdahale grubundaki hastaların hastanede 5-11gün, kontrol grubundaki hastaların 7-24 gün kadar kaldığı belirlenmiştir (68). Kolesistektomi hastalarında gerçekleştiren bir başka çalışmada hemşire liderliğinde yürütülen mobilizasyon ve taburculuk programı sonucunda müdahale grubundaki hastaların daha erken mobilize ve daha erken taburcu oldukları belirlendi (75). Erken mobilizasyonun hastalar üzerindeki etkisini araştırmak için 39 randomize kontrollü çalışmayı inceleyen bir meta-analizde, erken mobilizasyonun yoğun bakım ve hastanede kalış süresini önemli ölçüde azalttığı sonucuna varılmıştır (75). Erken mobilizasyon programlarının hastanede kalış süresini azalttığını gösteren bir başka

çalışma kolorektal cerrahi hastalarına verilen egzersiz eğitimin iyileşme üzerine etkisinin incelenebildiği çalışmasıdır (74). Çalışma sonucunda ortalama hastanede kalış eğitim grubunda 7,82±1,07 gün iken, kontrol grubunda ise 9.86±2.66 gün olduğu bildirildi. Literatürde mobilizasyon eğitiminin hastanede kalış süresini azalttığını yanı sıra, iyileşmeyi desteklemesinin yanı sıra hastanede kalış süresini etkilemediğini gösteren çalışma sonuçlarında bulunmaktadır (78,80).

Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında müdahale grubunda hastanede kalış süresi 1,38+0,49 gün iken, kontrol grubunda 2,15+0,67 olduğu, mobilizasyon eğitiminin kalış süresini azalttığı saptanmıştır. Çalışma sonuçları ve ilgili literatür bulguları beraber ele alındığında, erken mobilizasyonun hastanede kalış süresini azaltarak hem hastane maliyetleri hem de hastanede uzun dönem kalmaya bağlı (anksiyete, hastane enfeksiyonu vb.) sorunları da azalttığı düşündürmektedir (78,80)

5.3 Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı, Uyku Kalitesi ve Konfor Düzeylerinin Tartışılması

Cerrahide ameliyat sonrası en sık karşılaşılan sorunlardan biri olan ağrı; cerrahi kesi uzunluğu, anestezi türü, cerrahi girişim bölgesi, cerrahi girişim süresi gibi özelliklerden etkilenmektedir (15,81-82). Ağrının kontrol altına alınmaması, uzun süre devam etmesi, vücut sistemleri üzerinde olumsuz sonuçlara yol açmakta beraberinde, uykusuzluk ve hasta konforunun bozulması gibi durumlara neden olmaktadır (82). Ameliyat sonrası dönemde hastalarda ağrı görülme sıklığı, yapılan iki çalışmada %57 oranında olarak belirtilmektedir (83-84) İzveren ve Dal'ın (2011) çalışmasında, cerrahi hastalarının ilk gün %73, ikinci gün %65,7 oranında ağrılarının olduğu belirtilmektedir. Yapılan diğer iki çalışmada ise cerrahi hastalarının %80'inden fazlasının ameliyat sonrası akut ağrı yaşadıkları vurgulanmaktadır (56,85). Yılmaz ve Gürler'in (2011) hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya ilişkin görüşlerini

belirlemek için yürüttükleri çalışmada, hastaların ameliyat sonrası %81,9'unun yataktan kalkarken ağrı yaşadığı ve bu nedenle de %78,3'ünün hareket etme sırasında zorlandığı vurgulanmaktadır. Abdominal cerrahiler, abdominal alanda yoğun sinir ağının bulunması nedeniyle, hastaların şiddetli ağrı deneyimledikleri cerrahi türleri arasında yer almaktadır (86). Majör abdominal cerrahilerde etkin ağrı kontrolünün sağlanamaması nedeniyle, derin ven trombozu, pulmoner emboli, koroner iskemi, myokard infarktüsü, pnömoni, insomnia, anksiyete, üriner retansiyon, paralitik ileus gibi sorunlar gelişebilir (60,87-88). Bu çalışma sonuçlarına bakıldığında, müdahale grubundaki hastaların ameliyat öncesi GAS ağrı skorlarının müdahale grubunda 8,90, kontrol grubunda 8,00 olduğu belirlenmiştir. Ameliyat sonrasında verilen mobilizasyon eğitimi sonrasında müdahale grubundaki hastaların GAS ağrı skorunun müdahale grubunda 6,28, kontrol grubunda ise 9,23 olduğu saptanırken, kontrol gurubun daha fazla ağrı duydukları belirlenmiştir. (Tablo 5).

Mahmutova ve Dönmez (2019)'in kolesistektomi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların %16,5'nin GAS'na göre, 6 puan ve üzerinde ağrısı olduğu bulunmuştur (25). Liu ve arkadaşlarının (89) 897 ortopedi hastasıyla yaptığı çalışmada cerrahi sonrası birinci günde hastaların %20'si istirahat halinde, %33'ü hareket halinde orta ve ciddi ağrı ifade etmiştir. Yine ABD'de 250 hastayla yapılan bir çalışmada hastaların %80'inin ameliyat sonrası ağrısının olduğu ve bu hastaların da %86'sının orta veya şiddetli ağrı ifade ettiği bildirilmiştir (60). Yapılan çalışmalarda; erken mobilizasyonun uygulanabilmesi için hastaların ağrı şiddeti skorlarının 10 üzerinden 4 ve daha az olmasının gerekliliğinden bahsedilmektedir (13,90-91). Özdemir ve Devrez'in yaptığı deneysel desenli çalışmada ise hastalar, farklı sürelerde mobilize edilmiştir. Araştırma sonuçlarında ise daha geç mobilize edilen birinci grupta, sırt ve girişim yeri ağrısı olanların oranı, diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek

olduğu ifade edilmektedir (40). Sjöling ve ark., 2003 yılında yaptıkları bir araştırmada, total diz artroplasti olan hastalarda, ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı düzeyi ile ameliyat sonrası ağrı ve ağrı kontrolü memnuniyeti üzerine etkisini incelemişlerdir. Aynı çalışmada, eğitim verilen müdahale grubunda yer alan hastaların, kontrol grubunda yer alan hastalardan daha düşük ağrı skoruna sahip oldukları bildirilmiştir. Heye ve ark. 2002 yılında yaptığı çalışmada ise ameliyat öncesi eğitim verilen kadınların ağrı düzeylerinin, eğitim verilemeyen kadınlara göre belirgin bir şekilde düşük olduğu belirlenmiştir.

Cerrahi sonrası erken mobilizasyon protokolü sonuçlarının incelendiği bir çalışmada, müdahale grubundaki hastaların hiçbirinin mobilizasyona engel olacak kadar ağrı yaşamadığı belirtilirken, kontrol grubunda yer alanların %80'ne yakınının ise yaşadıkları ağrı nedeniyle istendik düzeyde mobilize olamadığı belirtilmektedir (68). Wasowicx-Kemps ve ark. (2009) çalışmasında, diğer hasta gruplarına göre, bireyselleştirilmiş aktivite hedeflerini içeren fiziksel aktivite programı uygulanan hastaların, mobilizasyon için motive olmalarında, ağrıyı, engelleyici bir etken olarak görmedikleri bildirilmiştir. Kuru (2017) çalışmasında, ameliyat öncesi eğitim alan kadınların, ameliyat sonrası ağrı düzeyleri, yatak içi egzersizleri ve mobilizasyonlarının olumlu yönde etkilendiğini belirtmektedir (92). Brando Silva ve ark.'nın (2019), ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyonun etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada, erken mobilizasyon sağlanan ortopedik hasta grubunda, opioid kullanımın daha az olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda, ameliyat öncesi bilgilendirilen ve ameliyat sonrası hastanın gereksinimine göre bakım verilen hasta grubunda, erken mobilizasyon programının, hastaların mobilizasyon motivasyonunu arttırdığı, ağrı yönetiminde de olumlu katkıları olduğu görülmektedir (92-93-94). Ameliyat öncesi iyi bir hazırlık ve bilgilendirme, ameliyat sonrası hastanın

ağrı kontrolüne de yardımcı olacaktır (20,24, 95). Bu çalışmada elde edilen sonuçlar üzerinde, hastalara erken mobilizasyon eğitimi esnasında, sözlü olarak mobilizasyonun ağrı üzerine olumlu etkisinin de vurgulanmış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Ameliyat sonrası dönemde, anksiyete, solunum güçlüğü, bulantı, kusma, ağrı gibi ortaya çıkabilecek bazı komplikasyonlar, invaziv girişimler, medikal tıbbi araçların varlığı gibi durumlar, hasta konforunu olumsuz etkilemektedir (93-94,96). Hasta konforunun sağlanması, kaliteli bakımının göstergesidir. Bu nedenle hemşirelerin, perioperatif süreç boyunca, hastaların konforu için güvenli bir ortam oluşturması ve onların rahatlığını sağlayacak, hemşirelik girişimlerini planlaması, uygulaması ve değerlendirmesi gerekmektedir. Bu çalışmada, müdahale grubundaki hastaların yatak içi dönme konfor düzeyi, yatarken konfor düzeyi ve oturma sırasında konfor düzeyinin müdahale grubunda daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5). Bu çalışma sonuçları değerlendirildiğinde abdominal cerrahi öncesi eğitim verilen hastaların konfor puanları ile kontrol grubunda yer alan hastaların konfor puanları arasında fark vardır hipotezimiz doğrulanmıştır. Yearson ve ark.nın yaptıkları çalışmada (2021), ortopedi hastalarında uygulanan erken mobilizasyonun hastaların iyileşme sürecine katkı sağladığını bildirmektedirler (97). Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda, hasta gruplarının farklılığına bağlı olarak, konfor düzeylerinin arasında da farklılık olduğu görülmektedir (93, 98-99). Bu çalışmada hastalara verilen erken mobilizasyon eğitiminin, ağrı kontrolü sağlayarak hasta konforunun artırılmasında etkili olduğunu söyleyebiliriz. İyileşme sürecinde hastaların konfor düzeyinin iyi olması, hemodinamik bulgularının stabilitesini ve ağrı kontrolünü sağlaması nedeniyle, iyileşme sürecini olumlu etkileyecektir (15,63,100-101). Bu nedenle, ameliyat öncesi dönem boyunca, hasta konforunu artırmaya yönelik önlemlerin

alınması ve uygulanmasında, hasta bakım ve tedavisinden sorumlu klinik doktor ve hemşiresine önemli sorumluluklar düşmektedir.

Hemşirelerin, ameliyat sonrası mobilizasyon öncesi, mobilizasyonu sınırlayabilecek olan şiddetli ağrı, kateter ve dren varlığı, hastanın yaşı gibi özellikleri değerlendirmesi gerekmektedir (10,31). Hemşireler erken mobilizasyona engel olan faktörleri en aza indirgeyip, güvenli bir ortam sağladıktan sonra hastayı mobilize etme aşamasına geçmelidir (31,102). Cerrahi girişim sonrasında dren varlığının, hastaların ağrı ve bağımlılığını arttırarak mobilizasyonlarını geciktirebileceği ve engelleyebileceği belirtilmiştir (103-104-105). Puntillo ve ark. (2001), yoğun bakım ve cerrahi serviste yatan hastalarla yaptıkları çalışmada, cerrahi drenlerin, hastanın ağrı hissetmesine yol açan faktör olduğunu ve hastaların aktivite sırasında ağrı hissedeceği korkusunun da mobilizasyonu sınırlandırdığını belirtmişlerdir (106). Belhan ve ark.'nın (2015), cerrahi hastalarında farklı drenaj tüplerinin ağrıya etkisinin incelediği çalışmada da, kullanılan drenlerin türlerine göre ağrı skorları değişse de, drenlerin genel olarak hastalarda ağrıya neden olduğu vurgulanmaktadır (107). Bu çalışma sonuçlarına bakıldığında, ameliyat sonrası müdahale grubundaki hastaların %87,18'i, kontrol grubundaki hastaların ise %71,9'u, dren varlığının, konforlarını olumsuz etkiledikleri görülmektedir (Tablo 4). Dren varlığının, hastaların mobilize olmasını sınırlandırması nedeniyle, hastaların mobilizasyonu kolaylaştıracak, drenlerin uygun taşınmasını sağlayacak inovatif çözümlere ihtiyaç vardır.

Ameliyat sonrası konforu olumsuz etkileyen faktörlerden bir diğeri ise hastaların ağrılarının kontrol altına alınmamış olmasıdır. Ağrının doğası gereği , bireysel ve subjektif bir deneyim olduğu bilinmektedir. Ameliyat sonrası yaşanan ağrı ile hasta anksiyetesi arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (108-109). Yapılan çalışmalarda, cerrahi hastalarına verilen eğitimin, öncelikle hastaların

anksiyetesini azalttığı, böylece hastaların daha az ağrı yaşamalarına yol açtığı belirtilmektedir (65,110). Bu araştırmada, müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası ağrı puanlarının, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4). Yine, müdahale grubundaki hastaların %100'ü ameliyat öncesi yeterli bilginin verilmesini, %84,62 si ise ağrının olmamasını hareketliliği arttıran faktörler arasında ilk sıralarda belirtmişlerdir. Literatürle benzer olacak şekilde, ameliyat öncesi verilen erken mobilizasyon eğitiminin, hastaların bilgi düzeyini artırarak hastanın ağrısı üzerine etkili olduğu düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından uluslararası sağlık sorunu olarak kabul edilen gürültü hastane ortamında bulunan hasta, çalışanlar ve diğer bireylerin fiziksel ve bilişsel performanslarını olumsuz yönde etkilemektedir (111). Fizyolojik olarak gürültünün vücutta periferik vazokonstrüksiyon, taşikardi, hipertansiyon, anksiyete gibi etkileri bulunmaktadır (112). Demir ve Öztunç çalışmalarında, yoğun bakım ortamındaki ses düzeyi artışının, hastaların kan basıncı artışına neden olduğunu belirtmektedirler. Salandin ve ark. (2011) ise çalışmalarında, yoğun bakımda gürültü seviyesinin artışının, hastalarda anksiyeteye neden olduğunu bildirmektedir. Bir başka çalışma da ise koroner arter yoğun bakımdaki hastalarda, hastanedeki gürültünün hastaların anksiyetesinin artışında önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (113). Önler ve Yılmaz (2008), cerrahi birimlerde yatan hastalarda uyku kalitesini inceledikleri çalışmada, hastaların %64,9'nun uykularının çevredeki gürültüden etkilendiğini bildirmektedir (114). Bu çalışma sonuçlarına bakıldığında da her iki grupta yer alan hastaların farklı oranlarda da olsa gürültüden etkilendiği ve hareket durumlarının sınırlandığı görülmektedir (Tablo 4). Bu sonuçlardan yola çıkarak hastaya verilecek erken mobilizasyon eğitiminde de gürültünün en az düzeyde olduğu bir ortamda verilmesi ve mümkün olduğunca gürültüye neden olan çevresel faktörlerin

ortadan kaldırılmasının, hastanın konforu, uykusu, mobilizasyonu ve ağrısı üzerine olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, cerrahi sonrası erken mobilizasyonun hastaların uyku kalitesi üzerine etkisi de ele alınmıştır. Uyku, bireylerin yaşamını sürdürülebilmesi için etkili olan fizyolojik bir yaşam gereksinimidir (115-116-117-118). Cerrahi süreçte, hastaların cerrahi stresle baş edebilmesi, iyileşmenin daha hızlı sağlanabilmesi için kaliteli uykuya gereksinim artmaktadır. Ancak hastanede yatmak, cerrahi girişim geçirmek, ağrı, ameliyat sonrası komplikasyonlar bireylerin uyku düzenini olumsuz yönde etkileyip, uyku kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir (116- 119). Özşaker ve ark. tarafından 2019 yılında cerrahi hastalarının ameliyat sonrası endişelerini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada, hastaların %30,7'sinde ameliyat öncesi, %59,6'sının da ameliyat gecesi uyku sorunu yaşadıkları belirtilmektedir. Bu durum hastaların iyileşmesini ve konforunu azaltarak, hastanede kalış süresini uzatabilmektedir (114-115, 120). Bu nedenle cerrahi hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası yeterli bir uyku uyumalarının sağlanması, ameliyat sonrası iyileşmeye katkı sağlamaktadır. Önler ve Yılmaz'ın 2008 yılında cerrahi hastalarının uyku kalitesini etkileyen etmenleri inceleyen çalışmasında, uyku durumunu etkileyen olumsuz faktörlerin yoğun olduğu, bu nedenle hastaların fiziksel ve psikolojik konforunun hemşireler tarafından yapılacak girişimlerle arttırılabileceği bildirilmiştir (114). Bu çalışmada, ameliyat sonrası ilk gece uyku kalitesi skorunun müdahale grubunda, kontrol grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 5). Erken mobilizasyonun iyileşme sürecini olumlu etkilediğini gösteren çalışmaların varlığına rağmen literatürde uyku kalitesi ve immobilizasyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Ni ve ark. (2018) tarafından, karaciğer rezeksiyon operasyonu geçiren hastalarla yapılan çalışma da erken mobilize edilen hastaların uyku

süresinin, diğer grupta yer alan hastalardan daha iyi olduğu vurgulanmaktadır. Koyuncu ve ark. çalışmasında da benzer şekilde, erken mobilizasyon eğitimi verilen hastaların uyku kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (68). Bu çalışma sonuçları değerlendirildiğinde abdominal cerrahi öncesi eğitim verilen hastaların uyku puanları ile kontrol grubunda yer alan hastaların uyku puanları arasında fark vardır hipotezimiz doğrulanmıştır.

5.4 Hasta Hareketlilik Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Ameliyat sonrası hastanın erken mobilize edilmesi, hastanın iyileşme sürecini iyileştirerek, komplikasyonların görülme olasılığını en aza indirgemektedir (36). Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik izlem ve bakımının ana hedeflerinden biri hastanın aktivite düzeyinin arttırılması ve ameliyat sonrası süreçte hareketsizliğe bağlı gelişen komplikasyonların önlenmesidir (45). Cerrahi kliniklerde yatan yetişkin hastaları, diğer klinik hastalarından ayıran en önemli özellik; ameliyat sonrası dönemde hareket aktivitesinde kısa ya da uzun süreli kısmi veya tam olarak bir başkasına bağımlı olmalarıdır. Bu nedenle mobilizasyonun planlanması ve uygulanmasında cerrahi hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir (10). Cerrahi hastalarının hareketlik durumlarının incelendiği çalışmalardan biri olan Aksuoğlu'nun (2018) çalışmasında, Kalp ve Damar Cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların, ameliyat sonrası Hareketlilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının 14,70±6,04 olduğu ifade edilmektedir (121). Bu çalışmada, müdahale grubundaki hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları tüm puan boyutlarında, kontrol grubuna göre daha düşük puanlar aldığı görülmektedir. Hareketlilik puan ölçeğinden düşük puanın alınması ise hastaların hareket yeteneğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Heye ve ark. 2002 yılında yaptıkları çalışmada da, eğitim alan

kadınların mobilizasyon esnasında, eğitim almayan kadınlara göre daha az güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Genel Cerrahi hastalarında yapılan bir başka çalışmada ise, ameliyat öncesi eğitim alan hastaların diğer hasta grubuna göre hareketlilik ölçeğinden alınan puanların düşük olduğu dolayısıyla, müdahale grubunun daha rahat hareket edebildiği belirlenmiştir (11). Ayoğlu (2011) çalışmasında; mobilizasyon süreleri 52,98±15,67, 67,75±15,99, 45,43±12,94, olmak üzere farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bir başka çalışmada ise, hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği toplam puan ortalamasının 27,64±7,34 olduğu ifade edilmektedir (10). Castellino ve ark. (2015) çalışmasında ise erken mobilizasyon eğitimi alan hastaların hepsinin, cerrahi girişim sonrası istenilen aktiviteyi yapma performansının daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (24). Jones ve ark. (2019), immobilizasyona bağlı hastalarda gelişebilecek risklerin azaltılması amacıyla, erken mobilizasyon programı oluşturdukları çalışmalarında, hastaların %40 oranında mobilizasyonlarının arttığını, %14 oranında fizyoterapist konsültasyonlarının azaldığını belirtmektedirler. Aynı çalışmada, hemşire liderliğinde yürütülen mobilizasyon eğitim programının, hastaların güvenli ve erken mobilizasyonunu artırmada etkili olduğu vurgulanmaktadır. Benzer şekilde Padula ve Baumhover'in (2009) çalışmasında, hemşirelerin hastanede yatan hastaların hareket fonksiyonunu arttırmaya yönelik yaptığı mobilizasyon programı sonucunda, eğitim alan hasta grubunun günlük yaşam aktiviteleri puanlarının arttığı bildirilmiştir (122). Bu çalışma sonuçları değerlendirildiğinde abdominal cerrahi öncesi eğitim verilen hastaların hareketlilik puanları ile kontrol grubunda yer alan hastaların hareketlilik puanları arasında fark vardır hipotezimiz doğrulanmıştır. Bu nedenle hasta memnuniyetinin artması, erken taburculuğun sağlanması, ameliyat sonrası komplikasyonları azaltması gibi önemli hasta bakım çıktıları nedeniyle, cerrahi

kliniklerinde erken mobilizasyon protokolü oluşturulmalı ve rutin uygulamalar arasında konulmalıdır.

Abdominal cerrahi geçiren hastalara verilen erken mobilizasyon eğitiminin hastaların hareketlilik düzeyi, ağrı, konfor ve uyku düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla yürütülen bu çalışmada, müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası uyku kalitesi GAS skorları ile Hasta Hareketlilik Ölçeği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyon olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu durum müdahale grubundaki hastaların uyku kaliteleri azaldıkça hasta hareketlilik ölçeğinden alınan puanların azaldığını göstermektedir. Kontrol grubundaki hastaların ise, ameliyat sonrası ağrısının artmasına bağlı olarak hasta hareketlilik ölçeğinden alınan puanların arttığını göstermektedir. Hastaların ameliyat sonrası özellikle yara insizyonuna bağlı ağrılarının artmasına paralel olarak hasta hareketlilik ölçeğinden alınan puanların artması da beklenen bir durumdur. Erken mobilizasyonun hastanın ameliyat sonrası ağrısını azaltması, nedeniyle, hastalara verilecek olan eğitimin de ameliyat sonrası ağrının kontrolünde etkili olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu çalışmada abdominal cerrahi geçiren hastalara verilen erken mobilizasyon eğitiminin, hastaların hareketlilik düzeyi, ağrı, konfor ve uyku düzeyine etkisi incelendi. Çalışma sonuçlarına göre erken mobilizasyon eğitimi verilen hastaların toplam mobilizasyon sürelerinin, eğitim almayan kontrol grubuna göre daha uzun, hastaların hareketlilik düzeyleri ise daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca mobilizasyon eğitimi müdahale grubundaki hastalarının ağrı skorların azalmış olmakla beraber hastane taburculuk sürelerini de kısaltmıştır. Diğer taraftan erken mobilizasyon eğitimi ile uyku düzenlerinin olumlu yönde etkilemiş ve ameliyat sonrası konforlarında olumlu bir artış olduğu görülmektedir.

Bölüm 6

SONUÇLAR

6.1 Sonuçlar

Abdominal cerrahi geçiren hastalara verilen erken mobilizasyon eğitiminin hastaların hareketlilik düzeyi, ağrı, konfor ve uyku düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla yürütülen çalışmada aşağıda sıralanan sonuçlara ulaşılmıştır.

- ✓ Araştırmaya katılan müdahale grubu hastaların %51,28'inin kadın olduğu, yaş ortalamasının 44,82±12,37 yıl, %66.67'sinin sigara içtiği, %43,59'unun kronik hastalığının olduğu, kronik hastalığı olanların %70,59'unun diyabet, %47,06'sının hipertansiyon, %47,06'sının kalp hastalığı olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Müdahale grubunda yer alan hastaların %23,08'inin ameliyat süresinin üç saat ve altında, %48,72'sinin ameliyat tipinin apendektomi, %51,28'inin kolesistektomi olduğu saptanmıştır.
- ✓ Hastaların toplam mobilizasyon süreleri incelendiğinde, müdahale grubundaki hastaların toplam mobilizasyon süresi ortalamasının 58,33±11,20 dk olduğu, kontrol grubundakilerin ise 24,92±5,64 dk olduğu saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen müdahale ve kontrol grubu hastaların toplam mobilizasyon süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

- ✓ Müdahale grubundaki hastaların %56,41'inin ameliyat sonrası konforunu ağrının, %46,15'inin gürültünün, %87,18'inin dren olması durumunun ve %41,03'ünün halsizliğin etkilediğini ifade ettiği belirlenmiştir.
- ✓ Müdahale grubunda bulunan ameliyat öncesi ağrı puanlarının ortalama 8,90±1,25, kontrol grubu hastaların ise ortalama 8,00±2,24 olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat öncesi ağrı puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).
- ✓ Araştırma kapsamına alınan müdahale grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası ağrı puanlarının ortalama 6,28±1,23, kontrol grubu hastalarda ise ortalama 8,23±1,18 olduğu saptanmıştır.
- ✓ Müdahale grubundaki hastaların yatak içi dönme konfor puanlarının ortalama 7,46±1,23, kontrol grubu hastaların yatak içi dönme konfor puanlarının ortalama 4,18±1,86 olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu hastaların yatak içi dönme konfor puanlarının arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiş olup, müdahale grubundakilerin yatak içi dönme konfor puanlarının kontrol grubu hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Müdahale grubunda yer alan hastaların yatarken konfor puanlarının ortalama 7,28±1,21, kontrol grubu hastaların yatarken konfor puanlarının ortalama 3,82±1,37 olduğu belirlenmiştir Müdahale ve kontrol grubu hastaların yatarken konfor puanlarının arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur($p<0,05$)
- ✓ Hastaların toplam ameliyat sonrası ilk gece uyku puanları incelendiğinde, müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası ilk gece uyku puanları

ortalamasının 6,31±1,73 olduğu, kontrol grubundakilerin ise 2,90±1,86 olduğu görülmüştür. Araştırmaya dahil edilen müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası ilk gece uyku puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

- ✓ Araştırmaya katılan müdahale grubu hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeğinden ortalama 39,42±16,88 puan, kontrol grubundaki hastaların ise ortalama 98,08±16,63 puan aldıkları tespit edilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).
- ✓ Müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası uyku kalitesi GAS skorları ile Hasta Hareketlilik Ölçeği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
- ✓ Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası ağrı GAS skorları ile Hasta Hareketlilik Ölçeği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

6.2 Öneriler

Abdominal cerrahi geçiren hastalara verilen erken mobilizasyon eğitiminin hastaların hareketlilik düzeyi, ağrı, konfor ve uyku düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla yürütülen çalışmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- ✓ Abdominal cerrahi geçiren hastalarda taburculuk ve iyileşme sürecinin kısaltılması ameliyata bağlı ağrı, uyku gibi sorunların kontrol altına alınabilmesi için cerrahi kliniklerde rutin olarak, hastaların bireysel özellikleri göz önünde bulundurularak erken mobilizasyon protokollerinin rutin olarak kullanılması,
- ✓ Hemşirelerin hastalara özgü erken mobilizasyon programı düzenleyebilmeleri için ameliyat sonrası dönemde hareketlilik düzeylerini ölçümlerini yapıp kayıt altına alıp, hareket düzeylerine göre bireysel mobilizasyon programı oluşturmaları,
- ✓ Hemşirelerin erken mobilizasyon programlarına hasta yakınları da dahil edip, hastaların destek kaynaklarını çoğaltmaları,
- ✓ Çalışmanın sonrası ileri çalışmalar için farklı daha büyük örneklem gruplarında ve çoklu merkezli olarak yapılması,

KAYNAKLAR

(1) Kırtıl, İ., ve Kanan, N. (2021). Abdominal Cerrahi Girişim Sonrası Erken Mobilizasyonun Gastrointestinal İşlevlere Etkisi: Sistematik Derleme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, *30*(3), 166-176.

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

(3) Pryor, J. A., ve Prasad, A. S. (2008). *Physiotherapy for respiratory and cardiac problems: adults and paediatrics*. Elsevier Health Sciences.

(4) Karlsson, H., ve Lundebo, L. (2010). Nursing care of patients with postoperative pain: an observation study at Kilimanjaro Christian Medical Centre, Tanzania

(5) Shaw, A. D., Bagshaw, S. M., Goldstein, S. L., Scherer, L. A., Duan, M., Schermer, C. R., ve Kellum, J. A. (2012). Major complications, mortality, and resource utilization after open abdominal surgery: 0.9% saline compared to Plasma-Lyte. *Annals of surgery*, *255*(5), 821-829.

(6) Ucuzal, M., ve Aldanmaz, N. (2015). Genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riski. *Annals of Health Sciences Research, 4*(2), 17-22.

(7) Dağıstanlı S., Kalaycı M., Kara Y. (2018). Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. İKSST Dergisi. (10): 9-20.

(8) ERAS protokollerinin temel ögeleri, https://eras.org.tr/page.php?id=10 Erişim Tarihi: 30 Eylül 2022

(9) Browning, L., Denehy, L., ve Scholes, R. L. (2007). The quantity of early upright mobilisation performed following upper abdominal surgery is low: an observational study. *Australian Journal of Physiotherapy*, *53*(1), 47-52.

(10) Yolcu, S., Akın, S., ve Durna, Z. (2016). Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *13*(2), 129-138.

(11) Ayoğlu, T. (2011). Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisi. *İstanbul Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Tezi. İstanbul*.

(12) Çandır G. (2021) Abdominal Cerrahi Sonrası Hastaların Erken Mobilizasyon Durumlarının Konfor Düzeyine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, G.A.Ü

(13) Uğurlu, K., Kula Ş., S., Seçginli, S., ve Eti Aslan, F. (2017). Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Erken Ayağa Kaldırmanın Hızlı İyileşmeye Etkisi: Sistematik Derleme. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *9*(4).

(14) Greff, K., Kaufman, R. L., Kabra, R., Watters, N., Burgess, C., Zoran, D., ve Lerchner, A. (2019, May). Multi-object representation learning with iterative variational inference. In *International Conference on Machine Learning* (pp. 2424-2433).

(15) Amaç, Y., ve Çam, R. (2019). Günübirlik cerrahide hasta konforu ve hasta konforunu etkileyen etmenler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(1), 1222-1237.

(16) Hambrecht-Wiedbusch, V. S., Gabel, M., Liu, L. J., Imperial, J. P., Colmenero, A. V., ve Vanini, G. (2017). Preemptive caffeine administration blocks the increase in postoperative pain caused by previous sleep loss in the rat: a potential role for preoptic adenosine A2A receptors in sleep–pain interactions. *Sleep*, *40*(9).

(17) TDK (Türk Dil Kurumu) (2015) Genel Açıklamalı Sözlük. Ankara: TDK yayınları.

(18) Yücel, Ş. Ç. (2011). Kolcaba'nin konfor kurami. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *27*(2), 79-88.

(19) Karagözoğlu, Ş., Çabuk, S., Tahta, Y., ve Temel, F. (2007). Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks dergisi*, *8*(4), 234-240.

(20) Wasowicz-Kemps, D. K., Slootmaker, S. M., Kemps, H., Borel-Rinkes, I. H., Biesma, D. H., ve Van Ramshorst, B. (2009). Resumption of daily physical activity after day-case laparoscopic cholecystectomy. *Surgical endoscopy*, *23*(9), 2034-2040.

(21) Aksoy Derya, A. (2012). Sezaryen ile doğum yapan loğusalara konfor kuramına göre verilen hemşirelik bakımının doğum sonu konfor düzeyine etkisi. *Atatürk Üniversitesi*.

(22) Yılmaz, E. (2016). Cerrahi süreç: ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. *Eti Aslan F.(Ed) Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte Akademisyen Kitabevi, Ankara, Turkey*, 319-345.

(23) Yılmaz, E., ve Aydın, E. (2013). Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, *8*(23), 80-95.

(24) Castelino T., Fiore J.F., Niculiseanu P., Landry T., Augustin B., Feldman L.S. (2016). The effect of early mobilization protocols on postoperatif outcomes following abdominal and thoracic surgery: A systematic review. *Surgery*, 159(4), 991-1003.

(25) Mahmudova, R., ve Dönmez, C., (2019). Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *11*(1).

(26) Çilingir D., Candaş B. (2017). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20*(2), 137-143.

(27) Adler, J., ve Malone, D. (2012). Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulmonary physical therapy journal*, *23*(1), 5.

(28) Vermişli, S., ve Çam, K. (2015). Ürolojik radikal cerrahi sonrası erken mobilizasyonun etkinliği. *Bulletin of Urooncology*, *14*, 324-326.

(29) Nicholson, A., Lowe, M. C., Parker, J., Lewis, S. R., Alderson, P., ve Smith, A. F. (2014). Systematic review and meta-analysis of enhanced recovery programmes in surgical patients. *Journal of British Surgery*, *101*(3), 172-188.

(30) Prabhakar, S., ve Nanavati, A. J. (2016). Enhanced recovery after surgery: If you are not implementing it, Why not?. *Practical Gastroenterology*, 47.

(31) Kalisch, B. J., Lee, S., ve Dabney, B. W. (2013). Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *Journal of clinical nursing*, *23*(11-12), 1486-1501.

(32) Bartolo, M., Bargellesi, S., Castioni, C. A., Intiso, D., Fontana, A., Copetti, M., ve Bonaiuti, D. (2017). the Intensive Care and Neurorehabilitation Italian Study Group. Mobilization in early rehabilitation in intencive care unit patients with severe acquired cerebral injury: an observational study. *J. Rehabil. Med*, *49*(9), 715-722.

(33) Bulut, A. (2019). *Diz ve kalça Artroplastisi Geçirmiş hHastaların Erken Mobilizasyonunu Etkileyen faktörlerin Belirlenmesi* (Doctoral dissertation, Bursa Uludag University (Turkey).

(34) O'Shea, G. (2012). Ventricular assist devices: what intensive care unit nurses need to know about postoperative management. *AACN advanced critical care*, *23*(1), 69-83.

(35) Ergan, M., Başkurt, Z., Çetin, C., ve Atay, T. (2019). Results of a Rehabilitation Program After Surgery of Knee Multiple Ligament Injury: A Case Report. *Spor Hekimligi Dergisi/Turkish Journal of Sports Medicine*, *54*(3).

(36) Castro E., Turcinovic M. Platz J. (2015). Early Mobilization: Changing the Mindset. *Critical Care Nurse* 35(4) DOI: 10.4037/ccn2015512.

(37) Pagnotta, G., Rich, E., Eckardt, P., Lavin, P., ve Burriesci, R. (2017). The effect of a rapid rehabilitation program on patients undergoing unilateral total knee arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, *36*(2), 112-121.

(38) Pogatzki-Zahn, E. M., Segelcke, D., ve Schug, S. A. (2017). Postoperative pain—from mechanisms to treatment. Pain reports, 2(2).

(39) Yıldızeli Topçu, S. (2008). *Üst abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda hemşireler tarafından öğretilen gevşeme tekniklerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi* (Master's thesis, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

(40) Devrez, N. (2015). Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastalarda Erken Mobilizasyon ve Spongostan Destekli Pansumanın Kanama, Ağrı ve Idrar Yapma Üzerine Etkileri.

(41) Arıcı, E. (2014). *Major abdominal cerrahi geçiren hastalarda abdominal korse kullanımının hastanın solunum fonksiyonları, mobilizasyonu ve ağrısı üzerine etkisi,* Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara

(42) Demir, Y., Usta, Y. Y., Yasemin ve İnce Gel, (2012). Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, *2*(3), 162-172.,

(43) Kolettas, A., Lazaridis, G., Baka, S., Mpoukovinas, I., Karavasilis, V., Kioumis, I., ve Zarogoulidis, P. (2015). Postoperative pain management. *Journal of thoracic disease*, *7*(Suppl 1), S62.

(44) Özkan, S., ve Boyacioğlu, N. (2018). Yoğun bakım hastalarında gürültünün etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, *1*(1), 27-32.

(45) Havey, R., Herriman, E., ve O'Brien, D. (2013). Guarding the gut: early mobility after abdominal surgery. *Critical care nursing quarterly*, *36*(1), 63-72.

(46) Düzel, V. (2008). Hemşire ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Adana*.

(47) Kök, E. (2018). *Kalp Cerrahisi Geçiren Hastalarda Postoperatif Ağrı Düzeyinin Ve Yönetim Kalitesinin İncelenmesi* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).

(48) Eti Aslan, F. (2011). Ağrı. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Ed). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* İçinde (61-145), 2. Baskı, Adana: Nobel Kitabevi

(49) Macintyre, P. E., ve Schug, S. A. (2015). Acute Pain Management–Taylor & Francis Group, Boca Raton, London, NW.

(50) Basse, L., Jakobsen, D. H., Billesbølle, P., Werner, M., ve Kehlet, H. (2000). A clinical pathway to accelerate recovery after colonic resection. *Annals of surgery*, *232*(1), 51.

(51) Kehlet, H., ve Wilmore, D. W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of surgery*, *248*(2), 189-198.

(52) Cerantola Y, Valerio M, Persson B, Jichlinski P, Ljungqvist O, Hubner M, et al. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(®)) society recommendations. Clinical Nutrition, 2013, 32: 879-87.

(53) Eti Aslan, F., ve Badır, A. (2005). Ağrı kontrol gerçeği: hemşirenin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. Ağrı, 17(2), 44-51.

(54) Sloman, R., Rosen, G., Rom, M., ve Shir, Y. (2005). Nurses' assessment of pain in surgical patients. Journal of advanced nursing, 52(2), 125-132.

(55) Cesur, S. (2015). Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı üzerindeki etkileri, (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Afyon.

(56) Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., ve Wu, C. L. (2016). Management of Postoperative Pain: a clinical practice guideline from the American pain society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *The journal of pain*, *17*(2), 131-157.

(57) Şenyüz, K. Y., ve Koçaşlı, S. (2017). Cerrahi sonrası ağrıda multimodal analjezi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, *4*(2), 90-95.

(58) Çelebi, D., Yılmaz, E., Şahin, S. T., ve Baydur, H. (2020). The effect of music therapy during colonoscopy on pain, anxiety and patient comfort: A randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, *38*, 101084.

(59) McCaffery, M., ve Pasero, C. (2001). Using the 0-to-10 Pain Rating Scale: Nine common problems solved. AJN The American Journal of Nursing, 101(10), 81-82.

(60) Apfelbaum, L., Chen, C., Mehta, S. S., ve Gan, J. (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia & Analgesia*, *97*(2), 534-540.

(61) Karabacak, Ü., Uğur, E., & Kocatepe, V. (2017). Yoğun Bakım Ve Palyat F Bakım Ün Teler Nde Çalışan Hemşirelerin Sürekl Öfke Ve Öfke İfade Tarzları Le Bakım Davranışları Arasındak İlişk. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, *25*(1), 13-20.

(62) Kuğuoğlu, S. (2008). Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *16*(61), 16-23.

(63) Arslankılıç, Ç., ve Göl E. (2020). Kolcaba'nın konfor kuramının cerrahi operasyon geçiren hastalarda kullanımı: Sistematik derleme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, *3*(1), 34-44.

(64) Koç, S. (2015). *Doğumda kanguru bakımının yenidoğanın emzirme davranışlarına ve annenin konfor düzeyine etkisi* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

(65) Heye, M. L., Foster, L., Bartlett, M. K., ve Adkins, S. (2002). A preoperative intervention for pain reduction, improved mobility, and self-efficacy. *Applied* Nursing Research, 15(3), 174-183.

(66) Davis, L.L., (1992), "Instrument review: Getting the most from a panel of experts". Applied Nursing Research, 5, 194-197 (66) Koyuncu, F., ve Iyigun,

(67) Menteş, Ö., Harlak, A., Eryılmaz, M., Balkan, M., Kozak, O., Arslan, İ., ve Tufan, C. T. (2009). Laparoskopik kolesistektomi sonrası ağrı tedavisinde tramadolün devamlı infüzyon ve hasta kontrollü analjezi ile uygulanmasının karşılaştırılması. Gülhane Tıp Dergisi, 51(1), 6-10.

(68) Koyuncu, F., ve Iyigun, E. (2022). The effect of mobilization protocol on mobilization start time and patient care outcomes in patients undergoing abdominal surgery. *Journal of Clinical Nursing*, *31*(9-10), 1298-1308.

(69) Çınar F. (2020) The Investigation of Mobility Levels of Postoperative Patients Open Heart Surgery and Influencing Factors, On J Cardiovas Res. 3: 1-1

(70) Dolgun, E., ve Candan Dönmez, Y. (2010). Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 3(3), 10-5.

(71) Çınar, V. (2005). Batın Ameliyatı Geçiren Hastalarda Erken Ambulasyonun Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

(72) Pederson, J. L., Padwal, R. S., Warkentin, L. M., Holroyd-Leduc, J. M., Wagg, A., ve Khadaroo, R. G. (2020). The impact of delayed mobilization on post-discharge outcomes after emergency abdominal surgery: A prospective cohort study in older patients. *PLoS One, 15*(11), e0241554.

(73) Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J. ve Salantera, S. (2005), Preoperative education for orthopaedic patients: Systematic review. Journal of Advanced Nursing, 50(2), 212-223.

(74) Auyong, D. B., Allen, C. J., Pahang, J. A., Clabeaux, J. J., MacDonald, K. M., ve Hanson, N. A. (2015). Reduced length of hospitalization in primary total knee arthroplasty patients using an updated enhanced recovery after orthopedic surgery (ERAS) pathway. *The Journal of arthroplasty*, *30*(10), 1705-1709.

(75) Ni, C., Liu, X., Hua, Q., Lv, A., Wang, B., & Yan, Y. (2010). Relationship between coping, self-esteem, individual factors and mental health among Chinese nursing students: A matched case–control study. *Nurse education today*, *30*(4), 338-343.

(76) Kabataş, M. S., ve Özbayır, T. (2016). Enhanced Recovery After Surgery (Eras) Protocols After Colorectal Surgery : A Systematıc Revıew. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3), 120–132

(77) Mauk, K. L., Li, P. Y., Jin, H., Rogers, J., ve Scalzitti, K. (2016). Educating Chinese nurses about rehabilitation nursing: Findings from a single cohort quantitative pilot project. Rehabilitation Nursing.

(78) Liebermann, M., Awad, M., Dejong, M., Rivard, C., Sinacore, J., ve Brubaker, L. (2013). Ambulation of hospitalized gynecologic surgical patients: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *121*(3), 533-537

(79) Aldemir, K., ve Sayılan, A. (2020). Effect of a mobilization program administered after open cholecystectomy on sleep duration and several other clinical variables. *Cukurova Medical Journal*, *45*(2), 613-620.

(80) Jennings, N., Lee, G., Chao, K., & Keating, S. (2009). A survey of patient satisfaction in a metropolitan emergency department: comparing nurse practitioners and emergency physicians. *International journal of nursing practice*, *15*(3), 213-218.

(81) Eti Aslan, F. (2006). Postoperatif ağrı. Eti Aslan, F. (Ed.), *Ağrı doğası ve kontrolü* içinde (159-190), 1. Basım, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık

(82) Akyolcu, N., Kanan, N., & Aksoy, G. (2017). Cerrahi hemşireliği II. *Nobel Tıp Kitabevleri*, 358-376.

(83) Ong, J., Miller, P. S., Appleby, R., Allegretto, R., ve Gawlinski, A. (2009). Effect of a preoperative instructional digital video disc on patient knowledge and preparedness for engaging in postoperative care activities. *Nursing Clinics of North America*, *44*(1), 103-115.

(84) Mattila, K., Toivonen, J., Janhunen, L., Rosenberg, P. H., ve Hynynen, M. (2005). Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors. *Anesthesia & Analgesia*, *101*(6), 1643-1650.

(85) Bozkul, G., ve Karakul, A. (2022) Postoperatif Dönemde Uygulanan Masajın Ağrı Üzerindeki Etkisi ile İlgili Türkiyede Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Black Sea Journal of Health Science*, 2-3.

(86) Yılmaz, M., ve Gürler, H. (2011). Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri.

(87) Gandhi, K., Heitz, J.W., Viscusi, E.R., Challanges in acutu pain management. Anesthesiology Clin 29, 291-309, 2011

(88) Ahmed, A., Latif, N., ve Khan, R. (2013). Post-operative analgesia for major abdominal surgery and its effectiveness in a tertiary care hospital. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology*, *29*(4), 472.

(89) Liu, S. S., Buvanendran, A., Rathmell, J. P., Sawhney, M., Bae, J. J., Moric, M., ve Sculco, T. P. (2012). Predictors for moderate to severe acute postoperative pain after total hip and knee replacement. *International orthopaedics*, *36*(11), 2261-2267.

(90) Özalevli, S. (2015). Toraks Cerrahisinde Postoperatif Pulmoner Rehabilitasyon. *Bulletin of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni*, *6*(1).

(91) Dorcaratto, D., Grande, L., ve Pera, M. (2013). Enhanced recovery in gastrointestinal surgery: upper gastrointestinal surgery. *Digestive Surgery*, *30*(1), 70-78.

(92) Kuru Çolak, T., Kavlak, B., Aydoğdu, O., Şahin, E., Acar, G., Demirbüken, İ.,. ve Polat, M. G. (2017). The effects of therapeutic exercises on pain, muscle strength, functional capacity, balance and hemodynamic parameters in knee osteoarthritis patients: a randomized controlled study of supervised versus home exercises. *Rheumatology international*, *37*(3), 399-407.

(93) Besey, Ö., (2018). Göğüs cerrahisi uygulanan hastaların konfor ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Sağlık bilimleri ve meslekleri dergisi*, *5*(3), 324-332

(94) Karayel, B. (2019). *Transfemoral koroner anjiyografi sonrası erken mobilizasyonun vasküler komplikasyonlar ve hasta konforu üzerine etkisi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

(95) Yılmaz, E. Ve Vermişli, S. (2015). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölüme Ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *2*(2), 41-46.

(96) Şahin, P. B., ve Rızalar, S. (2018). Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5(3), 404-413.

(97) Yearson, D., Melendez, I., Anain, F., Siniscalchi, S., ve Drago, J. (2021). Mobilization protocol and early postoperative weight-bearing in transyndesmal ankle fractures. *Journal of the Foot & Ankle*, *15*(2), 100-104.

(98) Yılmaz, E. Çeçen, D. Toğaç, H. K., Mutlu, S. Havva, K. ve Aslan, A. (2018). Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *5*(1), 3-9.

(99) Karabulut, N., Aktas, Y. Y., Gurcayır, D., Yılmaz, D., ve Gokmen, V. (2015). Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open heart surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing, The, 32*(3), 16-24.

(100) Aydıngülü, N., ve Arslan, S. (2021) Cerrahi Geçiren Hastaların Erken Dönem Konfor Düzeyleri. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *16*(3), 401-406.

(101) Koşar, K., Duran, C., ve Oktar, S. F. (2019). Karaciğer sirozu olan hastalarda safra kesesi taşı sıklığı. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi*, *2*(3), 97-100.

(102) O'Sullivan, M., ve Savage, E. (2008). Nursing contributions to mobilizing older adults following total hip replacement in Ireland. *Journal of Orthopaedic Nursing*, *12*(3-4), 181-186.

(103) McCool, W. F., Packman, J., ve Zwerling, A. (2004). Obstetric anesthesia: Changes and choices. Journal of Midwifery & Women's Health, 49(6), 505-513.

(104) Akpolat, R., Şişman, H., Alptekin, D., Gökçe, E., Gezer, D., & Arslan, S. (2021). Ameliyat sonrasi ağrıya yaklaşımların değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, *46*(2), 670-676.

(105) Lim, A., ve Panahkhahi, M. (2017). Assessment of early mobilisation and limiting factors in patients undergoing total knee replacement surgery. *Anaesthesia and Intensive Care*, *45*(1), 108.

(106) Puntillo, K. A., Benner, P., Drought, T., ve Drew, B. (2001). End-Of-Lıfe Issues In Intensıve Care Unıts: A Natıonal Random Survey Of Nurses". American Journal of Critical Care, 10, 4.

(107) Belhan, Z., Karabulut, E. H., Arıtürk, C., Ökten, E. M., Toraman, F., Görmez, S., ve Orhan, P. (2015). Koroner arter cerrahisi uygulanan hastalarda kullanılan drenaj tüpü tiplerinin ve uygulanma yerlerinin ameliyat sonrası dönemde ağrı ve efüzyon üzerine etkisi. *Bakırköy Tıp Derg*, *11*, 154-8.

(108) Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., ve Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, *62*(6), 593-602.

(109) Alonso, J., ve Lépine, P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(Suppl 2), 3-9.

(110) Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., ve Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient education and counseling*, *51*(2), 169-176.

(111) Freedman, N. S., Gazendam, J., Levan, L., Pack, A. I., ve Schwab, R. J. (2001). Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit. *American journal of respiratory and critical care medicine, 163*(2), 451-457.

(112) Kramer, B., Joshi, P., ve Heard, C. (2016). Noise pollution levels in the pediatric intensive care unit. *Journal of Critical Care, 36*, 111-115.

(113) Akansel, N., ve Kaymakçı, Ş. (2008). Effects of intensive care unit noise on patients: a study on coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of clinical nursing*, *17*(12), 1581-1590.

(114) Önler, E. (2008). Cerrahi birimlerde yatan hastalarda uyku kalitesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing, 16*(62), 114-121.

(115) Aksu, N. T., ve Erdoğan, A. (2017). Akciğer rezeksiyonu yapılan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine, 4*(2), 35-42.

(116) Yılmaz, H. ve Iskesen, I. (2007). Follow-up with objective and subjective tests of the sleep characteristics of patients after cardiac surgery. *Circulation Journal, 71*(10), 1506-1510.

(117) Atik, D. Ö. Zeydan, Z. E. ve Çoşar, A. A. (2012). Uyku Sorunları Hipertansiyona Neden Olur mu?. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, *1*(3), 2-8.

(118) Atar, N. Y. Kırbıyık, E. Kaya, N., Kaya, H. Turan, N. Palloş, A. ve Eskimez, Z. (2012). Bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniğinde yatan hastaların uyku kalitesi ve uyku durumunu etkileyen faktörler. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing.[Turkiye Klinikleri Journal of Nursing]*, *4*(2), 74-84.

(119) Özkaya, B. Ö., Yüce, Z., Gönenç, M., Gül, A., & Alış, H. (2013). Ameliyat sonrası erken dönemde hastanede yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenler. *Bakırköy Tıp Dergisi*, *9*(3), 121-125.

(120) Özşaker E. ve Karasu, M, (2019). Hemşirelerin cerrahi hastasının beslenmesi konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarının incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1), 1191-1205.

(121) Aksuoğlu, A., Yanmış, S., ve Deşer, S. B. (2019) Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Ameliyat Sonrası Hastaların Hareketlilik Düzeyleri ve Sınıflandırılması.

(122) Padula, C. A. Hughes, C. ve Baumhover, L. (2009). Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults. *Journal of nursing care quality*, *24*(4), 325-331.

EKLER

Ek 1: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemlere Ait Bilgi Testi

Ameliyat Öncesi Döneme Ait Bilgi Formu	
Hasta No:	
Grubu:	1) Müdahale 2) Kontrol
Yatış Tarihi:	Doğum tarihi:
Boy/ Kilo:	BKI:
Tıbbi Tanı:	
Cinsiyet:	1) Kadın 2) Erkek 3) Belirtmek İstemiyorum
Medeni durum:	1) Evli 2) Bekar
Eğitim Düzeyi:	1)İlk Öğretim 2) Ortaöğretim 3)Üniversite ve üzeri
Sigara İçme Öyküsü	1) Hayır 2) Evet
Kronik bir hastalığınız var mı?	1)Hayır 2)Evet (Cevanız evet ise belirtiniz) ☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐Kalp Hastalığı ☐ Diğer:
Hastanın ameliyat öncesi ağrı düzeyi	
Ameliyat Sonrası Döneme Ait Bilgi Formu	
Ameliyat Tarihi	Anestezi Tipi
Ameliyat Süresi	Başlangıç Saati: Bitiş Saati:
Yapılan Ameliyat:	
Dren Durumu:	1)Yok 2)Var 3)Çekilmiş
Mobilizasyon Durumu	1)Evet 2)Hayır
Yanıtınız evetse	Birinci Mobilizasyon: …….süre/dakika İkinci Mobilizasyon: …….süre/dakika Üçüncü Mobilizasyon: ……..süre/dakika Diğer Mobilizasyon :…… süre/dakika Yatak Dışında Geçirdiği Süre:
Yanıtınız hayırsa nedenleri:	1)Ağrı 2)Baş dönmesi 3)Bulantı-kusma 4)Yorgunluk 5) Düşme korkusu 6)Diğer:
Mobilizasyon esnasında size destek olanlar	1)Doktor 2) Hemşire)Hasta Yakını
Mobilizasyon/yürüme esnasında yardımcı malzeme gereksinimi	1)Hayır 2)Evet (Cevanız evet ise belirtiniz) ☐ Yürüteç ☐ Koltuk değneği ☐Baston ☐ Hasta Taşıma Yürütme Kemeri ☐ Diğer:

Hastanın ameliyat sonrası ağrı düzeyi (GAS puanı):	
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken konfor (rahatlık) düzeyi (GAS puanı):	
Yatarken konfor (rahatlık) düzeyi (GAS puanı):	
Oturma esnasındaki (rahatlık) düzeyi (GAS puanı):	
Ameliyat sonrası ilk gece uyku kalite düzeyi (GAS puanı):	
Ameliyat sonrası ilk gaz çıkış zamanı	
Taburculuk Tarihi	
Ameliyat sonrası konforunuzu (rahatlığınızı) etkileyen faktörler nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	1)Ağrı 2)Gürültü 3) Dren varlığı 4) Halsizlik 5)Diğer (Belirtiniz……..…… ……)
Aşağıda hastaların hareket etmesinde etkili olan bazı faktörler sıralanmıştır. Sizin hareket etmenizi kolaylaştıran ilk beş faktörü öncelik sırasına göre belirtiniz:)	Ameliyat öncesi yeterli bilginin verilmesi ( ) Ağrının Olmaması ( ) Gürültünün Olmaması ( ) Banyo/tuvalet temizliği ( ) Odanın başka hastalarla paylaşılması ( ) Hasta yatağının rahat olması ( ) Yatağın pozisyon verme özelliğinin olması ( ) Oda genişliğinin yürümek için yeterli genişlikte olması ( ) Hareket edilmesi gerekliliğinin hatırlatılması ( ) Erken taburcu olma isteği ( ) Diğer(Belirtiniz…… ……)

Ek 2: Hasta Hareketlilik Ölçeği

YÖNERGE: Bu form ameliyattan sonra hareket etme konusunda ne kadar zorlandığınızı değerlendirmek için hazırlanmıştır. Bu nedenle hareketin her aşamasını ayrı ayrı değerlendirmeniz istenmektedir. Aşağıdaki hareketleri yerine getirme sırasında yaşadığınız ağrı ve zorluğun derecesini en iyi tanımlayan yere, yatay çizgi üzerinde işaret koyunuz.

Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme:

Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa döndüğünüzde, ne kadar ağrı hissettiniz?

0 15

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı

Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmek sizin için ne kadar zordu?

0 15

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

Yatak Kenarında Oturma:

Yatak kenarında oturduğunuzda ne kadar ağrı hissettiniz?

0 15

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı

Yatak kenarında oturmak sizin için ne kadar zordu?

0 15

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:

Yatak kenarında, ayağa kalktığınızda ne kadar ağrı hissettiniz?

0 15

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı

Yatak kenarında, ayağa kalkmak sizin için ne kadar zordu?

0 15

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

Hasta Odasında Yürüme:

Odada yürüdüğünüzde ne kadar ağrı hissettiniz?

0 15

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı

Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?

0 15

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

Ek 3: Ölçek İzinleri

Hasta Hareketlilik Ölçeği İzni



Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Hk.

1

TA

TULUHA AYOGLU <tuluha@iuc.edu.tr>

11.03.2022 Cum 19:54

Kime: Fatma Nur Daldaban

Hasta Hareketlilik ve Gözlem...

72 KB

Sayın Daldaban,

İlginiz için teşekkür ederim. Ölçekler hakkında bilgi ektedir. Çalışmanızı yayın aşamasında bana haber vermenizi bekliyorum, kaynak gösterme açısından şimdilik tezimi gösterebilirsin. Ancak çalışma tamamlandığında ve yayın olacağında bilgim olursa kaynak gösterimi için farklılık olabilir. Bir sorun olursa bana e-mail ile yazabilirsin.

Ayoğlu, T. (2011). Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Tuluha Ayoğlu

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

Ek 4: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni



Sayı: ETK00-2022-0104 05.04.2022

Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

Sayın: Arş. Gör. Fatmanur Daldaban and Prof. Dr. Sevinç Taştan

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sağlık Etik Alt Kurulu'nun 29.04.2022 tarih ve 2022/04 sayılı toplantısında incelenerek uygun bulunan, Prof. Dr. Sevinç Taştan danışmanlığında yürüttüğünüz **"Erken Mobilizasyon Eğitiminin Abdominal Cerrahi Sonrası, Ağrı ve Konfor Üzerine Etkisi"** adlı yüksek lisans tez çalışmanız, Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Yücel Vural

Etik Kurulu Başkanı

Ek 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (MÜDAHALE GRUBU)

ARAŞTIRMANIN ADI: Erken Mobilizasyon Eğitiminin Abdominal Cerrahi Sonrası Hareketlilik, Ağrı ve Konfor Üzerine Etkisi

Sayın Katılımcı, bu form ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) Gazimağusa Devlet Hastanesindeki **''Erken Mobilizasyon Eğitiminin Abdominal Cerrahi Sonrası Hareketlilik, Ağrı ve Konfor Üzerine Etkisi''** isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Prof. Dr. Sevinç TAŞTAN sorumluluğu altında yapılmaktadır.

ARAŞTIRMANIN KONUSU VE AMACI:

Bu çalışmanın amacı, ameliyat sonrası dönemde hastaların nasıl hareket edeceği ile ilgili verilen eğitimin yatak içi (dönme, oturma gibi) ve yatak dışı (yatak kenarında oturma, ilk ayağa kalkma, sandalyede oturma, yürüme gibi) ameliyat sonrası hastaların hareketlilik, ağrı, konfor ve uykusu üzerine etkisini incelemektir.

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ:

Sayın katılımcı, bu araştırma Gazimağusa Devlet Hastanesi, Cerrahi Kliniğinde kapalı yöntemle abdominal cerrahi geçiren hastalarla yürütülecektir. Araştırma verileri siz ameliyat olmadan önce, ameliyat günü ve ameliyattan sonra birinci gün toplanacaktır. Ameliyat öncesi veriler, klinikte ameliyat öncesi hazırlık

odasında, ameliyat sonrası ise sizin yattığınız hasta odasında toplanacaktır. Ameliyat öncesinde size, Ameliyat Öncesi Bilgi Formu doldurtulacaktır. Bu formda sizin yaş, cinsiyet, boy, kilo gibi bazı tanıtıcı ve tanınız, başka eşlik eden hastalık durumu gibi hastalığınıza ilişkin sorular yer almaktadır. Ayrıca yine bu dönemde, ağrı, konfor ve uyku durumunuzu değerlendirmeye yönelik sorular olacaktır. Ameliyat öncesi hareket, yatma ve oturma esnasındaki ağrı ve konforları ile uyku durumlarını sorgulayan sorular Görsel Analog Skala (GAS) ile değerlendirilecektir. Skala ameliyat öncesi ve sonrası mobilizasyon, yatma ve oturma esnasındaki ağrı için "0; hiç ağrım yok" ile başlamakta ve "10; dayanılmaz ağrım var" ile sonlanmaktadır. Sizden bu değerler arasında kendisine en uygun ağrı düzeyini skala üzerinde işaretlemeniz istenecektir. Ayrıca, ameliyat öncesi hareketlilik, yatma ve oturma esnasındaki konfor durumunuzu değerlendirmek içinde skala kullanılacaktır. Bu skala "0 çok kötü" ile başlamakta ve "10; çok iyi" ile sonlanmaktadır. Sizden bu değerler arasında kendisine en uygun konfor düzeyini skala üzerinde işaretlemeniz istenecektir. Uyku durumunuzu değerlendirmek içinde benzer skala kullanılacaktır. Uyku değerlendirme skalası, "0 çok kötü" ile başlamakta ve "10; çok iyi" ile sonlanmaktadır. Sizden bu değerler arasında kendinize en uygun uyku kalitesi düzeyini skala üzerinde işaretlemeniz istenecektir. Sizden son olarak bu dönemde "Hasta Hareketlilik Ölçeği" formunu doldurmanız beklenmektedir. Bu formda, yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme sırasında deneyimlenen ağrı ve güçlük düzeyini, 15 cm'lik bir GAS kullanılarak değerlendirmeniz istenecektir. Formlar doldurultuktan sonra size ameliyat sonrası dönemde nasıl hareket edeceğiniz ile ilgili eğitim verilecektir. Bu eğitimde, yatak içinde bir taraftan diğer tarafa nasıl döneceğiniz, yatak içinde nasıl oturacağınız, yataktan ilk ayağa kalkma, yatak kenerında oturma, yatak dışında sandalye ya da koltukta oturma, oda içinde yürüme esnasında nelere dikkat edeceğiniz ile ilgili bilgiler verilecektir. Eğitimde, resimli hasta eğitim kitapçığı kullanılacaktır. Ameliyat günü, yatak dışında kaç kez hareket ettiğiniz, edememe durumunda bunun nedenlerini ile hareket etme esnasında size kimlerin eşlik ettiği ve yürüteç, baston gibi yürümeye yardımcı olacak herhangi bir araca gereksinim olup olmadığınızla ilgili veriler toplanacaktır. Ameliyat sonrası birinci gün ise, sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği, ameliyat sonrası döneme yönelik mobilizasyon, yatma ve oturma esnasındaki ağrı, konfor ile uyku durumunuz, ameliyat öncesi dönemde olduğu gibi Görsel Analog Skala (GAS) ile yeniden değerlendirilecektir. Ayrıca, sizden ameliyatınız ve hastane

ortamına bağlı konforunuzu ve hareketliliğinizi etkileyen faktörlerin neler olduğunu belirtmeniz istenecektir. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların, abdominal cerrahi sonrası hastaların hareketlilik ve konforunu artırmada etkili olabilecek erken mobilizasyonu kapsayan bakım rehberlerinin oluşturulmasına temel veri sağlayacağı düşünülmektedir.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler:
Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.
Adı : Prof. Dr. Sevinç TAŞTAN
Görevi : Bölüm Başkanı
Telefon: 0548 878 54 65
Adı : Fatmanur DALDABAN
Görevi : Yüksek Lisans Öğrencisi
Telefon: 0548 820 69 82

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:
Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Fatmanur DALDABAN ile iletişim kurabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme Tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Araştırmacı
Adı soyadı, unvanı:Prof. Dr. Sevinç TAŞTAN
Adres:Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Tel: 0548 878 54 65
İmza:
Tarih:

Araştırmacı
Adı soyadı, unvanı: Arş. Gör. Fatmanur DALDABAN
Adres: Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi C blok 2. Kat Asistanlar Odası Güney Kampüs
Tel: 0548 820 69 82 İmza: Tarih:

Doğu Akdeniz Üniversitesi

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU)

ARAŞTIRMANIN ADI: Erken Mobilizasyon Eğitiminin Abdominal Cerrahi Sonrası Hareketlilik, Ağrı ve Konfor Üzerine Etkisi

Bu form ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) Gazimağusa Devlet Hastanesindeki **''Erken Mobilizasyon Eğitiminin Abdominal Cerrahi Sonrası Hareketlilik, Ağrı ve Konfor Üzerine Etkisi''** isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Prof. Dr. Sevinç TAŞTAN sorumluluğu altında yapılmaktadır.

ARAŞTIRMANIN KONUSU VE AMACI:

Bu çalışmanın amacı, ameliyat sonrası dönemde hastaların nasıl hareket edeceği ile ilgili verilen eğitimin yatak içi (dönme, oturma gibi) ve yatak dışı (yatak kenarında oturma, ilk ayağa kalkma, sandalyede oturma, yürüme gibi) ameliyat sonrası hastaların hareketlilik, ağrı, konfor ve uykusu üzerine etkisini incelemektir.

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ:

Sayın katılımcı, bu araştırma Gazimağusa Devlet Hastanesi, Cerrahi Kliniğinde kapalı yöntemle abdominal cerrahi geçiren hastalarla yürütülecektir. Araştırma verileri siz ameliyat olmadan önce, ameliyat günü ve ameliyattan sonra birinci gün toplanacaktır. Ameliyat öncesi veriler, klinikte ameliyat öncesi hazırlık odasında, ameliyat sonrası ise sizin yattığınız hasta odasında toplanacaktır. Ameliyat öncesinde size, Ameliyat Öncesi Bilgi Formu doldurtulacaktır. Bu formda sizin yaş, cinsiyet, boy, kilo gibi bazı tanıtıcı ve tanınız, başka eşlik eden hastalık durumu gibi hastalığınıza ilişkin sorular yer almaktadır. Ayrıca yine bu dönemde, ağrı, konfor ve uyku durumunuzu değerlendirmeye yönelik sorular olacaktır. Ameliyat öncesi

hareket, yatma ve oturma esnasındaki ağrı ve konforları ile uyku durumlarını sorgulayan sorular Görsel Analog Skala (GAS) ile değerlendirilecektir. Skala ameliyat öncesi ve sonrası mobilizasyon, yatma ve oturma esnasındaki ağrı için "0; hiç ağrım yok" ile başlamakta ve "10; dayanılmaz ağrım var" ile sonlanmaktadır. Sizden bu değerler arasında kendisine en uygun ağrı düzeyini skala üzerinde işaretlemeniz istenecektir. Ayrıca, ameliyat öncesi hareketlilik, yatma ve oturma esnasındaki konfor durumunuzu değerlendirmek içinde skala kullanılacaktır. Bu skala "0 çok kötü" ile başlamakta ve "10; çok iyi" ile sonlanmaktadır. Sizden bu değerler arasında kendisine en uygun konfor düzeyini skala üzerinde işaretlemeniz istenecektir. Uyku durumunuzu değerlendirmek içinde benzer skala kullanılacaktır. Uyku değerlendirme skalası, "0 çok kötü" ile başlamakta ve "10; çok iyi" ile sonlanmaktadır. Sizden bu değerler arasında kendinize en uygun uyku kalitesi düzeyini skala üzerinde işaretlemeniz istenecektir. Sizden son olarak bu dönemde "Hasta Hareketlilik Ölçeği" formunu doldurmanız beklenmektedir. Bu formda, yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme sırasında deneyimlenen ağrı ve güçlük düzeyini, 15 cm'lik bir GAS kullanılarak değerlendirmeniz istenecektir.

Ameliyat günü, yatak dışında kaç hareket ettiğiniz, edememe durumunda bunun nedenlerini ile hareket etme esnasında size kimlerin eşlik ettiği ve yürüteç, baston gibi yürümeye yardımcı olacak herhangi bir araca gereksinim olup olmadığınızla ilgili veriler toplanacaktır. Ameliyat sonrası birinci gün ise, sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği, ameliyat sonrası döneme yönelik mobilizasyon, yatma ve oturma esnasındaki ağrı, konfor ile uyku durumunuz, ameliyat öncesi dönemde olduğu gibi Görsel Analog Skala (GAS) ile yeniden değerlendirilecektir. Ayrıca, sizden ameliyatınız ve hastane ortamına bağlı konforunuzu ve hareketliliğinizi etkileyen faktörlerin neler olduğunu belirtmeniz istenecektir. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların, abdominal cerrahi sonrası hastaların hareketlilik ve konforunu artırmada etkili olabilecek erken mobilizasyonu kapsayan bakım rehberlerinin oluşturulmasına temel veri sağlayacağı düşünülmektedir.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler:
Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.
Adı : Prof. Dr. Sevinç TAŞTAN
Görevi : Öğretim Üyesi
Telefon: 0548 878 54 65
Adı : Fatmanur DALDABAN
Görevi : Yüksek Lisans Öğrencisi

Telefon: 0548 820 69 82

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Fatmanur DALDABAN ile iletişim kurabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:Prof. Dr. Sevinç TAŞTAN
Adres:Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Tel: 0548 878 54 65
İmza:
Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Arş. Gör. Fatmanur DALDABAN
Adres: Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi C blok 2. Kat Asistanlar Odası Güney Kampüs
Tel: 0548 820 69 82
İmza:
Tarih: **25.03.2022**

Ek 6: Lefkoşa Burhan Nalbanoğlu Hastanesi Etik Kurul İzni (LBHN)



K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
DR BURHAN NALBANTOĞLU
DEVLET HASTANESİ

02.06.2022

Sayı YTK: 1.01
(Ek 21/22)

Sn. Fatma Nur Daldaban

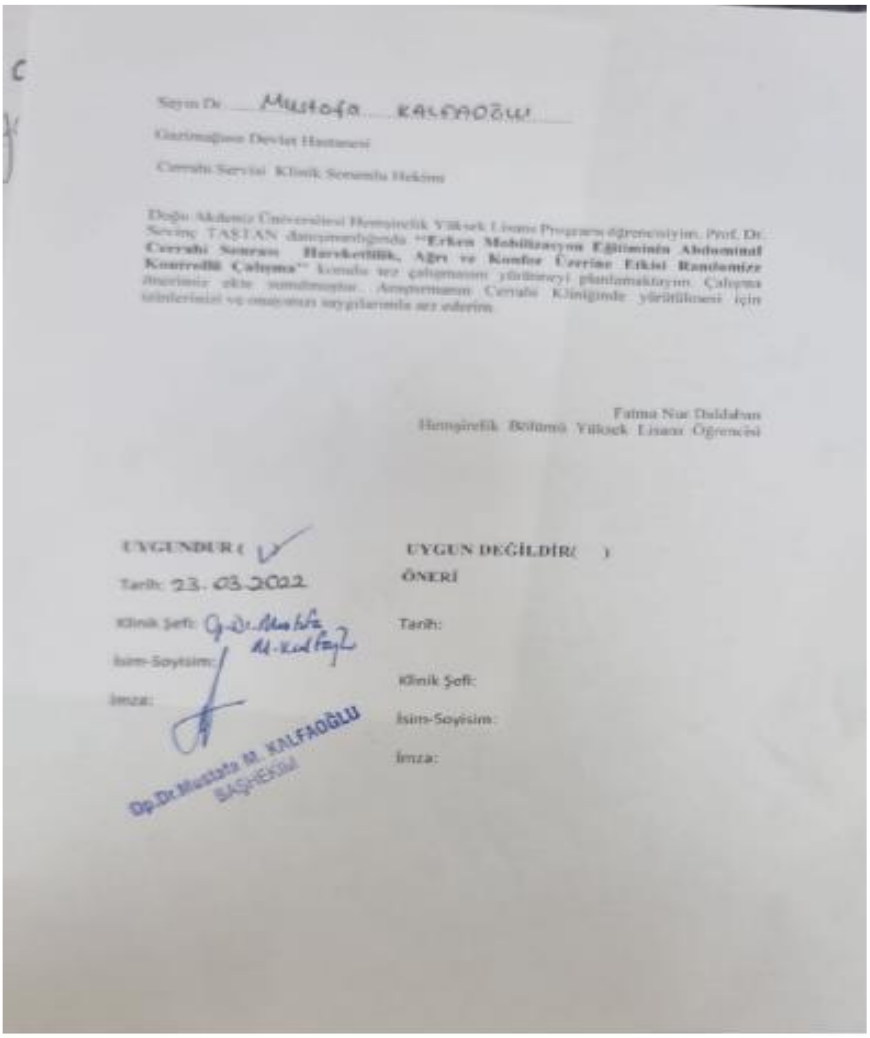
Etik kurulumuzun yapmış olduğu toplantıda "Erken mobilizasyon eğitiminin Abdominal cerrahi sonrası hareketlilik, ağrı ve konfor üzerine etkisi" isimli projeniz /araştırmanız Etik kurulunda değerlendirilmiş olup Etik kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

Etik kurul Yönetim kurulu adına
Uz.Dr.Öner Taşergil

İLETİŞİM:
Tel: +90 392 225 54 41
Fax: +90 392 223 16 99
Email: lbndhtandim@gmail.com

Ek 7: Gazimağusa Devlet Hastanesi Başhekim Onay Yazısı



Sayın Dr. Mustafa KALFAOĞLU

Gazimağusa Devlet Hastanesi

Cerrahi Servisi Klinik Sorumlu Hekimi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Prof. Dr. Sevinç TAŞTAN danışmanlığında "**Erken Mobilizasyon Eğitiminin Abdominal Cerrahi Sonrası Hareketlilik, Ağrı ve Konfor Üzerine Etkisi Randomize Kontrollü Çalışma**" konulu tez çalışmasını yürütmeyi planlamaktayım. Çalışma önerisi ekte sunulmuştur. Araştırmanın Cerrahi Kliniğimde yürütülmesi için izinlerinizi ve onaylarınızı saygılarımla arz ederim.

Fatma Nur Daldaban
Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

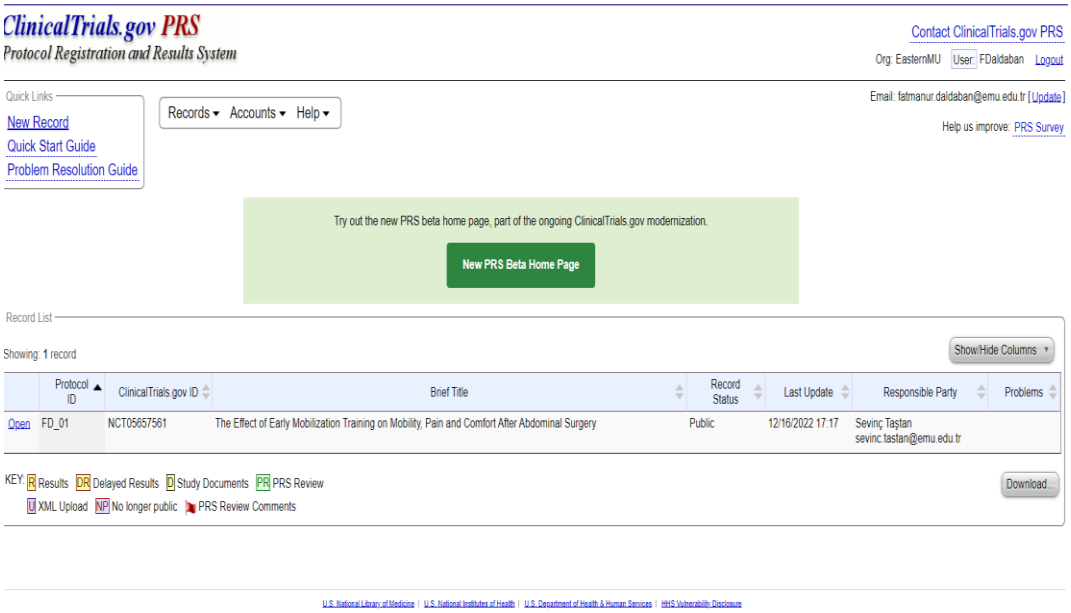
UYGUNDUR(✓)
Tarih: 23.03.2022
Klinik Şefi:
İsim-Soyisim:
İmza:

Op.Dr.Mustafa M. KALFAOĞLU
BAŞHEKİM

UYGUN DEĞİLDİR( )
ÖNERİ
Tarih:
Klinik Şefi:
İsim-Soyisim:
İmza:

Scanned with CamScanner

Ek 8: Clinical Trial ID



Ek 9: Erken Mobilizasyon Eğitim Kitapçığı

Ameliyat sonrası yatak içi dönme ve mobilizasyon hemşirelik eğitim kitapçığı



Doğu Akdeniz Üniversitesi-Hemşirelik Bölümü

Danışman: Prof. Dr. Sevinç Taştan

Hazırlayan: Arş. Gör. Fatmanur Daldaban

İÇİNDEKİLER……

Katılımcılara bilgilendirme yazısı……..2
Neden erken hareket etmelisiniz?.....3
Yatak içi dönme eğitimi……..4
Mobilizasyon eğitimi……8
Kaynakça……15

Sayın Katılımcı,

Öncelikle geçmiş olsun dileklerimizi iletir, bir an önce sağlığınıza kavuşmanızı dileriz. Bu kitapçık ameliyat sonrası dönemde erken hareket etmenin önemi vurgulamak için hazırlanmıştır. Kitapçık iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde "ameliyat sonrası neden erken hareket etmeniz ile ilgili bilgilendirme" yer almaktadır. İkinci bölümde "yatak için dönme ve mobilizasyon eğitimi" bulunmaktadır. Eğitim kitapçığı sizin için hazırlanmış olup, geri vermenize gerek yoktur.

''Neden erken hareket etmelisiniz?''

Neden erken hareket etmelisiniz?

1. Ameliyatınızda kullanılan ilaçlar bağırsak hareketlerinizin yavaşlamasına, nadirde olsa durmasına sebep olabilir. Barsak hareketlerinizin daha çabuk başlaması için erken hareket etmelisiniz.
2. Ameliyat süreniz ve kullanılan anestezik ilaçlara bağlı olarak akciğer kapasitenizde azalma söz konusu olabilir. Akciğer kapasitesinizi arttırmak ve daha rahat nefes alabilmeniz için erken hareket etmelisiniz.
3. Daha rahat uyuyabilmek ve kendinizi daha iyi hissetmeniz için erken hareket etmelisiniz.
4. Kan dolaşımınızı arttırarak ameliyat bölgenizin sağlıklı ve hızlı bir biçimde iyileşmesini sağlamak için erken hareket etmelisiniz,
5. Kalbe dönen kan akımınızı arttırıp, pıhtı oluşumunu engellemek için erken hareket etmelisiniz.
6. Erken taburcu olabilmeniz için erken hareket etmelisiniz.

ERKEN HAREKET EDEN, ERKEN TABURCU OLUR…

Yatak İçi Dönme Eğitimi

Kendinizi iyi hissetmeniz halinde, yatak içersinde en az 2 saatte bir pozisyon değişikliği yapmanız gerekmektedir.



Resim-1

Kendinizi iyi hissettiğinizi belirttikten sonra hemşireniz/refakatçınız sizi bir bütün olarak döndürecektir.



Resim-2

Dönme işleminin gerçekleştirilmesi için hemşireniz/refakatçınız sizi omzunuzdan ve kalçanızdan destekleyecektir.



Resim-3

Daha sonra gövdeniz tamamen hemşirenize/refakatçınıza doğru döndürülecektir.



Resim-4

İşlem esnasında kendinizi rahat bırakmanız oldukça önemli olup hemşirenize/refakatçınıza yardımcı olmanız beklenmektedir.



Resim-5



Resim-6

Yan dönme işlemi tamamlandıktan sonra bacaklarınızın düz pozisyonunu koruması gerekmektedir.

Dönme işlemi tamamlandıktan sonra sırtınız bir yastık ile desteklenecektir.



Resim-7

Kendinizi rahat hissettiğinizi dile getirdiğinizde dönme işleminiz tamamlanmış olacaktır.

Mobilizasyon Eğitimi

Kendinizi iyi hissetmeniz halinde, ameliyattan sonra ilk 2-4 saat içersinde yatak kenarında yada sandalyede oturabilir ve oda içersinde yürümeye başlayabilirsiniz. Serum ve drenler sizinle birlikte taşınabilir ve yataktan kalkmanıza engel olmaz. İlk olarak 15 dakika sonrasında giderek artacak şekilde ameliyat günü toplamda en az 2 saat, sonraki günlerde ise en az 6 saat yatak dışında kalmanız önerilmektedir.



Resim-8

Öncelikle hemşireniz tarafından tansiyonunuz ölçülecek ve baş dönmeniz olup olmadığı değerlendirilecektir.
Eğer tansiyonunuz düşük ya da baş dönmeniz varsa sırtüstü pozisyonda yatmanız ve mobilizasyonun bir kaç saat ertelenmesi gerekmektedir.



Resim-9

Baş dönmeniz yoksa kendinizi iyi hissediyorsanız yatak yüksekliği size göre ayarlanacaktır.



Resim-10

Ayağa kalkmadan önce yan döndürüleceksiniz bu işlem esnasında hemşireniz/refakatçınız size yardımcı olacaktır.



Resim-11

Yattığınız ya da oturduğunuz yerden aniden kalkmanızla pozisyon değişikliğine bağlı gelişebilecek tansiyon düşüklüğünü önlemek için, iki bacağınızı aşağıya sarkacak şekilde yatağın kenarında bir süre oturmanız sağlanacaktır.



Resim-12

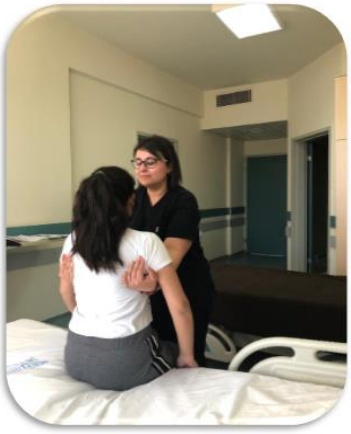
Daha sonra hemşireniz/refakatçınız omuzlarınızdan sizi destekleyerek ayaklarınızı yataktan aşağıya sarkıtacaktır.

Bu işlem sırasında hemşirenize/refakatçınıza yardımcı olabilmek adına kendinizi rahat bırakmalısınız. Ellerinizle yataktan kendinize destek alarak hemşirenize/refakatçınıza yardımcı olmalısınız.



Resim-13

Yatak kenarında otururken hemşireniz tarafından tansiyonunuz ölçülecektir. Kendinizi iyi hissedene kadar bu şekilde kalmanız istenecektir.



Resim-14

Hemşireniz/refakatçınız sizi koltuk altlarınızdan ve sırtınızdan desteklerken, aynı zamanda sizinde yataktan destek alarak ayağa kalkmanız istenecektir



Resim-15

Kısa bir süre yatak kenarında hemşireniz/refakatçınızla birlikte bekleyip genel durumunuz gözlenecektir.



Resim-16

Kendinizi iyi hissettiğinizi söylediğiniz anda 3-5 adım attıktan sonra yatak kenarındaki sandalyeye/koltuğa oturtulacaksınız.



Resim-17

Oturma esnasında gerekirse tansiyonunuz hemşireniz tarafından ölçülecektir



Resim-18

Genel durumunuz iyi yürüyüşe başlamanız istenecektir. Bunun için hemşireniz/refakatçınız sizinle aynı yöne bakacak şekilde sağ ya da sol tarafınıza geçecektir. Yürüyüş esnasında baş dönmesini engellemek için karşıya



Resim-19

Daha sonra hemşireniz/refakatçınız sizinle birlikte aynı tempoda yürüyüşünüze eşlik edecektir. Eğer kendinizi kötü hissederseniz (mide bulantısı, baş dönmesi vb.) hemşirenize/refakatçınıza söyleyiniz. Bu durumda sizden yakınınızda bulunan sandalyeye oturmanız istenerek mola vermeniz istenecektir.

Kaynaklar

Arslankılıç, Ç., Erdem, G. Ö. L., Çınaroğlu, N. S. Cerrahide Hızlandırılmış İyileşme Protokolü: Sistematik Derleme. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, *1*(3), 15-34.

Bölükbaş, N., Birlikbaş, S. (2019). ERAS rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, *2*(3), 194-205.

Çelik, S. (2021), *Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar,* Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevı

Ersoy, E., & Gündoğdu, H. (2007). Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, *23*(1), 35-40.

Fisher, S. R., Kuo, Y. F., Graham, J. E., Ottenbacher, K. J., & Ostir, G. V. (2010). Early ambulation and length of stay in older adults hospitalized for acute illness. *Archives of internal medicine*, *170*(21), 1942-1943.

Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., ... & Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. *World journal of surgery*, *43*(3), 659-695.

Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri, http://eras.org.tr/

Irmak, B., & Bulut, H. (2021). Abdominal Cerrahi Sonrasında Bağırsak Fonksiyonlarını Artırmada Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kullanımı:

Kanıtlar Ne Diyor?. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (14), 336-350.

Kaneda H, Saito Y, Okamoto M, Maniwa T, Minami KI, Imamura H. Early postoperative mobilization with walking at 4 hours after lobectomy in lung cancer patients. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2007;55(12):493–8.

Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of surgery*, *248*(2), 189-198.

Kırtıl, İ., Kanan, N. (2021). Abdominal Cerrahi Girişim Sonrası Erken Mobilizasyonun Gastrointestinal İşlevlere Etkisi: Sistematik Derleme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, *30*(3), 166-176.

Ongun, P., & Ak, E. S. (2020). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin ERAS Protokolüne Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Med J Bakirkoy*, *16*(3), 287-94.

Sağlıklı günler dileriz.

Arş. Gör. Fatmanur Daldaban
Prof. Dr. Sevinç Taştan