



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE/SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARDA MOBİLİZASYON
PROTOKOLÜNÜN MOBİLİZASYON BAŞLAMA ZAMANINA VE HASTA
BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ**

Fadime KOYUNCU

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Emine İYİĞÜN**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AĞUSTOS / 2020

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında Fadime KOYUNCU tarafından
hazırlanan Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Mobilizasyon Protokolünün
Mobilizasyon Başlama Zamanına Ve Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi başlıklı tez
çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile
YÜKSEK LİSANS olarak kabul edilmiştir.

Başkan/Üye:

.....

.....

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum / onaylamıyorum

.....

Danışman/Üye:

.....

.....

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/ onaylamıyorum

.....

Üye:

.....

.....

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/ onaylamıyorum

.....

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 19/08/2020

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan
bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Prof. Dr. Ömer AZAL

Tezin Teslim Edildiği Tarih:

19/08/2020

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Fadime KOYUNCU

19.08.2020

ÖZET

Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Mobilizasyon Protokolünün Mobilizasyon Başlama Zamanına ve Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020.

Bu araştırmanın amacı, majör abdominal cerrahi geçiren hastalarda erken mobilizasyon protokolünün, hastaların mobilizasyon durumları ve hasta bakım sonuçları üzerine etkisini belirlemektir. Bu araştırma prospektif randomize olmayan kontrollü klinik bir araştırmadır. Araştırma örneklemini, Mayıs-Eylül 2019 tarihleri arasında majör abdominal açık cerrahi geçiren 21'i kontrol grubu, 21'i müdahale grubu olmak üzere 42 hasta oluşturmuştur. Kontrol grubundaki hastalara yoğun bakımın rutin mobilizasyon takip yaklaşımı, müdahale grubundaki hastalara güncel rehberlerle birlikte uzman görüşlerinden yararlanılarak geliştirilen erken mobilizasyon protokolü uygulanmıştır. Araştırmada önce kontrol grubuna ait veriler toplanmış, daha sonra erken mobilizasyon protokolü, hazırlanan eğitim broşürü ile hastalara tanıtılmış ve müdahale grubuna ait veriler toplanmıştır. Araştırmada her iki gruptaki hastaların ameliyat öncesi döneme ait verileri, 6 dakikalık yürüme testinde yürüdüğü mesafe ve ameliyat sonrası döneme ait sonuçları kaydedilmiştir. Verilerin analizi için tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare Testi, Fisher'in Kesin Testi, Bağımsız örneklemelerde T-Testi ve "Mann Whitney U Testi" kullanılmıştır. Araştırmada mobilizasyon başlama zamanı müdahale grubunda ortalama 373,33±117,03 dakika (6,22±1,95 saat), kontrol grubunda ise 733,10±226,15 dakika (12,21±3,76 saat) olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmada hastaların erken ameliyat sonrası dönemde attığı ortalama adım sayısının müdahale grubunda (338,57), kontrol grubundan (97,14) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gaz çıkış zamanı, yoğun bakım ünitesinde ve hastanede kalma sürelerinin, müdahale grubundaki hastalarda daha kısa olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmada uyku kalite puanı ve memnuniyet puanının müdahale grubunda kontrol grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sonuç olarak, bu araştırmada hemşirelik bakımı kapsamında kullanılan erken mobilizasyon protokolü erken mobilizasyonun yönetiminde ve hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesinde etkili ve güvenilirdir. Major abdominal cerrahi geçiren hastaların mobilizasyon sürecinin yönetiminde erken mobilizasyon protokollerinin kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: erken mobilizasyon protokolü, cerrahi ve mobilizasyon, abdominal cerrahi, hemşirelik

ABSTRACT

Effect of Mobilization Protocol on Mobilization Start Time and Patient Care Results in Patients Undergoing Abdominal Surgery, Health Sciences University, Gülhane Institute of Health Sciences, Surgical Diseases Nursing, Master Thesis, Ankara, 2020

The aim of this study is to determine the effect of early mobilization protocol on patients' mobilization status and patient care outcomes in patients who undergo major abdominal surgery. This study is a prospective non-randomized controlled clinical trial. The study sample consisted of 42 patients, 21 of whom were the control group and 21 were the intervention group, who had undergone major abdominal open surgery between May and September 2019. The routine mobilization follow-up approach of the intensive care unit was applied to the patients in the control group, and the early mobilization protocol developed by using up-to-date guidelines and expert opinions were applied to the patients in the intervention group. In the study, the data of the control group were firstly collected, then the early mobilization protocol was introduced to the patients through the training brochure prepared and then data of the intervention group were collected. In the study, the characteristics of the patients in both groups belonging to the preoperative period, the distance they walked in the 6-minute walking test and the results of the postoperative period were recorded. Descriptive statistics, Chi-square Test, Fisher's Exact Test, T-Test and "Mann Whitney U Test" were used for the analysis of the data. In the study, mobilization start time was determined as 373.33 ± 117.03 minutes (6.22 ± 1.95 hours) in the intervention group and 733.10 ± 226.15 minutes (12.21 ± 3.76 hours) in the control group and the difference was statistically significant ($p < 0.05$). In the study, it was found that the average number of steps taken by the patients in the early postoperative period was higher in the intervention group (338.57) than in the control group (97.14) ($p < 0.05$). Gas discharge time, intensive care unit and hospital stay were found to be shorter in patients in the intervention group ($p < 0.05$). In the study, sleep quality score and satisfaction score were found to be higher in the intervention group than the control group ($p < 0.05$). As a result, the early mobilization protocol used in nursing care in this study is effective and reliable in the management of early mobilization and improving patient care outcomes. Early mobilization protocols are recommended for the management of the mobilization process of patients who undergone major abdominal surgery.

Key Words: early mobilization protocol, surgery and mobilization, abdominal surgery, nursing

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmam süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım *Sayın Prof. Dr. Emine İYİĞÜN'e*

Yüksek lisans eğitimimde ve her konuda gelişimime katkı sağlayan, bilgi ve deneyimleri ile bana ışık tutan kıymetli hocam, *Doç. Dr. Hatice AYHAN'a* ve *Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sibel YILMAZ ŞAHİN'e*, değerli katkılarıyla tezime yön veren ve eğitim hayatım boyunca bana emeği geçen tüm hocalarıma,

Tez çalışmamda bilgi ve tecrübeleriyle tezime önemli katkılar sağlayan, danışmanlığını esirgemeyen Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği Öğretim Üyesi *Sayın Prof. Dr. Orhan KOZAK'a* ve *Sayın Uzm. Dr. Süleyman Utku ÇELİK'e*

Ameliyat sonrası ayağa kalkmaya yönelik hasta eğitim broşüründe, hasta rolüyle broşür içeriğini oluşturmama destek olan *Hemşire Hazal PAKSOY'a*

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışan, ve tezimin uygulama aşamasında yardımları ile beni destekleyen başta meslektaşlarım olmak üzere tüm klinik çalışma arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana verdikleri güven ve sevgi ile yardımlarını esirgemeyen, her zaman yanımda olduklarını hissettiren arkadaşlarım ve aileme sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Fadime KOYUNCU

2020

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.3.1. Mobilizasyona Başlama Zamanı	3
1.3.2. Mobilizasyonun Sürdürülmesi	3
1.3.3. Bakım Sonuçları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Hareket kavramı	5
2.2. Mobilizasyonun Önemi ve Amaçları	5
2.3. Mobilizasyon Yöntemleri	6
2.4. İmmobilizasyonun Vücut Sistemleri Üzerindeki Etkileri	6
2.5. Mobilizasyon Eğitimi	10
2.6. Mobilizasyon Eğitiminin Ameliyat Sonrası Döneme Etkileri	11
2.7. Cerrahi Sonrası Mobilizasyonun Sağlanması Hemşirenin Rolü	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Şekli.....	15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.4. Katılımcıların Özellikleri	16
3.5. Mobilizasyon Protokolünün Geliştirilme Süreci	18
3.6. Eğitim Broşürünün Oluşturulması.....	18
3.7. Veri Toplama Araçları ve Araştırmada Kullanılan Formlar	19

3.7.1. Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale; VAS)	20
3.7.2. Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası (RASS)	20
3.7.3. Pedometer Programı	21
3.7.4 Altı Dakikalık Yürüme Testi	21
3.7.5. Veri Toplama Formu	21
3.7.5.1. Ameliyat Öncesi Döneme Ait Bilgi Formu	21
3.7.5.2. Ameliyat Sonrası Döneme Ait Bilgi Formu	21
3.8. Araştırmanın Uygulanması	22
3.8.1 Kontrol Grubuna Ait Verilerin Toplanması	22
3.8.2 Müdahale Grubuna Ait Verilerin Toplanması	23
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu ve İzin Alma Süreci	25
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
4. BULGULAR	27
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	28
4.2. Hastaların Mobilizasyon Sürecine İlişkin Bulgular	31
4.3. Hasta Bakım Sonuçlarına İlişkin Bulgular	33
5. TARTIŞMA	35
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	35
5.2. Hastaların Mobilizasyon Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması	36
5.3. Hasta Bakım Sonuçlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
6.1. Sonuçlar	45
6.1.1. Sonuçlar Doğrultusunda Hipotezlerin Sınanması	46
6.2. Öneriler	47
7. KAYNAKLAR	49
8. EKLER	
EK 1. “Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkmaya Yönelik Hasta Eğitim Broşürü”	
İçerik / Kapsam Geçerliği Çalışması	61
EK 2. Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkmaya Yönelik Hasta Eğitim Broşürü	62
EK 3. Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale; VAS)	68
EK 4. Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası (RASS)	69

EK 5. Veri toplama formu	70
EK 6. Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Onayı.....	73
EK 7. Etik kurul onayı	74
EK 8. Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu (TUEK) Kararı.....	75
EK 9. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu	76
9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ.....	79



SİMGELER VE KISALTMALAR

APR	Abdominoperineal Rezeksiyon
ASA	Amerikan Anestezistler Derneği (American Society of Anesthesiologists)
ARDS	Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (Acute respiratory distress syndrome)
ATP	Adenozin Trifosfat
ADH	Antidiüretik Hormon
DVT	Derin Ven Trombozu
ERAS	Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery)
FTS	Hızlandırılmış Cerrahi (Fast Track Surgery)
GAM	Göbek Altı Median
GÜM	Göbek Üstü Median
IASP	Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain)
IGF-1	İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü-1
IV	İntravenöz
LAR	Low Anterior Rezeksiyon
RASS	Ricmond Ajitasyon Sedasyon Skalası
TARD	Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. Virchow Triadı	8
Şekil 2.2. Araştırmanın Akış Şeması	24



TABLOLAR

Tablo 1.1.	İmmobilizasyonun Vücut Sistemleri Üzerindeki Olumsuz Etkisi	7
Tablo 4.1.1.	Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	28
Tablo 4.1.2.	Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	29
Tablo 4.1.3	Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Tıbbi Tanıları, Anestezi Süresi, Kesi Şekli, ve Kesi Uzunluğuna Göre Dağılımı.....	30
Tablo 4.2.1.	Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Mobilize Olma Durumları, Mobilizasyona Başlama Zamanları ve Mobilizasyon Hedefine Ulaşma Durumlarına Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.3.1.	Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Uyku Kalitesi, Memnuniyet Durumu, Gaz Çıkış Zamanı, Yoğun Bakımda ve Hastanede Kalma Sürelerine Göre Dağılımı	33

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Cerrahi girişimler günümüzde eskiye göre daha yaygın olarak yapılmakta, daha güvenilir ve etkin bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Mide, safra, karaciğer, dalak, pankreas, incebağırsak ve kalınbağırsakta ortaya çıkan hastalıklarda abdominal cerrahi uygulanmaktadır (1).

Abdominal cerrahi sırasında visseral peritonun kesilmesi nedeniyle sempatik sinir sistemi uyarılıp parasempatik sinir sistemi baskılanmaktadır. Bu nedenle gastrik motilite yavaşlamakta, buna bağlı olarak da mide boşalması gecikmekte, ince bağırsak ve kolon aktiviteleri baskılanarak bağırsak peristaltizmi azalmakta ya da tamamen durmaktadır (1,2,3). Ayrıca cerrahi sırasında uzun süreli sırt üstü yatış pozisyonunda, diyafragmanın hareketlerindeki azalmaya bağlı olarak, akciğer volümünde azalma görülmektedir. Akciğer volümünün azalması hava yollarında sekresyon birikimi, atelektazi ve pnömoniye neden olmaktadır (4). Cerrahi girişim büyük ya da küçük olsun, ameliyat sonrası tüm vücut sistemleri etkilendiği ve sorun gelişme riskinin her zaman var olduğu bilinmektedir (5).

Ameliyat sonrası iyileşmeyi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri erken ayağa kalkmadır (6,7). “Erken ayağa kalkma” ameliyat sonrası 6-8 saat aralığında yatak kenarında birkaç adım atma şeklinde gerçekleştirilen mobilizasyon olarak ifade edilmektedir (8).

Ameliyat sonrası erken mobilizasyon; solunum fonksiyonlarının iyileştirilmesi, kardiyovasküler sistem fonksiyonlarının desteklenmesi, immobilizasyona bağlı komplikasyonlarının önlenmesi, psikolojik olarak kendini iyi hissetme duygusunun geliştirilmesi amacıyla tedavide kullanılmaktadır (6,7,9). Ayrıca erken mobilizasyon uygulamasının hastanede kalış süresini kısalttığı gösterilmiştir (10–13).

Güncel yaklaşımlar, geleneksel yoğun bakım uygulamalarının aksine hastaların erken mobilizasyonunu desteklemektedir. Erken mobilizasyon,

Hızlandırılmış Cerrahi (Fast Track Surgery, FTS), ya da diğer adıyla Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery, ERAS) protokolünde kanıta dayalı uygulamalar arasında yer almaktadır (14,15). Erken mobilizasyon, ERAS Protokolü kavramının önemli bir unsuru olmakla birlikte standart bir izleme ve değerlendirme içermemektedir. Erken mobilizasyon uygulamasının kullanılmasını destekleyen kanıtların seviyesi çok düşük olmasına rağmen, ERAS kılavuzunda güçlü tavsiye derecesindedir. ERAS protokolüne göre, hastanın ameliyat günü iki saat, takip eden günlerde ise taburcu olana kadar günde altı saat yatak dışında kalması önerilmektedir (15).

Leditschke (2012) çalışmasında, yoğun bakım ünitelerinde erken mobilizasyon programı uygulamanın en etkili yönteminin henüz belirlenemediği ve multidisipliner ekip anlayışı ile mobilizasyon programlarına ihtiyaç duyulduğunu bildirmiştir (16). Erken ayağa kalkmanın homeostatik denge ve iyileşme üzerindeki etkilerine rağmen hasta cerrahi sonrası hareket etme konusunda bilgi eksikliği ile korku yaşayabilmekte ve bu aktiviteleri yapmada istekli olmayabilmektedir (17,18). Bu bağlamda yapılan çalışmalarda hastaların erken mobilizasyonun önemi konusunda bilgilendirilmesi ve cesaretlendirilmesi önerilmiştir (17–20).

Yolcu ve ark.'larının 2016 yılında yaptıkları çalışmada erken mobilizasyon sürecinin geciktirilmemesi için kliniklerde ekibin ortak görüşü ile hastanın geçirdiği ameliyatın niteliği, genel durumu ve yaşı göz önünde bulundurularak, erken mobilizasyona yönelik, kanıta dayalı veriler doğrultusunda belirli bir prosedür ve zamanlama programı oluşturulması önerilmiştir (20). Bu doğrultuda özellikle abdominal cerrahi geçiren hasta grubunda mobilizasyona başlama zamanı ve zamanlama programının nasıl yapılması gerektiğine ilişkin bir protokol çalışmasına literatürde rastlanmamıştır. Bu nedenle cerrahi sonrası mobilizasyonun ne zaman, ne sıklıkla ve ne kadar süreyle yapılması gerektiğine yönelik kanıta dayalı uygulamalara veri oluşturacak araştırmalara gereksinim olduğu değerlendirilmiştir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Major abdominal açık cerrahi geçiren hastalarda mobilizasyon protokolünün mobilizasyona başlama zamanına, mobilizasyonun sürdürülmesine ve hasta bakım sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesidir. Bu araştırmanın sonuçlarının, majör abdominal açık cerrahi geçiren hastalarda, mobilizasyonun etkin bir şekilde uygulanması için kanıt sağlayacağı düşünülmektedir.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

1.3.1. Mobilizasyon Başlama Zamanı

Ho: Mobilizasyon protokolünün, mobilizasyona başlama zamanına etkisi yoktur.

H1: Mobilizasyon protokolünün, mobilizasyona başlama zamanına etkisi vardır.

1.3.2. Mobilizasyonun Sürdürülmesi

Ho: Mobilizasyon protokolünün, ameliyat sonrası erken dönemde mobilizasyonun sürdürülmesine etkisi yoktur.

H1: Mobilizasyon protokolünün, ameliyat sonrası erken dönemde mobilizasyonun sürdürülmesine etkisi vardır.

1.3.3. Bakım Sonuçları

Ho: Mobilizasyon protokolünün hasta bakım sonuçlarına (uyku kalitesi, gaz çıkış zamanı, yoğun bakımda ve hastanede kalış süresi, memnuniyet durumu) etkisi yoktur.

H1: Mobilizasyon protokolünün hasta bakım sonuçlarına (uyku kalitesi, gaz çıkış zamanı, yoğun bakımda ve hastanede kalış süresi, memnuniyet durumu) etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HAREKET KAVRAMI

Hareket, kişinin kendisine bakabilmesi gibi amaçlı aktiviteleri bağımsız olarak yapabilme yeteneğidir. Fonksiyonel hareket ise yatakta hareket, transferler, mobilizasyon, tekerlekli sandalye ile hareket konularını içeren bir pozisyondan başka bir pozisyona hareket etme kabiliyetidir (21).

Hastalık nedeniyle ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik bozulmalar, hareket yeteneğinin tamamen ya da kısmen kaybedilmesine neden olabilir. Ayrıca organ kayıpları gibi nedenlerle bireylerin hareketleri kısıtlanabilir ya da hareket etmek için bir başkasının yardımına ihtiyaç duyabilirler. Cerrahi sonrası hareketlerin sınırlanması, insizyon yeri ve fiziksel güçsüzlükten kaynaklanacağı gibi dren, serum vb. araçların varlığı nedeniyle de olabilir. Hemşireler hareket etme gücünü kaybetmiş bireylere birincil olarak bakım veren sağlık profesyonelleridir. Bu bakım nasıl hareket edilmesi gerektiği ile başlar ve bireyin var olan sağlık durumu ile en üst seviyede hareket yeteneğini kazanması ile son bulur. Hasta hareket ettirilmeden önce bireyin hareket durumu, gereksinimleri (boşaltım vb.), sağlık durumunun (kan basıncı, solunum hızı gibi ölçümler) yanı sıra serum, dren, mesane kateteri varlığı kontrol edilmelidir. Katater bağlantıları güvenliğe alınmalı ve yardım edecek kişi sayısı değerlendirilmelidir (22).

2.2. MOBİLİZASYONUN ÖNEMİ VE AMAÇLARI

Yatarak tedavi gören hastalarda mobilizasyonun önemi 1940'lı yıllarda ortaya konulmuş ve zamanla yapılan çalışmalar sonucunda erken mobilizasyon ameliyat sonrası bakımın önemli bir parçası olmuştur (23). Köse 2018 yılında yaptığı çalışmada, mobilizasyonun yaşam bulgularının normal değer aralıklarında korunmasına yardım ettiği, kardiyak stabiliteyi sağladığı ve uygulanabilir olduğunu bildirmiştir (24).

Yoğun bakım hastalarının tedavisinde, mobilizasyonun amaçları aşağıda tanımlanmıştır:

- Akciğer hacminin arttırılması

- İmmobilizasyon ve yatak istirahatinin olumsuz etkilerinin azaltılması
- Vücutta normal sıvı dağılımının sürdürülmesi ve korunması için gerekli olan gravitasyonel uyarının sağlanması
- Kardiyovasküler sistemin geliştirilmesi
- Alveolar ventilasyon ve ventilasyon/perfüzyon oranının iyileştirilerek oksijenizasyonun optimize edilmesi
- Bilinç seviyesinin artırılması
- Mukosiliar temizliğin artırılması
- Fonksiyonel bağımsızlığın artırılması
- Psikolojik olarak kendini iyi hissetme duygusunun geliştirilmesi
- İş kapasitesinin artırılması (25–30).

2.3 MOBİLİZASYON YÖNTEMLERİ

Yoğun bakım tedavisi standartlaşmış ülkelerde, tedavi hizmetlerinin önemli bir parçası olan mobilizasyon birçok farklı aktiviteyi kapsamaktadır. Mobilizasyon yöntemleri, aşağıda yer alan fonksiyonel aktivitelerden oluşmaktadır:

1. Yatak içi egzersizler (pasif, aktif-yardımlı ve aktif eklem hareketleri)
2. Yatak içinde pozisyonlama (dik oturma pozisyonu ve sağa-sola yan yatış vb)
3. Sırtüstü yatış pozisyonundan oturma pozisyonuna gelme
4. Yatak kenarında oturma
5. Oturma pozisyonundan ayağa kalkma
6. Yatak kenarında oturma pozisyonundan ayağa kalkma ve sandalyeye geçme
7. Yürüme (25–27,31,32).

2.4. İMMOBİLİZASYONUN VÜCUT SİSTEMLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

İmmobilizasyon, vücut sistemleri üzerinde çok ciddi olumsuz fizyolojik etkilere yol açabilen önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (33,34). Cerrahi yoğun bakım hastaları, ameliyat esnasında sedatif ilaçlarla immobilize edildiklerinden, ameliyat sonrası dönemde tedavi sırasında tam bir yatak istirahati zorunlu olduğundan, immobilizasyonun olumsuz etkileri açısından yüksek risk taşıyan hasta grubu olarak sınıflandırılmaktadır (25,26,33). Cerrahi yoğun bakım

hastalarının tedavisinde iyileşmeyi geciktirebilecek olumsuz etkilerin önlenmesi çok önemlidir.

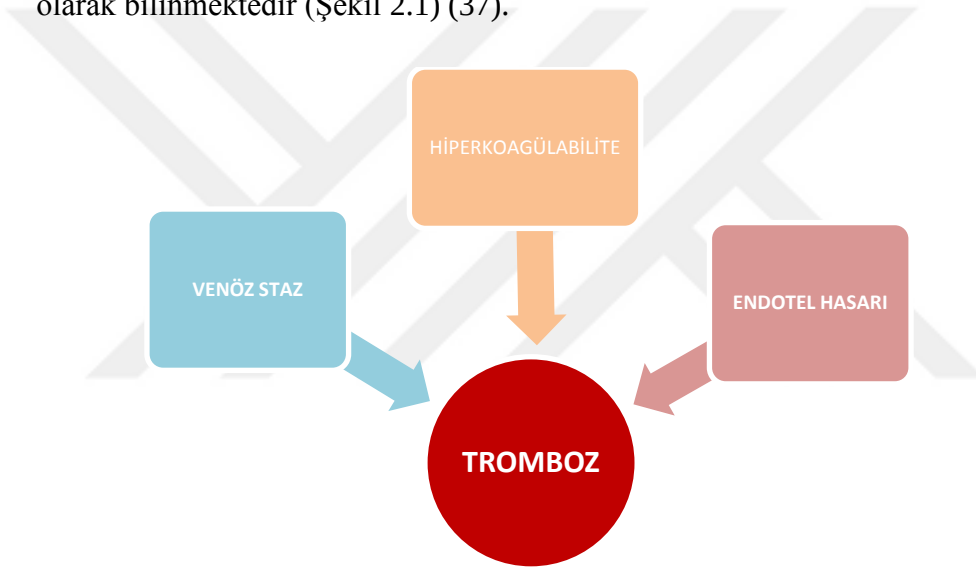
İmmobilizasyonun vücut sistemleri üzerindeki etkileri Tablo 1.1’ de görülmektedir (26,35).

Tablo 1.1 İMMOBİLİZASYONUN VÜCUT SİSTEMLERİ ÜZERİNDEKİ OLUMSUZ ETKİSİ	
Sistem	Olumsuz Etkiler
Kardiyovasküler	Hipovolemi
	Kardiyak outputta azalma
	Atım volümünde azalma
	Ortostatik hipotansiyon
	Karotid baroreseptör yanıtında değişme
	Derin ven trombozu
Solunum	Atelektazi
	Pnömoni
	Pulmoner emboli
Kas-İskelet	Kas atrofisi
	Kas kuvvetinde azalma
	Esneklikte azalma
	Kemik mineral kaybı
	Eklem kontraktürler
Metabolik	Kalsiyum, potasyum, sülfür kaybı
Endokrin	Hiperglisemi
	İnsülin direnci
Sinir	Kompresyon nöropatileri
Genitoüriner	Üriner staz
	Renal taş oluşumu
Gastrointestinal	Konstipasyon
	İleus
Deri	Basınç yaralanması
Psikolojik	Depresyon
	Anksiyete
	İrritabilite

2.4.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Uzun süreli yatış pozisyonuna bağlı olarak plazma volümü ve kardiyak output azalmaktadır. Plazma volümünün azalması ve karotid baroreseptör yanıtının değişmesi ile ortostatik hipotansiyon meydana gelebilmektedir (35,36).

İmmobilizasyonun kardiyovasküler sistem üzerindeki etkilerinden biri de derin ven trombozu (DVT)'dir. Alt ekstremitte kas kontraksiyonlarının azalması DVT gelişiminde bir risk faktörüdür DVT gelişiminde rol oynayan patogenetik mekanizmalar: venöz kan akımında yavaşlama (venöz staz), damar duvarında hasar (endotel hasarı) ve hiperkoagülabilitedir. Bu mekanizma Virchow triadı (üçlüsü) olarak bilinmektedir (Şekil 2.1) (37).



Şekil 2.1 Virchow Triadı

DVT profilaksisinde yer alan fiziksel yöntemlerden biri mobilizasyondur (25,27,34,38).

2.4.2 Solunum Sistemi Değişiklikleri

Sırtüstü yatış pozisyonunda, diyafragmanın hareketlerindeki azalmaya bağlı olarak, akciğer volümünde azalma olduğu gösterilmiştir. Total akciğer volümünün azalmasının, alt hava yollarında sekresyon birikimi, atelektazi ve pnömoniye hazırlayıcı bir faktör olduğu bildirilmiştir (34,35). Timmerman, optimal gaz değişimi için önerilen pozisyonun dik bir şekilde duruş olduğunu bildirmiştir (35).

2.4.3 Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

İmmobilizasyon hem ekstremitte kaslarında, hem de diyafram kaslarında güçsüzlüğe neden olmaktadır (39). İmmobilitenin; kas kuvvetinde günde % 1-1.5, kas kütleinde ise %1.5'dan fazla oranda azalmaya neden olduğu bildirilmiştir. Kemikler üzerindeki kuvvetlerin kaybı kemikte mineral kaybına ve üriner sistemde taş oluşumuna yol açmaktadır (27,33).

Yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'nde uzun süre yatan hastaların ise büyük kısmında fiziksel inaktivite nedeniyle iskelet kasları daha az kullanılmakta ve mekanik yüklenme çok azalmaktadır. Mekanik yüklenmenin olmadığı iskelet kaslarında protein yapım ve yıkımı arasındaki dengesizlik nedeniyle net protein miktarında kayıp olur ve hızla atrofi gelişir. Sonuçta mekanik yüklenmenin olmaması protein yapımını azaltır. Bunu IGF-1 ve mTOR düzenleyicilerinin görevlerinde değişikliklere neden olarak translasyon aşamasında yapar. Mekanik yüklenmenin uzun süreli yokluğunda kas protein yıkımı da uyarılır. Proteoliz, kalsiyum-bağımlı, ATP-bağımlı ve lizozom sistemleri aracılığıyla oluşur. Apoptoz (programlı hücre ölümü), mekanik yüklenme olmaması durumunda atrofiye katkıda bulunan diğer bir mekanizmadır. Çok çekirdekli kas liflerinde bazı miyonükleuslar apoptotik yollarla kayba uğramakta ve çekirdek/lif hacim oranının sabit tutulması için bazı lifler atrofiye olmaktadır. Kasta artan oksidatif stres de mekanik yüklenmenin olmadığı durumda atrofi için önemli bir uyarıcıdır (40).

2.4.4 Metabolik ve Endokrin Sistem Değişikleri

Vücut yatak istirahati ve immobilizasyona yanıt olarak metabolik ve endokrin sisteme ilişkin değişimler gösterir. İmmobilizasyon sırasında, her ay vücut kalsiyumunun %0,5'i kaybedilmektedir. Kalsiyum ile paralel olarak fosfor kaybı da olmaktadır. Artan kalsiyum ve fosfor kaybının ürolitiazis ve hiperkalsiüriye neden olduğu gösterilmiştir. İdrar yoluyla azot atılımına paralel olarak kas kütlesi kaybı meydana gelir. İmmobilizasyona bağlı olarak sülfür, potasyum, çinko, sodyum dengesi değişir (27).

İmmobilizasyon karbonhidrat mekanizmasını da olumsuz etkiler. İmmobilizasyonun iki haftası içinde, dolaşımdaki insüline periferel duyarlılığın %50 azalarak hipergliseminin meydana geldiği bilinmektedir (25,33,34).

2.4.5 Sinir Sistemi Değişikleri

Uzun süreli immobil hastalar kompresyon nöropatileri gelişimi için risk altındadır (34). Yoğun bakım hastalarında sık görülen kompresyon nöropatilerinden ikisi ulnar ve peroneal sinirde görülen kompresyon nöropatileridir. Ulnar sinir tutulumu olan hastada duyusal bozukluklar görülebilir. Peroneal sinir tutulumunda ise ayak bileğinde zayıflık ve bacakta uyuşukluk görülebilmektedir (27,34).

2.4.6 Gastrointestinal Sistem Değişikleri

İmmobilizasyon gastrointestinal sistemi de etkiler. Dikey pozisyonda, sırtüstü pozisyona göre yiyeceklerin yemek borusundan geçiş süresi %66 daha hızlıdır. İmmobilizasyona bağlı olarak, peristaltizm ve motilitenin azalması, emilim hızının yavaşlaması ve konstipasyon söz konusudur. Yatak istirahatının ayrıca iştahsızlığa neden olduğu bilinmektedir (33,34).

2.4.7 Deri Değişiklikleri

İmmobilizasyon nedeniyle uzun süre basınca maruz kalan dokuda kan akımı azalır ve buna bağlı olarak, basınç yarası oluşmaktadır (25,33). Basınç yaralanmaları, vücudun özellikle kemik çıkıntılarının bulunduğu bölgede uzun süreli basınçlara bağlı olarak o bölgede dolaşımın bozulması sonucu ortaya çıkabilmektedir. Hastane içinde basınç yarası insidansı %10-23 iken yoğun bakım ünitelerinde bu oran %56'dır (41). Bu nedenle basınç yaralanması gelişimini etkileyen en önemli etkenlerden biri olan immobilizasyon engellenmelidir.

2.5 MOBİLİZASYON EĞİTİMİ

Hasta eğitimi; hasta bireyi komplikasyonlardan, hastalığa eklenebilecek diğer sağlık sorunlarından korumayı, var olan/olası sağlık sorunlarını gidererek bireyin sağlığını ve hastalığını en üst düzeyde yönetmesini sağlayan eğitimidir (42). Profesyonel hemşirenin eğitici rolü kapsamında yer alan hasta eğitimi, bireylere

bilgi, beceri, tutum, davranış ve alışkanlık kazandırmayı amaçlamaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hasta öğretiminin en önemli bölümü hastaya ameliyat sonrası dönemde uygulaması gereken egzersizlerin öğretimidir. Ameliyat sonrası dönemde uygulanacak eğitim, hastanın durumuna ve yapılacak ameliyata göre farklılık gösterse de, ameliyat öncesi tüm hastalara; derin solunum egzersizleri öğretilmeli, mobilizasyon eğitimi verilmelidir (42,43).

Ameliyat öncesi dönemde mobilizasyon eğitimi kapsamında hastaya mobilizasyonun yararları, potansiyel riskleri ve mobilizasyonun nasıl yapılacağı konusunda eğitim verilmelidir. Ayrıca mobilizasyon sırasında oluşan bulguları, kendisine eşlik eden hemşireye bildirmesi ve tedaviye katılması konularında açıklama yapılmalıdır (44,45).

2.6. MOBİLİZASYON EĞİTİMİNİN AMELİYAT SONRASI DÖNEME ETKİLERİ

Hasta eğitimi hasta bakım sonuçlarına pozitif katkı sağlayan en önemli hemşirelik girişimlerinden biridir. Ameliyat öncesi dönemde başlayan hasta eğitim sürecinin taburculuğa kadar sürekli olarak devam etmesi gerekmektedir (46,47,48). Hasta eğitiminde en önemli konulardan biri erken mobilizasyon kavramıdır. Burada önemli olan nokta hastanın sadece pasif olarak bilgilendirilmesi değil, tüm süreçte hastanın aktif olarak yükleneceği rolün anlatılmasıdır. Ameliyat sonrası uygulanacak egzersizler ve işlemler konusunda hasta ve ailesine yapılan açıklamalar, olumlu ilişkileri beraberinde getirebilir, hastanın bilmediği ve endişelenmesine neden olabilecek işlemlere uyumunu ve katılımını artırabilir (49).

Yılmaz'ın 2002 yılında batın ameliyatı geçiren hastalarla yaptığı, ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası komplikasyonlara etkisi ve hasta memnuniyetini incelediği çalışmada, deney grubunda komplikasyon gelişme oranı %25.0, kontrol grubunda bu oran %52.5 olarak belirlenmiştir. Ayrıca deney grubunda hastanede kalma süresi 6.7 gün iken, kontrol grubunda bu süre 8.9 gün olduğu bildirilmiştir. Çalışmada, erken ayağa kalkmanın, hastalar üzerinde günlük yaşam aktivitelerine daha erken başlamalarını sağlama ve psikolojik olarak iyi olma duygusunu arttırma

gibi olumlu etkileri sayesinde ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskini azaltılabildiği belirtilmektedir (50).

Heye ve arkadaşlarının 2002 yılında histerektomi ameliyatı olan hastalarla yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi dönemde yapılan müdahalenin mobilizasyon üzerinde belirgin etkilerinin olduğu bildirilmektedir. Video yardımıyla eğitim verilen müdahale grubunun, mobilizasyon gözlem puanlarının daha yüksek olduğu ve daha kısa sürede taburcu olmaya hazır olduğu belirlenmiştir (51).

Ayoğlu'nun 2011 yılında genel cerrahi kliniğinde ameliyat olan hastalarda yaptığı, cerrahi girişim öncesi verilen planlı eğitimin, hastaların öz-etkinlik algısına ve cerrahi girişim sonrası iyileşme sürecine etkisini incelediği çalışmada, eğitim verilen grupta, cerrahi girişim sonrası ilk beslenmeye geçme zamanı ve hastanede yattığı gün sayısının daha kısa olduğu belirlenmiştir. Yine eğitim verilen gruptaki hastaların, ameliyat sonrası 1. ve 2. gün ilk hareketliliklerinde, gözlemci hareketlilik ölçek puan ortalamasının kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük (hareketlilikte daha bağımsız) olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında, ameliyat sonrası 1. ve 2.gün deney grubu hastalarının hasta hareketlilik ölçek puan ortalamasının da kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük (hareketlilikte daha az ağrı ve güçlük) olduğu saptanmıştır (52).

Yolcu ve arkadaşlarının 2016 yılında cerrahi kliniklerinde ameliyat olan hastalarla yaptıkları çalışmada, yaş artışıyla beraber hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon ile ilgili güçlüklerin arttığı, eğitim düzeyindeki düşüşe paralel olarak hastaların ameliyat sonrası hareket etmeleri konusunda daha fazla teşvik edilmesi gerektiği saptanmıştır. Bununla birlikte erken mobilizasyon sürecinin geciktirilmemesi için kliniklerde, hastanın geçirdiği ameliyatın niteliği, genel durumu ve yaşı göz önünde bulundurularak belirli bir prosedür ve zamanlama programı oluşturulması gerektiği bildirilmiştir (20).

2.7. CERRAHİ SONRASI MOBİLİZASYONUN SAĞLAMASINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Ameliyat sonrası dönem, ameliyattan hemen sonra başlar ve hasta normal fonksiyonlarına kavuşuncaya kadar devam eden bir süreçtir. Bu dönemde bakımın

amacı; homeostatik dengenin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve normal yaşama geri dönüşün sağlanmasında hastaya yardımcı olmak ve desteklemektir (49).

Ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların önlenmesi ve hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesinde erken mobilizasyonun sağlanması önemli bir yere sahiptir. Hastalar hemşireler tarafından desteklenerek erken ayağa kaldırılmalıdır (53,54).

Ülkemizde 08.03.2010 yılında yayınlanan 27515 sayılı hemşirelik yönetmeliğinde fizyolojik temel gereksinimlere yönelik girişimler başlığı altında hastanın ayağa kaldırılması ve hareket toleransını değerlendirme bağımsız hemşirelik girişimleri arasında yer almaktadır (55). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaya mobilizasyon eğitimi vermek, ameliyat sonrası mümkün olduğunca en kısa zamanda ayağa kalkmasını sağlamak, dolayısıyla hareketsizlik ile ilgili komplikasyonları önlenmek, homeostatik dengeyi sürdürmek ve iyileşmeyi hızlandırmak hemşirelik bakımının öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır (56).

Ameliyat sonrası dönemde erken ayağa kaldırmada hedefler; dolaşımı artırmak, venöz stazı engellemek, üst düzeyde solunum ve eliminasyon fonksiyonlarını sağlamak ve eklem rijiditesini önlemektir (49). Ameliyat sonrası erken dönemde mobilizasyon; solunumu düzenler ve akciğerlerde sekresyon birikimini azaltır (57). Aynı zamanda peristaltizmi hızlandırarak, abdominal duvar tonüsü ve gastrointestinal sistem fonksiyonlarını artırarak ameliyat sonrası abdominal distansiyonu azaltır, ekstremitelerde dolaşımı hızlandırarak venöz dönüşü hızlandırdığı için bu hastalarda tromboflebit ve flebotromboz daha az görülür (58). Psikolojik olarak kendini iyi hissetme duygusunu ve uyku kalitesini artırır. Hastanın ağrı kontrolüne destek olur, hastanede kalış süresi kısalır ve bakım maliyeti azalır. Erken mobilizasyonun birçok yararına rağmen bazı hastaların mobilizasyonu ameliyat insizyonunun açılma korkusu, ağrı, var olan IV kataterler, drenler nedeniyle gecikmektedir. Hastanın bu konuda cesaretlendirilmesi gerekmektedir (59,60).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma tek merkezli randomize olmayan kontrollü klinik bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi (GEAH), Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde, Mayıs-Eylül 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi dördü Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakımına bağlı, altısı genel cerrahinin ameliyat sonrası hastaları için olmak üzere 10 yatak kapasiteli bir ünedir. Bu ünite 10 Öğretim üyesi, 9 uzman hekim, 17 hemşire, 9 uzmanlık öğrencisi ve 1 diyetisyen görev yapmaktadır. Hemşirelik hizmetleri 08-16, 16-08 olmak üzere iki shift olarak yürütülmektedir. Yoğun bakım ünitesinde hemşire başına ortalama iki hasta düşmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde Mayıs-Eylül 2019 tarihleri arasında majör abdominal açık cerrahi geçirmesi planlanan hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklemi ise bu tarihler arasında majör abdominal açık cerrahi geçiren ve araştırmaya dahil olma kriterlerini kapsayan hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve aydınlatılmış onam formunu imzalayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü; G-Power 3.1.9.2 programı ile hesaplanmıştır. İki grup arasında 0,8'lik bir fark olacağı öngörülerek, 0,05 tip I hata, 0,80 güç ile kontrol ve müdahale gruplarına en az 21'er hasta dahil edilmesi planlanmıştır. Çalışmada majör abdominal cerrahi kabul edilme kriterleri literatür doğrultusunda belirlenmiştir (61,62,63). Aşağıdaki kriterlere sahip olan açık cerrahi geçiren bireyler, majör abdominal cerrahi olarak kabul edilmiştir;

- Cerrahi işlemin 2 saatten uzun sürmesi beklenen
- En az bir gece yoğun bakım takibi gerektiren
- Ameliyat sırasında 500 ml'den fazla kan kaybı olması beklenen
- Ameliyat sırasında açık cerrahi teknikle, gastrointestinal sistem organlarından en az birine rezeksiyon uygulanan (total-subtotal gastrektomiler, total-subtotal özofajektomiler, kolorektal rezeksiyonlar, karaciğerin parankimal rezeksiyonları) ve rezeksiyon yapılan organa anastomoz yapılması ya da stoma açılması beklenen cerrahiler majör abdominal açık cerrahiler olarak tanımlanmıştır.

Araştırmada majör abdominal açık cerrahi uygulanan hastalarla çalışma nedenleri;

- Genel cerrahi yoğun bakım ünitesinde ameliyat sonrası dönemde en sık takip edilen hasta grubunun; kolon, rektum, mide, pankreas ve karaciğer parankim tümörleri için uygulanan majör abdominal cerrahi geçiren hastalardan oluşması
- Majör abdominal açık cerrahi uygulanan hastalarda anestezi dozu ve süresinin daha fazla olması nedeniyle, etkilenen mide ve bağırsakların eski çalışma düzenine geçişinin uzaması
- Majör abdominal açık cerrahi geçiren hastaların laparoskopik cerrahiye göre daha büyük bir insizyon hattının olması, daha fazla ağrı yaşaması hastanın anksiyete seviyesinin artması
- Cerrahi sonrasında kullanılan beslenme tüpleri, santral ve periferik damar yolu hatları, batın bölgesinde yer alan drenlerin hastalar tarafından mobilizasyona engel olarak düşünülmesidir.

3.4. KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya dahil olma ve olmama kriterleri göz önünde bulundurularak hastalar örnekleme alınmıştır.

Hastaların araştırmaya dahil olma kriterleri:

- Major abdominal açık cerrahi geçirecek olmak
- Amerikan Anestezistler Derneği (ASA) skoru <IV olmak
- 18 yaş üstü olmak

- İletişime engel durumu olmamak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Hastaların araştırmaya dahil olmama kriterleri:

- Mobilizasyonu kısıtlayabilecek tanısı olmak (gonartroz, eklem romatizması, bacakta platin varlığı)
- ASA IV-V ve VI olmak
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı olmak

Araştırma dışı bırakılma kriterleri:

- Ameliyat sonrası dönemde entübe olmak
- Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmiş olması (kanama, ARDS, aritmi vs)
- Ameliyat sonrası dönemde inotropik destek alıyor olmak
- Araştırmaya katılmaktan vazgeçmek

ASA (American Society of Anesthesiologists) Sınıflandırması:

Ameliyat öncesi hastanın sınıflandırıldığı ve bu sınıflandırmaya göre anestezi yaklaşımının belirlenmesinin yararlı olduğu kabul edilen bir değerlendirme sistemidir

ASA1. Normal, sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi patoloji dışında bir hastalık veya sistemik sorunu olmayan sağlıklı bir kişi.

ASA 2. Cerrahi girişim gerektiren nedene veya başka bir hastalığa (hafif derecede anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, amfizem, şişmanlık, diyabet gibi) bağlı hafif bir sistemik bozukluğu olan kişi.

ASA 3. Aktivitesini sınırlayan, ancak güçsüz bırakmayan hastalığı (hipovolemi, latent kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, ileri diyabet, sınırlı akciğer fonksiyonu gibi) olan kişi.

ASA 4. Gücünü tamamen yitirmesine neden olup hayatına sürekli bir tehdit oluşturan bir hastalığı (şok, dekompanse kalp veya solunum sistemi hastalığı, böbrek, karaciğer yetmezliği gibi) olan kişi.

ASA 5. Ameliyat olsa da olmasa da 24 saatten fazla yaşaması beklenmeyen, son ümit olarak cerrahi girişim yapılan ölüm halindeki kişi.

ASA 6. Yukarıdaki 5 gruba daha sonra bu grup eklenmiştir. Bu gruba da organ alınmaya uygun, beyin ölümü gelişmiş hastalar girmektedir. Acil cerrahi girişim gerektiğinde hastanın sınıflama numarasından sonra “E” harfi eklenmektedir. ASA IE gibi.

3.5. MOBİLİZASYON PROTOKOLÜNÜN GELİŞTİRİLME SÜRECİ

Erken mobilizasyon protokolü, major abdominal açık cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası erken dönemde mobilizasyon sürecinin yönetiminde kullanılması amacı ile oluşturulmuştur. Mobilizasyon sürecinin planlanması için güncel rehberlerden, konu ile ilgili yapılan çalışmalardan yararlanılmıştır (8,64,65). Eras protokolünde ameliyat sonrası 0. gün hastanın iki saat yatak dışında kalması önerilmektedir (64). Eras protokolünün önerisi doğrultusunda ameliyat sonrası 0. gün iki saat yatak dışında geçirilmesi gereken süre, hastanın her mobilizasyon uygulamasında bir önceki mobilizasyon uygulamasına göre daha fazla yatak dışında kalması öngörülerek 15, 25, 35, 45 dk’lık periyotlara bölünmüş ve hastanın 4 kez mobilize olması planlanmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan protokolün anlaşılabilirliği ve süreç yönetimi hakkında hemşirelik alanında yedi öğretim üyesi ve tıp alanında bir uzman hekimden görüş alınmıştır. Bu doğrultuda mobilizasyon protokolüne son şekli verilmiştir. Eğitim broşüründe iki saatlik bu sürecin yönetimine ait protokole “ameliyat günü yatak dışında geçirilecek süre tablosu” başlığı altında yer verilmiştir (Bkz. EK 2).

3.6. EĞİTİM BROŞÜRÜNÜN OLUŞTURULMASI

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (8,64,65) “Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkmaya Yönelik Hasta Eğitim Broşürü” (Bkz. EK 2) hazırlanmıştır. Eğitim broşürü üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ameliyat sonrası erken hareket etmenin önemine yönelik bilgiye yer verilmiştir. İkinci bölümde kademeli pozisyon değişimi ile mobilizasyon uygulama aşamaları uygun fotoğraflar ile gösterilmiştir. Üçüncü bölümde ise mobilizasyon süreç yönetimine ait tablo yer almaktadır. Broşürde mobilizasyon uygulama aşamalarının anlatımında kullanılan fotoğraflar araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Mobilizasyon protokolünü içeren hasta eğitim broşürünün, anlaşılabilirlik ve içerik açısından değerlendirilmesi için uzman görüşü alınmıştır. Değerlendirme için bir genel cerrahi uzmanı, yedi öğretim üyesini olmak üzere sekiz kişi ile görüşülmüştür. Mobilizasyon zamanlama süreci, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde mobilizasyon eğitimini içeren hasta eğitim broşürünün uzmanlar tarafından değerlendirilmesi için 22 maddelik bir form kullanılmıştır (Bkz EK 1). Eğitim broşürünün uzman görüşü değerlendirmesi için oluşturulan 22 maddelik formun kapsam geçerliliği için, Davis (1992) tarafından geliştirilen teknik kullanılmıştır (66) David (1992) tekniği, kapsam geçerliliği konusunda kullanılan en yaygın tekniklerden biridir. Bu teknikte uzman görüşlerini (a) “Uygun”, (b) “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve (d) “Madde uygun değil” şeklinde derecelendirilmiştir. Madde değerlendirmesine (a) ve (b) seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısı" toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi” hesaplanmaktadır (66,67). Kapsam geçerlilik indeksinde 0.80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir. Davis tekniğinde kapsam geçerlilik indeksi 0.80’den büyük çıkan maddelerin uygun olduğu, 0.80’den küçük çıkan maddelerin eğitim broşüründen çıkarılması ya da değiştirilmesi gerekmektedir.

Bu doğrultuda incelenen eğitim broşürünün kapsam geçerlilik indeksi 0,90 olarak bulunmuştur (Bkz. EK 1). David (1992) tekniği ile hesaplanan kapsam geçerliliği sonucunda yapılan önerilerle birlikte ilgili maddelere düzenlemeler yapılarak eğitim broşürüne son şekli verilmiştir (Bkz. EK 2).

Eğitim broşürünün hazırlıkları tamamlandıktan sonra, broşürün anlaşılabilirliği için toplam 10 hastaya okutularak son kez değerlendirilmiş ve sonrasında bastırılmıştır.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE ARAŞTIRMADA KULLANILAN FORMLAR

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür incelemesi sonucu belirlenen aşağıdaki formlar kullanılmıştır.

- Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale; VAS) (Bkz EK 3).
- Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası (RASS) (Bkz EK 4).
- Pedometer Programı
- Altı Dakikalık Yürüme Testi
- Veri Toplama Formu (Bkz EK 5).

3.7.1. Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale; VAS)

VAS, sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılan geçerli, güvenilir ve kullanılabilir bir ölçme aracı olarak kabul edilir. VAS; yatay ve dikey kullanılabilen, 100 mm uzunluğunda düz bir çizgiden oluşmaktadır. Bu çalışmada memnuniyet durumu ve uyku kalitesini değerlendirmek için yatay olarak olarak hazırlanan 0-10 arasında skorlamanın yapıldığı Görsel Analog Skala (VAS) kullanılmıştır. Hastalar mobilizasyon sürecinin yönetiminde memnuniyetlerini ve uyku kalite puanlarını bu çizgi üzerinde değerlendirir. 0 noktası başlangıç noktası olup olumsuz geri bildirimi gösterirken giderek artan değerler olumlu sonucu göstermektedir. VAS birçok çalışmada ağrı, memnuniyet düzeyi, konfor durumlarını değerlendirmek için kullanılmıştır (68–70). Bu çalışmada hastaların uyku kalitesi ve memnuniyet düzeyleri VAS ile değerlendirilmiştir.

3.7.2. Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası (RASS)

Ricmond Ajitasyon Sedasyon Skalası hastaların sedasyon hallerini ve ajitasyon durumlarını belirlemek amacıyla Cook ve Palma (1989) tarafından geliştirilen, Sessler (2002) tarafından tanıtılan, yoğun bakım çalışanları tarafından en sık kullanılan on düzeylik bir skaldır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Sılay ve Akyol (2018) tarafından yapılmıştır (71). Ölçekte “0” puan ideal düzeyi gösterirken “+4”e kadar olan değerler giderek artan ajitasyonu ve “-5”e kadar olan değerler ise giderek artan sedasyon düzeyini yansıtmaktadır. Pozitif RAAS skorları ajite hastayı, negatif RASS skorları sedatize ve komadaki hastaları ifade etmektedir (72,73). Bu çalışmada mobilizasyon uygulamasını gerçekleştirebilmek için hastaların RAAS skorunun 0 olması kriter olarak belirlenmiştir.

3.7.3. Pedometer Programı

Pedometer programları belirli bir zamanda atılan adım sayısı, yürüme mesafesi gibi özelliklerin kaydedilebildiği kullanımı kolay mobil uygulamalardır. Pedometer uygulaması telefona indirilir, cepte veya çantada taşınarak adım sayısı, yürüme mesafesi kaydedilir. Bu çalışmada Geliştirici: ITO Technologies Inc, kategori: sağlık ve fitness, sürüm 1.1.10 olan pedometer programı kullanılmıştır.

3.7.4. Altı Dakikalık Yürüme Testi

1960'lı yıllarda Balka tarafından, sağlıklı bireylerde fonksiyonel kapasiteyi belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (74). Altı dakikalık yürüme testi önce 12 dakikalık yürüme testi olarak geliştirilmiş daha sonra altı dakikalık forma dönüştürülmüştür. Altı dakikalık yürüme testi hastaların ameliyat öncesi dönemde fonksiyonel kapasitelerini değerlendirmek için kullanılmıştır.

3.7.5. Veri Toplama Formu

Veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür (5,23,75) doğrultusunda geliştirilen veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Bu bölümde yer alan bilgiler aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

3.7.5.1. Ameliyat Öncesi Döneme Ait Bilgi Formu

Hastaya ilişkin sosyodemografik bilgilerin, kronik hastalık varlığı, tıbbi tanı, ASA skoru ve altı dakikalık yürüme testinde yürüdüğü mesafenin yazılacağı bölüm yer almaktadır.

3.7.5.2. Ameliyat Sonrası Döneme Ait Bilgi Formu

Ameliyat sonrası 0.gün

Ameliyat tarihi, anestezi süresi, ameliyattan çıkış saati, kesi şekli ve uzunluğuna ilişkin bilgiler yer almaktadır. Ayrıca hastaların mobilizasyon başlama zamanı, RASS skoru, vital bulguları, mobilizasyon sırasında yatak dışında geçirdiği süre ve atılan adım sayısı, belirlenen hedefe ulaşıp ulaşılamadığı, ulaşılamadıysa nedeni ve ameliyat sonrası 0. gün 24 saatte atılan toplam adım sayısını içermektedir.

Ameliyat sonrası 1.gün

Hastanın mobilizasyon eğitimi ve sürecine ilişkin memnuniyet puanı ve ameliyat sonrası dönemde ilk gece uyku kalitesi, gaz çıkışı olduysa gaz çıkış zamanı ve yoğun bakımda kalma süresinin yazılacağı bölüm yer almaktadır.

Ameliyat sonrası takip eden dönem

Hastanın ameliyat sonrası süreçte takibine devam edilerek gaz çıkış zamanı, yoğun bakımda ve hastanede kalma sürelerinin yazılacağı bölüm yer almaktadır.

3.8. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırma ile ilgili etik kurul ve gerekli izinler alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Çalışma tek bir klinikte uygulandığı için çalışmaya katılan hastaların ve gruplar arası olası farkın etkilenmesini önlemek için bu araştırmada randomizasyon yapılamamıştır. Araştırmada önce kontrol grubuna ait veriler daha sonra müdahale grubuna ait veriler toplanmıştır (Şekil 2.2). Araştırma randomize olmayan klinik çalışmalarda kullanılan TREND (Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs) raporuna uygun olarak yürütülmüştür (76).

3.8.1. Kontrol Grubuna Ait Verilerin Toplanması

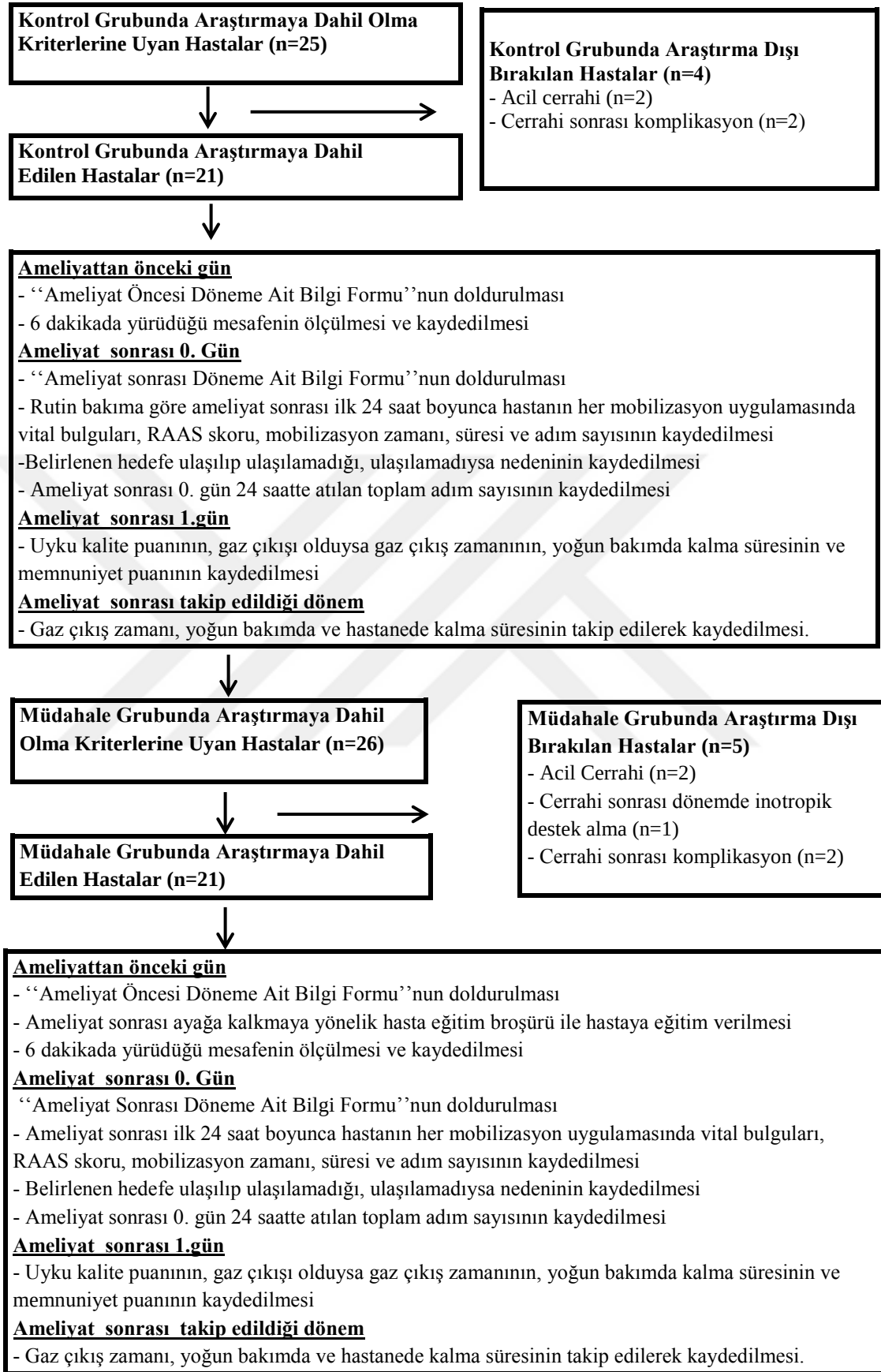
Major abdominal açık cerrahi geçirmesi planlanan ve araştırma kriterlerine uyan hastalar ameliyattan bir gün önce araştırmacı tarafından odalarında ziyaret edilmiş, araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Hastaların araştırmanın örnekleme alınabilmeleri için yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama formundaki “ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası döneme ait bilgi formları” sırasıyla araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Pedometer uygulamasının yüklendiği telefon hastanın cebine konularak ameliyat öncesi dönemde altı dakikada yürüdüğü mesafe ölçülmüş ve kaydedilmiştir. Altı dakikalık yürüme testi uygulanmadan önce hastanın dinlenmiş olmasına dikkat edilmiştir. Hastaya kendini kötü hissetmesi durumunda testi sonlandırabileceği söylenmiştir. Altı dakikalık yürüme testi ortalama on dakika sürmüştür. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde rutin bakıma göre takip edilen kontrol grubu hastaların mobilizasyonu için yapılandırılmış bir eğitim programı bulunmamaktadır. Ameliyat sonrası dönemde kontrol grubu hastaların mobilizasyon

uygulaması hemşireleri tarafından planlanarak yaptırılmış, verileri araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Uyandırma/anestezi sonrası bakım ünitesi (ASBÜ)’den ayrıldıktan sonraki 24 saat içinde her mobilizasyon için mobilizasyona başlama saati, vital bulguları, RASS skoru, atılan adım sayısı, yatak dışında geçirilen süre kaydedilmiştir. Ayrıca hastaların ERAS protokolünün önerisi doğrultusunda belirlenen mobilizasyon hedeflerine ulaşp ulaşmadığı, ulaşılamadıysa nedeni kaydedilmiştir. Atılan adım sayısı ve yatak dışında geçirilen süre pedometer programının yüklü olduğu telefon hastanın cebine konularak hesaplanmış ve kayıt altına alınmıştır. Ameliyat sonrası 0. gün en son olarak 24 saatte toplam atılan adım sayısı kaydedilmiştir. Ameliyat sonrası 1. gün ve takip eden süreçte hastanın ilk gece uyku kalitesi ve mobilizasyon uygulamasıyla ilgili memnuniyet düzeyi “VAS” ile değerlendirilmiştir. Ayrıca hastanın gaz çıkış zamanı, yoğun bakımda ve hastanede kalma süresi kaydedilmiştir. Bu şekilde Mayıs-Temmuz 2019 tarihleri arasında araştırma kriterlerine uyan 21 hastanın verileri prospektif olarak toplanmıştır.

3.8.2 Müdahale Grubuna Ait Verilerin Toplanması

Major abdominal açık cerrahi geçirmesi planlanan ve araştırmanın kriterlerine uyan hastalar kontrol grubunda olduğu gibi ameliyattan bir gün önce araştırmacı tarafından odalarında ziyaret edilmiş, araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Hastaların araştırmanın örnekleme alınabilmeleri için yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Ameliyat öncesi dönemde “Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkmaya Yönelik Hasta Eğitim Broşürü” ile hastaya ameliyat sonrası dönemde mobilizasyonun önemi, mobilizasyon uygulamasına yönelik adımlar ve ameliyat günü beklenen mobilizasyon süreci ile ilgili tablo hakkında sözel olarak eğitim verilmiştir. Aynı zamanda eğitim broşürü hastaya verilerek, soruları yanıtlanmıştır. Her bir hastaya verilen eğitim yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. Ameliyat sonrası dönemde mobilizasyon uygulamalarının her biri hastanın mobilize olmak istemesini ifade etmesi ile gerçekleşmiştir. Hastaların mobilizasyonu araştırmacı tarafından yaptırılmış verileri de araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

Araştırmanın akış şeması şekil 2.2’deki gibidir.



Şekil 2.2. Araştırmanın Akış Şeması

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU VE İZİN ALMA SÜRECİ

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce, araştırmanın uygulanacağı Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi (GEAH) Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığı'na gerekli bilgiler verilerek yazılı izin belgesi (Bkz. EK 6) alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Ankara İli Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı (karar no:19/208) (Bkz. EK 7) alınmasının ardından, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)'den onay (karar no:50687469-799) (Bkz. EK 8) alınmıştır. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan hastalara bilgilendirilmiş onam formu (Bkz. EK 9) okutularak, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesi için IBM SSS Statistics for Windows, Version 22.0 (Armonk, NY: IBM Corp) programı kullanılmıştır. Verilerin bilgisayar ortamına aktarımından sonra, hata kontrolleri yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde (%), ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama±standart sapma ($\bar{X} \pm ss$), ortanca ve minimum-maksimum (min-max) değer şeklinde gösterilmiştir. Ölçüm değerlerinin normal dağılıma uygunlukları, Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir.

Veri değerlendirmesinde araştırmaya katılan hastalarda, mobilizasyona başlama zamanının ortalamaları, mobilizasyonu sürdürme yüzdeleri, ilk gaz çıkış zamanı, 24 saatte atılan adım sayısı, uyku kalite puanı ve memnuniyet puanı ortalamaları, belirlenen mobilizasyon süresi hedefine ulaşma yüzdeleri açısından kontrol ve müdahale grubu arasında farkın olup olmadığı araştırılmıştır. Buna göre; iki grup arasındaki farklılığın araştırılmasında normal dağılım gösteren veriler için “Bağımsız Örneklem T-Testi”, normal dağılım göstermeyenlerde ise “Mann-Whitney U Testi” kullanılmıştır. Sayımla belirlenen değişkenler arasındaki farklılığı göstermek için, “Ki-kare Testi” kullanılmıştır. Ki-kare düzeninde gözlerden birinde

beşten küçük değer varlığında, “Fisher’in Kesin Testi” esas alınmıştır. İstatistiksel anlamlılığın göstergesi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

3.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırmanın ilk sınırlılığı kontrol grubu ve eğitim broşürü ile eğitim verilen müdahale grubu yoğun bakımda aynı ortamda takip edileceği için, gruplar arası etkileşimi önlemek için çalışmada randomizasyon yapılamamış olmasıdır.

Araştırmanın ikinci sınırlılığı, araştırma tek merkezde yürütülmüştür.



4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular 3 başlık altında sunulmuştur.

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Hastaların Mobilizasyon Sürecine İlişkin Bulgular

4.3. Hasta Bakım Sonuçlarına İlişkin Bulgular



4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=42)

Tanıtıcı Özellikler	Müdahale Grubu (n=21)	Kontrol Grubu (n=21)	Toplam (n=42)	Test İstatistiği	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
Yaş					
X ±SS	62,81±11,57	63,62±8,99	63,21 ±10,24	-0,101 ^a	0,919
BKİ (kg/m2)					
X ±SS	26,05±5,23	26,67±5,08	26,36±5,10	-0,327 ^a	0,744
Eğitim Durumu					
Okuryazar Değil	1(4,8)	6(28,6)	7(16,7)	b	0,158
İlkokul	14(66,7)	9(42,9)	23(54,8)		
Ortaokul	1(4,8)	3(14,3)	4(9,5)		
Lise	4(19,0)	2(9,5)	6(14,3)		
Üniversite/ Yüksekokul	1(4,8)	1(4,8)	2(4,8)		

n, Sayı; $\bar{X} \pm SS$, Ortalama $\pm$ Standart Sapma; ^a, 2 independent samples; ^b, Fisher'in kesin testi; BKİ, Beden Kitle İndeksi.

Tablo 4.1.1’de müdahale ve kontrol grubu hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine yer verilmektedir. Buna göre; müdahale grubu hastaların yaş ortalaması 62,81 $\pm$ 11,57, kontrol grubu hastalarının ise 63,62 $\pm$ 8,99, olarak saptanmıştır. Yaş ortalamalarına göre, gruplar arasında fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Müdahale grubu hastalarının BKİ ortalaması 26,05 $\pm$ 5,23, kontrol grubu hastalarının BKİ ortalaması 26,67 $\pm$ 5,08 olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Her iki gruptaki hastaların büyük bir kısmının (%54,8) ilkokul mezunu olduğu saptanmış olup, eğitim durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.1.2 Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarına Göre Dağılımı (n=42)

Özellikler	Müdahale Grubu (n=21)	Kontrol Grubu (n=21)	Toplam n=(42)	Test İstatistiği	P
	n (%)	n (%)	n (%)		
Kronik Hastalık Durumu					
Evet	16(76,2)	14(66,7)	30(71,4)	0,467 ^a	0,495
Kronik Hastalık Durumu					
Hipertansiyon	9(42,9)	12(57,1)	21(50,0)	0,857 ^a	0,857
Diyabet	8(38,1)	9(42,9)	17(40,5)	0,099 ^a	0,753
Kalp Hastalığı	4(19,0)	3(14,3)	7(16,7)	b	1,00
Diğer	1(4,8)	1(4,8)	2(4,8)		1,00
Sigara İçme Durumu					
Hayır	16(76,2)	18(85,7)	34(80,95)	b	0,697
Asa Skoru					
I	-	-	-	b	0,41
II	19(90,5)	16(76,2)	35(83,3)		
III	2(9,5)	5(23,8)	7(16,7)		
6 Dakikalık Yürüme Testi					
X ±SS	447,38±50,22	424,33±74,96	435,86±64,09	-1,170 ^c	0,25

^a, Ki-kare testi; ^b, Fisher'in kesin testi; ^c, Student's t Testi; ASA, Amerikan Anestezistler Derneği

Tablo 4.1.2'de, hastaların genel sağlık durumu ve alışkanlıkları ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre, müdahale grubundaki hastaların %76,2'sinin, kontrol grubundaki hastaların ise %66,7'sinin kronik hastalıkları olduğu görülmektedir. Müdahale grubundaki hastaların yarıya yakınında (%42,9), kontrol grubu hastalarının ise yarısından fazlasında (%57,1) hipertansiyon öyküsü bulunmaktadır. Kronik hastalık varlığı açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Her iki gruptaki hastaların çoğunluğunun sigara içmediği (sırasıyla, %76,2; %85,7) saptanmış olup, sigara içme durumuna göre gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). ASA sınıflamasına bakıldığında her iki gruptaki hastaların çoğunun (sırasıyla %90,5; %76,2) ASA skoru II olarak saptanmıştır. İki grup arasında ASA sınıflaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Grupların ameliyat öncesi dönemde mobilizasyon durumlarının, yürüme mesafelerine göre dağılımına bakıldığında; müdahale grubu hastalarının altı dakikalık yürüme testinde yürüdüğü mesafe 447,38 $\pm$ 50,22 m, kontrol grubu hastalarının ise 424,33 $\pm$ 74,96 m

olarak bulunmuştur. Ameliyat öncesi dönemde yürüme mesafesi açısından, her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.1.3 Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Tıbbi Tanıları, Anestezi Süresi, Kesi Şekli ve Kesi Uzunluğuna Göre Dağılımı (n=42)

Özellikler	Müdahale Grubu (n=21)	Kontrol Grubu (n=21)	Toplam n=(42)	Test İstatistiği	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
Tanı					
Kolon Hastalıkları	4 (19,0)	10(47,6)	14(33,33)	a	0,081
Mide	6(28,6)	8(38,1)	14(33,33)		
Rektum	7(33,3)	2(9,5)	9(21,4)		
Pankreas	4(19,0)	1(4,8)	5(11,9)		
Aneztezi Süresi (dk) X±SS	217,28±71,61	211,33±71,64	214,30±70,81	-0,269 ^b	0,789
Kesi Şekli					
GAM +GÜM	17(81,0)	18(85,57)	35(83,3)	a	0,663
Bilateral Subkostal	-	1(4,8)	1(2,4)		
GÜM	2(9,5)	4(19,0)	6(14,3)		
Kesi Uzunluğu Ortanca (Min-Maks)	17(11-21)	16(11-30)	16,50(11-30)	-0,977 ^c	0,329

$\bar{X} \pm SS$, Ortalama±Standart Sapma; Min-Maks, Minimum-Maksimum; ^a, Fisher'in kesin testi; ^b, independent samples test; ^c, Mann Whitney U; GAM, Göbek Altı Median; GÜM, Göbek Üstü Median

Tablo 4.1.3'te müdahale ve kontrol grubu hastaların tıbbi tanıları ve yapılan cerrahi işlemin özelliklerine yer verilmektedir. Buna göre; her iki grupta yer alan hastalık tanısının en fazla oranda (%33,33) kolon ve mide kanseri olduğu görülmektedir. Kolon ve mide kanseri tanısını ikinci sırada rektum kanseri (21,4), üçüncü sırada pankreas kanseri takip etmektedir. Müdahale ve kontrol grubu hastaların tıbbi tanıları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Müdahale grubu hastaların anestezi süresi ortalaması 217,28±71,61 dakika, kontrol grubu hastaları anestezi süresi ortalaması ise 211,33±71,64 dakika olarak saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu hastaların anestezi süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Her iki gruptaki hastaların büyük bir kısmının (%83,3) kesi şekli göbek altı median+göbek üstü median (GAM+GÜM) kesidir. Müdahale grubu hastalarının kesi uzunluğunun ortanca değeri 17(11-21) cm, kontrol grubunun kesi uzunluğunun ortanca değeri ise 16(11-30) cm olarak saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu

hastaların kesi şekli ve kesi uzunluğu açısından aralarında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.2. HASTALARIN, MOBİLİZASYON SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.2.1 Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Mobilize Olma Durumları, Mobilizasyon Başlama Zamanları ve Mobilizasyon Hedefine Ulaşma Durumlarına Göre Dağılımı (n=42)

Mobilizasyon Sürecine İlişkin Özellikler	Müdahale Grubu (n=21)	Kontrol Grubu (n=21)	Test İstatistiği	p
	n(%)	n(%)		
1. Mobilizasyon				
Mobilize Olan Hasta Sayısı	21(100)	21(100)	a	1,00
Mobilizasyon Zamanı (dk)	373,33±117,03	733,10±226,15	-4,959 ^b	<0,001
Hedefe Ulaşamayan Hasta Sayısı	0(0,0)	14(66,7)	-	-
2. Mobilizasyon				
Mobilize Olan Hasta Sayısı	21(100)	16(76,2)	a	0,048
Mobilizasyon Zamanı (dk)	720±177,19	1150,31±167,63	7,489 ^d	<0,001
Hedefe Ulaşamayan Hasta Sayısı	0(0,0)	8(50)	-	-
3. Mobilizasyon				
Mobilize Olan Hasta Sayısı	21(100)	3(14,3)	31,5 ^c	<0,001
Mobilizasyon Zamanı (dk)	1074,76±162,90	1283,33±115,90	-1,964 ^b	0,05
Hedefe Ulaşamayan Hasta Sayısı	0(0,0)	0(0,0)	-	-
4. Mobilizasyon				
Mobilize Olan Hasta Sayısı	15(71,4)	0(0,0)	23,33 ^c	<0,001
Mobilizasyon Zamanı (dk)	1324,67±73,95	-	-	-
Hedefe Ulaşamayan Hasta Sayısı	0(0,0)	-	-	-

^a, Fisher'in kesin testi; ^b, Mann Whitney U; ^c, Ki-kare Testi; ^d, independent samples test;

Tablo 4.2.1'de müdahale ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatlik süre içerisinde her mobilizasyon uygulaması için mobilize olan hasta sayısı, mobilizasyona başlama zamanı ve belirlenen mobilizasyon hedefine ulaşma

durumuna ilişkin özelliklere yer verilmektedir. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının tamamı ameliyat sonrası ilk 24 saatte birinci mobilizasyon uygulamasını gerçekleştirmiştir. Müdahale grubu hastalarının tamamı ortalama $373,33 \pm 117,03$ dakika, kontrol grubu hastalarının ise tamamı ortalama $733,10 \pm 226,15$ dakika sonra ilk mobilizasyonu gerçekleştirmiştir. Müdahale ve kontrol grubu hastaların birinci mobilizasyonu gerçekleştirme açısından aralarında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ancak müdahale grubundaki hastaların birinci mobilizasyona başlama zamanı, kontrol grubu hastalarına göre daha erken olmakla birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Müdahale grubu hastaların tamamı birinci mobilizasyon için belirlenen 15 dakikalık süre boyunca mobilize olurken, kontrol grubu hastaların %66,7'si birinci mobilizasyon hedefini tamamlayamamıştır. Tabloda belirtilmemekle birlikte yapılan değerlendirme de kontrol grubu hastalarının hedefe ulaşamama nedeni en fazla oranda (sırasıyla %66,7; %64,3) hastanın ağrı ve yorgunluk hissetmesi olarak saptanmıştır. İkinci mobilizasyon uygulamasını müdahale grubunun tamamı (%100) gerçekleştirirken, kontrol grubunda bu oran %76,2 olarak saptanmıştır. Müdahale grubu hastaların tamamı 25 dakikalık ikinci mobilizasyon hedefine ulaşırken kontrol grubu hastaların 8(%50)'i mobilizasyon hedefine ulaşamamıştır. Mobilizasyon hedefine ulaşamama nedeni yine en fazla oranda (%37,5) hastanın ağrı ve yorgunluk hissetmesi olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında 1. ve 2. mobilizasyon için belirlenen mobilizasyon hedefine ulaşma açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Müdahale grubu hastalarının yine tamamı (%100) üçüncü kez mobilize olurken, kontrol grubunda bu oran %14,3'tür. Her iki gruptaki hastalardan üçüncü mobilizasyonu gerçekleştirenlerin tamamı 35 dakikalık mobilizasyon hedefi süresince mobilize olmuştur. Dördüncü mobilizasyon uygulamasında ise, müdahale grubunun %71,4'ü mobilize olurken kontrol grubunda mobilizasyon uygulamasını gerçekleştiren hasta olmadığı saptanmıştır. Müdahale grubunda dördüncü kez mobilize olan hastaların tamamı 45 dakikalık hedef süre boyunca mobilize olmuşlardır. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte dört kez mobilize olması planlanan hastaların ikinci, üçüncü ve dördüncü mobilizasyonu gerçekleştirme oranı gruplar arasında istatistiksel anlamda farklı bulunmuştur ($p < 0,05$).

4.3. HASTA BAKIM SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.3.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Uyku Kalitesi, Memnuniyet Durumu, Gaz Çıkış Zamanı, Yoğun Bakımda ve Hastanede Kalma Sürelerine Göre Dağılımı

	Müdahale Grubu (n=21)	Kontrol Grubu (n=21)	Test İstatistiği	p
	Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)		
Uyku Kalite Puanı	8(5-10)	4(1-8)	-4,545 ^a	<0,001
Memnuniyet Puanı	9(7-10)	5(2-7)	-5,577 ^a	<0,001
Gaz Çıkış Zamanı (saat) ($\bar{X} \pm SS$)	46,95 $\pm$ 13,31	71,62 $\pm$ 38,87	2,751 ^b	0,011
Yoğun Bakımda Kalma Süresi (gün)	2(1-2)	4(1-7)	-4,418 ^a	<0,001
Hastanede Kalma Süresi (gün)	7(5-11)	12(7-24)	-4,301 ^a	<0,001

^a, Mann Whitney U; ^b, independent samples test

Tablo 4.4.1’de müdahale ve kontrol grubu hastaların uyku kalitesi, memnuniyet durumu, gaz çıkış zamanı, yoğun bakımda ve hastanede kalma sürelerine ait özellikler bulunmaktadır. Buna göre; müdahale grubu hastalarının uyku kalite puanı ve memnuniyet puanı ortanca değerinin kontrol grubu hastalarından daha fazla olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında uyku kalitesi ve memnuniyet durumunda ortaya çıkan bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Tabloda grupların gaz çıkış zamanı incelendiğinde müdahale grubu hastalarının gaz çıkış zamanı ortalaması (46,95 $\pm$ 13,31), kontrol grubu gaz çıkış zamanı ortalamasından (71,62 $\pm$ 38,87) daha kısa olduğu saptanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Grupların yoğun bakımda ve hastanede kalma süreleri incelendiğinde yoğun bakımda kalma süresinin ortanca değeri müdahale grubu hastalarda 2(1-2), kontrol grubu hastalarda 4(1-7) olarak belirlenmiştir. Hastanede kalma süresinin ortanca değeri ise müdahale grubu hastalarda 7(5-11) kontrol grubu hastalarda 12(7-24) olarak saptanmıştır. Yoğun bakımda ve hastane kalma açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).



5. TARTIŞMA

5.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Cerrahi sonrası mobilizasyon sürecini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden biri yaştır. Majör abdominal cerrahi geçiren hastalarla yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaların çoğunluğunun genellikle 50 yaşın üzerinde olduğu belirtilmektedir (7,23,27,28). Çalışmamızda araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 60'ın üzerinde saptanmıştır. Yolcu ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada, yaş artışı ile paralel olarak hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon ile ilgili daha fazla sorun yaşadıkları bildirilmiştir (20). Bu nedenle yaş faktörünün gruplar arasında benzer olması araştırma sonucunun etkilenmemesi açısından önemlidir. Bu çalışmada müdahale grubunun yaş ortalaması 62,9, kontrol grubunun 63,7 olarak benzer bulunmuştur (Tablo 4.1.1).

Kronik hastalıklar ve sigara kullanımının abdominal cerrahi sonrası iyileşme süreci üzerinde etkilerinin olduğu bilinmektedir (77,78). Bizim çalışmamızda yer alan hastaların ortalama %71,4'ünün kronik hastalıkları olduğu görülmektedir. Gruplar, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanımı yönünden benzerlik göstermektedir (Tablo 4.1.2).

Ameliyat öncesi dönemde hastaların sağlık durumlarının belirlenmesi, anestezi yaklaşımının ve ameliyat risklerinin değerlendirilmesinde ASA sınıflaması kullanılmaktadır. Çalışmamızda, hastaların %83,3'ünün ASA II sınıfında yer aldığı ve ASA sınıflaması yönünden grupların benzer olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.2).

Major abdominal cerrahi girişimler; mide, safra kesesi, karaciğer, dalak, pankreas, ince bağırsak ve kalın bağırsakta ortaya çıkabilecek gastrointestinal sistem hastalıklarının cerrahi tedavisini içerir (9,36). 2016 yılı Türkiye kanser istatistikleri verilerine göre, en sık görülen gastrointestinal sistem kanseri kolorektal kanserlerdir. Türkiye'de tüm yaş gruplarında %9,3 oranıyla kolorektal kanserler en sık görülen 3.

kanserdir (79). Bu çalışmada yer alan hastaların %54,73'ünün kolorektal kanseri olması, bu verilere benzerlik göstermektedir (Tablo 4.1.3).

Anestezi süresi, kesi şekli ve uzunluğu ameliyat sonrası komplikasyon gelişiminde etkili olduğu düşünülen diğer faktörlerdendir. Komplikasyon gelişimi hastanın mobilizasyon durumunu ve doğrudan iyileşme sürecini etkiler. Yapılan çalışmalarda, ameliyat sırasında uygulanan insizyon şeklinin, ameliyat sonrası hastaların solunum fonksiyonlarını ve hareket kabiliyetlerini kısıtladığı bildirilmektedir (9,80). Bizim çalışmamızda, gruplar anestezi süresi, kesi şekli ve kesi uzunluğu yönünden benzerlik göstermektedir (Tablo 4.1.3).

5.2. HASTALARIN MOBİLİZASYON SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Erken mobilizasyon kavramı 1940'lı yılların sonlarında kullanılmaya başlanmış ve günümüze kadar etkinliğini korumuştur. Günümüzde cerrahi ve dahili birimlerde yaygın olarak kullanılan erken mobilizasyon, uygulama sürecinde farklılık gösterse de aynı amaç doğrultusunda kullanılmaktadır. Hastanın erken dönemde ayağa kaldırılması ve mobilizasyonun sürdürülebilmesi ile, solunum ve kardiyovasküler sistem komplikasyonları azalır, bağırsak peristaltizmi desteklenir, tromboflebit gelişimi önlenir, hastanın kısa sürede kendi bakım sorumluluğunu alması sağlanır. Erken mobilizasyonun birçok yararına rağmen, bugüne kadar erken kavramının tam olarak açıklaması yapılamamıştır. Bu nedenle hastaların ne zaman mobilizasyona başlaması gerektiği ve hangi aralıklarla ne kadar mobilize olması gerektiğine dair bilgiye rastlanılmamıştır.

Çalışmamızda ameliyat sonrası erken dönemde yatak dışında geçirilecek süre ERAS protokolüne göre 2 saat olarak belirlenmiştir. 2 saatlik bu sürecin yönetiminde hastanın ilk ayağa kalkış zamanının geciktirilmemesi gerekmektedir. Çalışmamızda birinci mobilizasyon uygulamasını müdahale ve kontrol grubu hastalarının tamamı gerçekleştirmiştir. Kontrol grubu hastalarını %85,57 oranında hemşireler mobilizasyona teşvik etmiştir. Müdahale grubu hastaların tamamı doktor veya hemşire hatırlatmadan mobilize olmak için hazır olduklarını ifade ederek mobilize olmuştur. Uyandırma/anestezi sonrası bakım ünitesi (ASBÜ)'den ayrıldıktan sonra

müdahale grubu ortalama $373,33 \pm 117,03$ dakika ($6,22 \pm 1,95$ saat), kontrol grubu ise $733,10 \pm 226,15$ dakika ($12,21 \pm 3,75$ saat) sonra mobilize olmuştur (Tablo 4.2.1). Müdahale grubundaki hastaların birinci mobilizasyona başlama zamanı, kontrol grubu hastalarına göre daha kısa sürede gerçekleşmiştir. Bu konuda yeterli çalışmaya rastlanmamakla birlikte Mahmudova ve Dönmez (2019) tarafından kolesistektomi ameliyatı sonrası hastaların ayağa kalkma durumlarını etkileyen faktörlerin incelendiği tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan çalışmada hastaların ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma zamanının 3-26 saat arasında ve ortalama $8,94 \pm 3,24$ saat olduğu belirtilmiştir (17). Hastaların ilk ayağa kalkma zamanları arasındaki bu fark çalışmaya alınan hasta grubunun açık veya laparoskopik yöntemle kolesistektomi yapılan her hastanın dahil edilmesinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca Mahmudova ve Dönmez'in çalışmasında hasta grubu minör cerrahi geçiren hastalardan oluşmaktadır. Minör cerrahilerde ameliyat süresi majör cerrahilere göre daha kısa olmakta hasta mobilizasyonu daha kolay sağlanabilmektedir. Çınar'ın (2005) batın ameliyatı geçiren hastalarda erken ambulasyonun bağırsak fonksiyonlarına etkisini değerlendirdiği çalışmasında bireylerin ameliyat sonrasında %35,8'inin 4-8 saat, %46,2'sinin 9-12 saat, %13,2'sinin 13-24 saat içinde ayağa kalktığını bildirmiştir (81). Çınarın çalışmasında da hasta grubu minör cerrahi geçiren hastalardan oluşmaktadır. Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi dönemde mobilizasyon eğitiminden genel olarak bahsedilmekte fakat mobilizasyon eğitiminin ameliyat sonrası mobilizasyon süresi üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızın sonuçları doğrultusunda mobilizasyon eğitiminin erken mobilizasyonun sağlanmasında etkili olduğu görülmektedir.

Erken mobilizasyon kadar ameliyat sonrası dönemde yatak dışında geçirilen toplam sürede önemlidir. Bu sürenin yönetiminde hedef belirlemek hastaların mobilizasyona uyumunu artırmak açısından önemlidir. Yapılan çalışmalarda mobilizasyon süreci ile ilgili hedef belirlemenin hasta mobilizasyonunda cesaretlendirici etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (8,20,23,65,75). Bu nedenle ERAS protokolüne göre ameliyat sonrası 0. gün 2 saat yatak dışında geçirilmesi gereken süre hastanın günde dört kez ayağa kalkması ve her ayağa kalktığında bir öncekinden daha uzun süre mobilize olması planlanarak 15, 25, 35 ve 45 dakikalık sürelerle bölünerek hedef belirlenmiştir. Çalışmamızda hastaların mobilizasyon sürelerine

bakıldığında müdahale grubu hastaların tamamının ilk mobilizasyon için belirlenmiş olan hedef süre boyunca mobilize olduğu görülmektedir. Kontrol grubu hastalarının ise sadece %33,3'ü hedef süre boyunca mobilize olmuştur. Literatür incelendiğinde majör abdominal açık cerrahi geçiren hastaların ilk mobilizasyon süresine ait bir bilgiye rastlanılmamıştır. Bizim çalışmamızın sonucuna göre major abdominal açık cerrahi geçiren hasta grubunda ilk mobilizasyon için belirlenen hedefin ulaşılabilir olduğu değerlendirilmiştir. 2 ve 3. mobilizasyon uygulanmasını müdahale grubu hastalarının tamamı belirlenen hedeflere ulaşarak gerçekleştirilirken kontrol grubunda 2. Mobilizasyon uygulamasını hastaların %76,2'si 3.mobilizasyon uygulamasını hastaların sadece %14,3'ü gerçekleştirmiştir. Birinci mobilizasyondan sonraki diğer mobilizasyonlarda mobilize olan hasta sayısı oranının bu kadar düşmesi mobilizasyon sürecinin etkin yönetilememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Müdahale grubundaki hastaların %71,4'ü 4. kez mobilize olurken kontrol grubunda 4.cü mobilizasyonu gerçekleştiren hasta olmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların mobilizasyonu sürdürme konusunda devamlılık sağlayamadıkları görülmektedir. Literatür incelendiğinde majör cerrahi geçiren hastaların kaç kez mobilize olması gerektiğine dair bir bilgiye rastlanılmamıştır. Elde ettiğimiz bulgulara göre, mobilizasyon süreci için belirlenen sürelerin majör abdominal cerrahi geçiren hastalar için ulaşılabilir bir hedef olduğu saptanmıştır. Mobilizasyon protokolünün hastaların ameliyat sonrası erken dönemde mobilizasyona başlama zamanı ve mobilizasyonun sürdürülmesi üzerine olumlu etkisi olmuştur. Uygun şekilde geliştirilen mobilizasyon protokolü takip edildiğinde hastaların mobilizasyona uyumlarının ve yatak dışında geçirdiği sürenin zamanla arttığı belirlenmiştir.

Hastaların mobilizasyon sürecinin yönetiminde karşılaşılan bazı sorunlar mobilizasyonun devam edememesine neden olmaktadır. Ağrı, ameliyat sonrası erken dönemde görülen en yaygın sorunlardandır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) tanımına göre ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, kuvvetli bir doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, insanın geçmişte edindiği, subjektif deneyimleri ile ilgili, duyuşsal, hoş olmayan emosyonel bir duyum, davranış şeklidir (82). Bu tanımdan da anlaşıldığı gibi ağrının psikolojik bir doğası da vardır.

Yapılan çalışmalarda cerrahi girişim uygulanan hastaların %30-70 arasında orta ve şiddetli ağrıdan yakındığı görülmektedir (1,9). Ameliyat türü ve ameliyat bölgesi ameliyattan sonra yaşanan ağrıyı etkilemektedir. Abdominal ameliyatlarda insizyonun diyafragmaya yakın olması ve abdominal alanda yoğun sinir ağrı nedeniyle en şiddetli ağrının yaşandığı ameliyat türüdür (83). Ağrı, hastanın hareket etmesini engelleyerek venöz dönüşte azalmaya ve birçok komplikasyona neden olabilmektedir. Çınar (2005) tarafından yapılan çalışmada ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde mobilizasyon uygulamasını gerçekleştirememiş olan hastaların % 4,7'sinin ağrı, % 1,9'unun halsizlik nedeniyle ayağa kalkamadığı bildirilmiştir (81). Çalışmamızda kontrol grubundaki hastaların tamamı ameliyat sonrası erken dönemde ilk mobilizasyonunu gerçekleştirmesine rağmen hastaların %78,6'sının belirlenen mobilizasyon hedefine ağrı nedeni ile ulaşamadığı belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastalar da hiçbir hastanın belirlenen mobilizasyon hedefine ulaşmasına engel olacak derecede ağrı yaşamadığı sonucuna varılmıştır (Tablo 4.3.1). Hastalar var olan ya da mobilizasyon sırasında yaşayacağı ağrı korkusu nedeniyle mobilize olmaktan çekinmektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda ağrının, bireysel ve subjektif bir yaşantı olduğu ve cerrahi sonrası hastaların %50'sinden fazlasının, ameliyat sonrası gelişebilecek ağrı nedeniyle kaygı duydukları bildirilmektedir (84,85,86). Ağrı düzeyinin yüksek olması, hastanın anksiyete ve korku düzeyi ile ilgili olduğundan, hemşirenin ameliyat sonrası ağrıyı hafifletmek için kullanacağı en önemli stratejilerden birinin bilgi vermek olduğu ifade edilmektedir (84). Karayurt (1998) yaptığı çalışmada ameliyat öncesi eğitim programlarının hastaların kaygı ve ağrı düzeyine etkisini incelemiş ve rutin bakım yapılan gruptaki hastalar en yüksek düzeyde ağrı bildirirken, eğitim verilen grupta ağrı bildiriminin en düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir (85). Wasowicz-Kemps ve ark.'larının (2009) yaptığı çalışmada, laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda mobilizasyon uygulamasının sonuçları değerlendirilmiş ve bireyselleştirilmiş mobilizasyon hedefleri belirlenen müdahale grubu hastaların mobilizasyon sırasında ağrıyı daha az kısıtlayıcı bir faktör olarak gördüğü saptanmıştır (86). Çalışmalar sonucunda mobilizasyon protokolünün hastanın mobilizasyon sürecini olumlu yönde desteklediği görülmektedir. Bizim çalışmamızda mobilizasyon eğitimi verilen müdahale grubu hastaların mobilizasyon için belirlenen hedef süre boyunca ağrı

yaşamaması literatür bilgileriyle uyumludur. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde bireysel farklılıklar dikkate alınarak hastalara yatak içi egzersiz ve mobilizasyon eğitimi verilmelidir.

Ameliyat sonrası dönemde erken ayağa kalkmanın birçok yararına rağmen ani hareketlere bağlı olarak ağrı dışında ortostatik hipotansiyon da mobilizasyonun devam edememesine neden olmaktadır (83). Ortostatik hipotansiyonu önlemek ve dolaşım sisteminin değişime uyumunu kolaylaştırması için ilk ayağa kalkma sırasında kademeli pozisyon değişimi yapılması gerektiği önerilmektedir (87). Kademeli pozisyon değişimi, dolaşım sisteminin değişime uyumunu kolaylaştırması açısından önemlidir. Hastada baş dönmesi varsa sırtüstü yatırılmalı, ayağa kalkma birkaç saat ertelenmelidir (87). Çalışmamızda kontrol grubu hastaların bir kısmı (%35,8) baş dönmesi nedeniyle mobilizasyonunu sonlandırmıştır. Müdahale grubu hastalarda mobilizasyon sırasında baş dönmesi yaşanmamıştır. Literatürde bu konuda yapılan çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışma sonucumuza göre hastaların kademeli pozisyon değişimi ile ayağa kalkması yönünde yapılandırılmış bir eğitim protokolünün mobilizasyon uygulamasında etkili olacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte bizim çalışmamız mobilizasyon eğitiminin hastaların mobilizasyon sırasında baş dönmesi yaşamaması açısından önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda kontrol grubu hastalarda ilk ayağa kalkma sırasında belirlenen 1. mobilizasyon hedefine ulaşamamanın bir diğer nedeni ise yorgunluk (%64,3) olmuştur. Yorgunluğun çok boyutlu ve sübjektif bir his olmasından dolayı basit ve tek bir tanımını yapmak oldukça zordur (88). Efe (2011) tarafından kalp yetersizliği olan hastalarda dispne ve yorgunluk ile baş etme ve yaşam kalitesini iyileştirmede hemşirelik eğitiminin etkisine yönelik gerçekleştirilen çalışmada, yorgunluğun en fazla rahatsızlık duyulan semptomlardan biri olduğu fakat eğitim sonrası hastalarda “yorgunluk” düzeyinin anlamlı derecede azaltılabildiği saptanmıştır (89). Can (2004) tarafından yapılan çalışmada cerrahi sonrası yorgunluğun birçok sebebi olabileceği bunlardan ikisinin hareketsizliğe ve strese bağlı oluşan yorgunluk olduğunu bildirilmiştir (90). Bizim çalışmamızda da literatür bilgileriyle uyumlu olarak eğitim verilen müdahale grubu hastalar tarafından mobilizasyon sürecinde yorgunluk ifade edilmemiştir. Ayrıca oluşturulan protokolde hastanın düzenli olarak mobilizasyon

süresinin artırılması hem hastanın hareket etmesine hem de yorgunluk hissetmemesine yardımcı olmuştur.

5.3. HASTA BAKIM SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Tüm insanlar için fiziksel ihtiyaç olan uyku, kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerindendir. Uyku ameliyat sonrası yaşam kalitesini ve iyilik halini etkileyen bir faktördür (91). Özellikle majör cerrahiler sonrası hastalar uyku süresinde azalma, uyanma sıklığında artış ve düşük uyku kalitesi gibi sorunlar ifade etmektedirler (92). Yapılan çalışmalarda uyku sorununun ameliyat sonrası iyileşme üzerinde zararlı olduğu belirtilmiştir (92,93). Uyku kalitesinin artırılmasına yönelik birçok çalışma yapılmıştır fakat mobilizasyonun uyku kalitesi üzerine etkisini araştıran çok az çalışmaya ulaşılmıştır. Ni ve ark.'ları (2018) tarafından yapılan çalışmada, karaciğer rezeksiyonu sonrası erken mobilizasyon programının uygulandığı hasta grubunda uyku süresinin (5.0 ± 4.4) kontrol grubuna göre (4.9 ± 3.7) daha uzun olduğu ve ameliyat sonrası erken aktivitenin hastanın uyku süresini uzatarak uyku kalitesini iyileştirdiği sonucuna varılmıştır (94). Bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre müdahale grubu hastalarda 8(5-10) uyku kalitesinin kontrol grubu hastalardan 4(1-8) daha yüksek olması literatür ile uyumlu bulunmuştur (Tablo 4.4.1). Düzenli ve erken mobilizasyon hastanın uyku kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir.

Hasta bakımının en önemli göstergelerinden biri de ameliyat sonrası gaz çıkış zamanıdır. Ameliyat esnasında uygulanan aneztezinin peristaltizmi azaltıcı etkisi olup, gelişebilecek komplikasyonları önlemek ve daha hızlı bir iyileşme süreci için hastanın erken dönemde gaz-gaita çıkarması büyük önem taşımaktadır. Hastanın gaz çıkarması bağırsak fonksiyonların çalışmaya başladığını göstermektedir (95). Hastaların gaz çıkış zamanına etki eden faktörlerin incelendiği daha önce ki çalışmalarda, sakız çiğnemenin, kahve içmenin ve erken oral hidrasyonun etkisi değerlendirilmiştir (54,96,97). Son zamanlarda erken mobilizasyonun bağırsak fonksiyonlarına etkisini araştıran çalışmalarda yapılmıştır (45,94,98). Ni ve ark.'ları (2018) tarafından yapılan çalışmada karaciğer rezeksiyonu sonrası, erken mobilizasyon programının uygulandığı hasta grubunda gastrointestinal

fonksiyonların daha hızlı iyileştiği, gaz çıkış süresinin müdahale grubunda (2.2 ± 1.4), kontrol grubuna (3.3 ± 2.3) göre daha kısa olduğu belirtilmiştir (94). Sindell ve ark.'ları (2012) tarafından yapılan çalışmada günde iki kez ve daha fazla mobilize edilen hastaların gaz ve gaita çıkarma süresinin daha kısa olduğu belirtilmiştir (98). Çınar (2005) batın ameliyatı geçiren hastalarda erken ambulasyonun bağırsak fonksiyonlarına etkisini değerlendirdiği çalışmada bireylerin ayağa kalkma zamanı ve 24 saat içinde ayağa kalkma sıklığı ile bağırsak fonksiyonlarını karşılaştırmış, erken ve sık ambulasyonun gaz çıkış zamanını olumlu yönde etkilediği sonucuna varmıştır (81). Yapılan çalışmalar doğrultusunda araştırmamızda ortaya çıkan sonuçlar da erken mobilizasyon protokolünün gaz çıkış zamanını kısaltmada etkili olduğunu göstermiştir.

Kaliteli hasta bakımının önemli göstergelerinden bir diğeri ise yoğun bakımda ve hastanede kalma süreleridir. ERAS protokolünün önemli unsurlarından olan erken ayağa kalkmanın, yoğun bakımda ve hastanede kalış süresini kısalttığı gösterilmiştir (12,13,96,98,99). Cerrahi işlem geçiren hastalarda erken mobilizasyon protokolünün etkinliğinin karşılaştırıldığı çalışmalar incelendiğinde; Liebermann ve ark.'ları (2013) tarafından yapılan çalışmada jinekolojik cerrahi geçiren hastalar için, spesifik mobilizasyon hedefi olarak taburcu olmadan önce ≥ 500 adım atılmasını ve yatak kenarları ile hasta odasındaki duvarlara mobilizasyonu hatırlatıcı işaretlerin kullanılmasını içeren mobilizasyon protokolü belirlenmiştir. Erken mobilizasyon protokolünün uygulanması sonucu hastane kalış süresinin müdahale grubunda 1.54 gün, kontrol grubunda ise 1.71 gün olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı ifade edilmiştir (75). Ancak hastaların günlük olarak ne sıklıkta ve ne kadar mobilize olduğuna dair bir bilgiye rastlanmamıştır. Le ve ark.'larının (2014) abdominal cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası iyileşme profilini araştırdıkları çalışmada, erken mobilizasyon protokolünün uygulandığı grup (5.2 ± 5.5) ile kontrol grubu (5.1 ± 6) arasında hastane kalış süresi açısından istatistiksel olarak fark olmadığını belirtilmiş fakat çalışmanın hangi grup hastalarda yapıldığı belirtilmemiştir (100). Bu çalışmaların aksine Ahn ve ark.'ları (2013) tarafından kolon cerrahisi geçiren hastalarda, ameliyat sonrası 1. ve ameliyat sonrası 2. gün mobilizasyon hedeflerini içeren erken mobilizasyon protokolü uygulanmıştır. Çalışma sonucunda hastane kalış süresi, müdahale grubunda 7.82 ± 1.07 , kontrol

grubunda ise 9.86 ± 2.66 gün olarak belirtilmiş ve gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ifade edilmiştir (99). Ni ve ark.'ları tarafından yapılan çalışmada karaciğer rezeksiyonu sonrası, erken mobilizasyon programının uygulandığı müdahale grubunda (6.6 ± 2.3) hastane kalış süresinin, kontrol grubuna (7.7 ± 2.1) göre anlamlı derecede kısaldığı belirtilmiştir (94). Bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak, erken mobilizasyon için klinik rehberlerde önerildiği şekilde ameliyat sonrası 0. gün için mobilize olunması gereken sürenin belirlenmesi ve bu sürenin de periyotlara bölünerek hastaların mobilize olmasının sağlanması sonucu yoğun bakımda ve hastanede kalış süresinin kısaldığı sonucuna varılmıştır (Tablo 4.4.3).

Verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması, hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanan kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerinden biri de hasta memnuniyetidir (101). Hasta memnuniyetinde odak nokta iletişim ve hastayı bilgilendirmektir. Hasta memnuniyetinin değerlendirildiği birçok çalışma bulunmaktadır (102–105). Yeh ve ark.'ları (2018) tarafından 609 hastada yapılan çalışmada hasta eğitiminin yeterliliği ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (104). Taqdees ve ark.'ları (2018) yaptıkları çalışmada hasta memnuniyetinin artırılması ile hastaların kendi bakımına katılımının artacağını ve hastaların sağlık durumlarının iyileşeceğini bildirmiştir (105). Karaca ve Durna (2019) hasta memnuniyeti ile ilişkili faktörleri değerlendirdiği çalışmaları sonucunda hemşirelerin her uygulama ve prosedür hakkında hastaları bilgilendirmeleri gerektiğini, hasta ile olan iletişimin hasta memnuniyetinin artmasını sağladığını saptamışlardır (106). Mobilizasyon protokolünün memnuniyet düzeyi üzerine etkisinin değerlendirildiği sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Ni ve ark.'ları (2018) tarafından yapılan çalışmada erken mobilizasyon programının uygulandığı müdahale grubunda memnuniyet düzeyinin, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (94). Çalışmamız erken mobilizasyon protokolünün uygulandığı müdahale grubunda memnuniyet düzeyinin daha yüksek olması yönünden literatür ile uyumludur (Tablo 4.4.1). Ayrıca hasta memnuniyetini ölçmek için yapılan çalışmalarda %70 ve üzerindeki değerlerin memnuniyeti gösterdiği belirtilmektedir (107,108). Bizim çalışmamızda verdiğimiz mobilizasyon eğitimi sonucunda hasta memnuniyet düzeyi müdahale grubunda 9(7-10) kontrol grubundan 5(2-7) daha

yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Bu sonuç erken mobilizasyon protokolünün hasta memnuniyeti üzerinde etkisini açıkça göstermektedir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; ERAS protokolü, güncel rehberler ve uzman görüşü ile oluşturulan erken mobilizasyon protokolünün, majör abdominal cerrahi geçiren hastalarda mobilizasyon başlama zamanını, gaz çıkış zamanını, yoğun bakımda ve hastanede kalma süresini kısalttığı görülmüştür. Aynı zamanda erken mobilizasyon protokolü hasta mobilizasyonunun sürekliliğinin sağlanmasına yardımcı olmuş, hastaların uyku kalitesinin ve memnuniyet düzeyinin artmasına katkı sağlamıştır. Erken mobilizasyon protokolünün kullanımı hasta bakım sonuçlarını iyileştirmiştir. Bu çalışmadan elde edilen veriler majör abdominal açık cerrahi geçiren hastaların hemşirelik bakımına önemli katkılar sağlayacaktır. Bu doğrultuda bu çalışmanın erken mobilizasyona başlama zamanı ve mobilizasyon sürecinin yönetiminde hemşire ve sağlık profesyonellerine rehber oluşturacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Abdominal cerrahi geçiren hastalarda mobilizasyon protokolünün mobilizasyon başlama zamanına ve hasta bakım sonuçlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmada ameliyat sonrası dönemde, kontrol grubu hastalarını %85,57 oranında hemşireler mobilizasyona teşvik etmiştir. Müdahale grubu hastaların tamamı doktor veya hemşire hatırlatmadan mobilize olmak için hazır olduklarını ifade ederek mobilize olmuştur. Ameliyat sonrası dönemde hastaların mobilizasyona başlamasında etkin olan faktör açısından, her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

2. Çalışmada kontrol ve müdahale grubu hastaların ilk ayağa kalkış zamanı karşılaştırıldığında, müdahale grubu hastaların ortalama $373,33 \pm 117,03$ dakika, kontrol grubu hastaların ise $733,10 \pm 226,15$ dakika sonra mobilize olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

3. Erken ameliyat sonrası dönemde, müdahale grubu hastalarının %71,4'ü dört kez mobilize olurken, kontrol grubu hastalarından hiçbiri dördüncü kez mobilize olmamıştır.

4. Hastalar tarafından mobilizasyon sırasında en çok ifade edilen sorunlar, ağrı (%78,6) ve yorgunluk (%64,3) olmuştur.

5. Ameliyat sonrası erken dönemde grupların attığı ortalama adım sayısının, müdahale grubu hastalarda (338,57), kontrol grubu hastalardan (97,14) daha fazla olduğu saptanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

6. Müdahale grubundaki hastaların mobilizasyon süreci ile ilgili memnuniyet puanlarının ve uyku kalitesi puanlarının, kontrol grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

7. Çalışmada ortalama gaz çıkış zamanının, müdahale grubu hastalarda ($46,95 \pm 13,31$ saat), kontrol grubu hastalardan ($71,62 \pm 38,87$ saat) daha kısa olduğu saptanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

8. Yoğun bakımda kalma süresinin müdahale grubu hastalarda 2(1-2) gün, kontrol grubu hastalarda 4(1-7) gün olduğu saptanmıştır. Yoğun bakımda kalış süresi açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

9. Çalışmada gruplar hastanede kalma süresi açısından karşılaştırıldığında, müdahale grubu 7(5-11) gün, kontrol grubu 12(7-24) gün olduğu saptanmıştır. Hastanede kalma süresi açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

6.1.1. Sonuçlar Doğrultusunda Hipotezlerin Sınanması

Mobilizasyon Başlama Zamanı

Major abdominal cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası mobilizasyon protokolü kullanmak, hastaların mobilizasyona başlama zamanını kısaltmıştır. **H1** hipotezi kabul edilmiştir.

Mobilizasyonun Sürdürülmesi

Major abdominal cerrahi geçiren hastalarda mobilizasyon protokolü kullanmak, erken ameliyat sonrası dönemde hastaların mobilizasyon sayısının ve süresinin artmasını sağlamıştır. **H1** hipotezi kabul edilmiştir.

Bakım Sonuçları

Major abdominal cerrahi geçiren hastalarda mobilizasyon protokolü kullanmak, hastaların uyku kalitesi ve memnuniyet durumunun artmasını sağlamakla beraber gaz çıkış zamanının, yoğun bakımda ve hastane kalma süresinin kısaltılması gibi hasta bakım sonuçlarına olumlu etkisi olmuştur. **H1** hipotezi kabul edilmiştir.

6.2. ÖNERİLER

Abdominal cerrahi geçiren hastalarda mobilizasyon protokolünün mobilizasyon başlama zamanına ve hasta bakım sonuçlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Major abdominal açık cerrahi geçiren hastalarda mobilizasyon sürecinin etkin yönetilebilmesi ve hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesi için mobilizasyon protokollerinin kullanılması önerilmektedir.

2. Bu çalışma, majör abdominal açık cerrahi geçiren hasta popülasyonu ile sınırlı olduğundan, daha sonraki araştırmaların benzer kapsamda, farklı hasta popülasyonunda ve farklı cerrahi tiplerinde de yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. İzveren A, Dal Ü. The Early Period Complications in Patients Who Were Performed Abdominal Surgery Intervention and The Nursing Practices for These Complications. *Hacettepe Univ Fac Heal Sci Nurs J.* 2011;18(2):36–46.
2. Shaw AD, Bagshaw SM, Goldstein SL, Scherer LA, Duan M, Schermer CR, et al. Major complications, mortality, and resource utilization after open abdominal surgery: 0.9% saline compared to plasma-lyte. *Ann Surg.* 2012;255(5):821–9.
3. Ucuzal M, Aldanmaz N. Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riski. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2015;4(2):17–22.
4. Büyükyılmaz F, Özşaban A. Yoğun bakım ünitelerinde koruyucu hasta pozisyonları egzersiz ve mobilizasyon: Güvenli Uygulama Rehberi. *Florange Nightingale Hemşirelik Derg.* 2017;139–44.
5. Han B, Wang Y, Chen X. Predictive value of frailty on postoperative complications in elderly patients with major abdominal surgery. *Int J Med Sci* [Internet]. 2018;29(7). Available from: <http://www.alliedacademies.org/articles/predictive-value-of-frailty-on-postoperative-complications-in-elderly-patients-with-major-abdominal-surgery>
6. Fisher SR, Kuo YF, Graham JE, Ottenbacher KJ, Ostir G V. Early ambulation and length of stay in older adults hospitalized for acute illness. *Arch Intern Med.* 2010;170(21):1942–3.
7. Elsaid R, Soliman H, Sobh H, Maaty A. Effect of Early Ambulation; Three versus Five hours after Transfemoral diagnostic Cardiac Catheterization: A randomized clinical One-arm Study. *J Nurs Heal Sci.* 2015;4(5):12–20.
8. Uğurlu AK, Kula Şahin S, Seçginli S, Eti Aslan F. Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Erken Ayağa Kaldırmanın Hızlı İyileşmeye Etkisi: Sistematiik Derleme. *Türkiye Klin Hemşire Bilim.* 2017;9(4).

9. Cheifetz O, Lucy SD, Overend TJ, Crowe J. The effect of abdominal support on functional outcomes in patients following major abdominal surgery: A randomized controlled trial. *Physiother Canada*. 2010;62(3):242–53.
10. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* [Internet]. 1997 May [cited 2019 Jul 30];78(5):606–17. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0007091217399890>
11. Browning L, Denehy L, Scholes RL. The quantity of early upright mobilisation performed following upper abdominal surgery is low: An observational study. *Aust J Physiother*. 2007;53(1):47–52.
12. Bayar ÖÖ, Bademci R, Sözüner U, Tüzüner A, Karayalçın K. Major karaciğer rezeksiyonunda ERAS protokolü. *Okmeydanı Tıp Derg*. 2013;29(3):135–42.
13. Bozkırlı BO, Gündoğdu RH, Ersoy PE, Akbaba S, Temel H, Sayın T. Did the ERAS protocol affect our results in colorectal surgery. *Turkish J Surgery/Ulusal Cerrahi Derg*. 2012;28(3):149–52.
14. Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. *BMJ* [Internet]. 2001 Feb 24 [cited 2020 Jun 13];322(7284):473–6. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.322.7284.473>
15. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations. *World J Surg*. 2013;37(2):259–84.
16. Leditschke IA, Green M, Irvine J, Bissett B, Mitchell IA. What are the barriers to mobilizing intensive care patients? *Cardiopulm Phys Ther J*. 2012;23(1):26.
17. Mahmudova R, Dönmez Y. Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Türkiye Klin Hemsire Bilim*. 2019;11(1).
18. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G. Cerrahi Hemireliği II. In: N. Kanan, editor. *Pankreasın Cerrahi Hastalıkları Ve Bakımı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2017. p. 301–3.

19. Özçelik Z, Uçar N, Yılmaz D, Koç N, Akıncı SB. Yoğun Bakım Hastalarında Erken Mobilizasyon Uygulanması ve Erken Mobilizasyonun Hasta Hemodinamiğine Etkileri. J Turkish Soc Intensive Care. 2017;15(2).
20. Yolcu S, Akin S, Durna Z, Akın S. Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg. 2016;13(2):129–38.
21. Kristen L. Mauk. Rehabilitation Nursing A Contemporary Approach To Practice. Burlington: 1. Basım; 2014. 136–140 p.
22. Akça Ay F. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar Ve Beceriler. Geliştiril. istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2011. 519–521 p.
23. Castelino T, Fiore Jr JF, Niculiseanu P, Landry T, Augustin B, Feldman LS. The effect of early mobilization protocols on postoperative outcomes following abdominal and thoracic surgery: a systematic review. Surgery. 2016;159(4):991–1003.
24. Köse S. Açık kalp cerrahisi yapılan hastalarda erken ve düzenli mobilizasyonun yaşam bulguları ve oksijen saturasyonu üzerine etkisi [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 8]. Available from: <http://earsiv.atauni.edu.tr/xmlui/handle/123456789/3075>
25. Klemic N, Imle PC. Changes with immobility and methods of mobilization. In: Mackenzie CF, Ciesla N, Imle PC, Klemic N, editors. Chest physiotherapy in the intensive care unit. 1st ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1981. p. 109–32.
26. Vollman KM. The right position at the right time: mobility makes a difference. Intensive Crit care Nurs. 2004;4(20):179–182.
27. Morris PE, Herridge MS. Early intensive care unit mobility: future directions. Crit Care Clin. 2007;23(1):97–110.
28. Peel C. The Cardiopulmonary System and Movement Dysfunction. Phys Ther [Internet]. 1996;76(5):448–55. Available from: <https://academic.oup.com/ptj/article-abstract/76/5/448/2633007>

29. Dean E, Dean E. Oxygen transport: a physiologically-based conceptual framework for the practice of cardiopulmonary physiotherapy. *Physiotherapy*. 1994;80(6):347–54.
30. Dean E, Practice J. Oxygen transport: The basis for contemporary cardiopulmonary physical therapy and its optimization with body positioning and mobilization. *Physiother Theory Pract*. 1992;1(4):34–44.
31. Clini E, Ambrosino N. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. *Respir Med*. 2005;99(9):1096–104.
32. Denehy L, Berney S. Physiotherapy in the intensive care unit. *Phys Ther Rev*. 2006;11(1):49–56.
33. Timmerman RA. A mobility protocol for critically ill adults. *Dimens Crit Care Nurs*. 2007;26(5):175–9.
34. Thomas DC, Kreizman IJ, Melchiorre P, Ragnarsson KT. Rehabilitation of the patient with chronic critical illness. *Crit Care Clin*. 2002;18(3):695–715.
35. Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, Nicolas JM, Nogué S, Ferrer M. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial. *Lancet*. 1999;354(9193):1851–8.
36. Topp R, Ditmyer M, King K, Doherty K, Hornyak III J. The effect of bed rest and potential of prehabilitation on patients in the intensive care unit. *AACN Adv Crit Care*. 2002;13(2):263–76.
37. Line BR. Pathophysiology and diagnosis of deep venous thrombosis. *Semin Nucl Med*. 2001;31(2):99–101.
38. Autar R. NICE guidelines on reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients undergoing surgery. *J Orthop Nurs*. 2007;11(3–4):169–76.
39. Demirsoy N, Taşkıran Ö. Yoğun Bakım Ünitesinde Edinilmiş Güçsüzlük: Kritik Hastalık Nöromiyopatisi. *yogunbakimdergisi.org* [Internet]. 2010 [cited 2020 Jul 10]; Available from: http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2010-02/html/2010-9-2-098-106.htm

40. Chambers MA, Moylan JS, Reid MB. Physical inactivity and muscle weakness in the critically ill. *Crit Care Med*. 2009;37(10):337–46.
41. Fife C, Otto G, Capsuto EG, Brandt K, Lyssy K, Murphy K, et al. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. *Crit Care Med*. 2001;29(2):283–90.
42. Şenyuva E, Şenyuva E, Taşocak G. Hemsirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *Florence Nightingale Hemşirelik Derg*. 2007;15(59):100–6.
43. Avşar G, Kaşıkci M. Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*. 2009;12(3):67–73.
44. Stiller K, Phillips A. Safety aspects of mobilising acutely ill inpatients. Vol. 19, *Physiotherapy Theory and Practice*. 2003. p. 239–57.
45. Stiller K. Safety Issues That Should Be Considered When Mobilizing Critically Ill Patients. *Crit Care Clin*. 2007;23(1):35–53.
46. Fitzpatrick E, Hyde A. Nurse-related factors in the delivery of preoperative patient education. *J Clin Nurs*. 2006 Jun;15(6):671–7.
47. Selimen D. The Importance of a Holistic Approach During the Perioperative Period. *Elsevier*. 2011;93(4):482–90.
48. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care*. 2004;9(2):72–9.
49. G. Aksoy, N. Kanan NA. Cerrahi Hemşireliği 1. Genişletil. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti; 2017. 262–402 p.
50. Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelik Araştırma Derg*. 2002;4(1):40–51.
51. Heye ML, Foster L, Bartlett MK, Adkins S. A preoperative intervention for pain reduction, improved mobility, and self-efficacy. *Appl Nurs Res*. 2002;15(3):174–83.
52. Ayoğlu T. Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisi. İstanbul Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Tezi; 2011.

53. Rothman K, Garvan C, Surgical MN. The impact of early ambulation in the pediatric postoperative appendectomy patient. *J Pediatr Surg Nurs*. 2016;5(3):70–5.
54. Choi H, Kang SH, Yoon DK, Kang SG, Ko HY, Moon DG, et al. Chewing Gum Has a Stimulatory Effect on Bowel Motility in Patients After Open or Robotic Radical Cystectomy for Bladder Cancer: A Prospective Randomized Comparative Study. *Urology* [Internet]. 2011 Apr [cited 2020 Jun 24];77(4):884–90. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429510008976>
55. Mevzuat Bilgi Sistemi Hemşirelik Yönetmeliği Resmi gazete tarihi :08.03.2010 resmi gazete sayısı: 27515 [Internet]. [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr>
56. Havey R, Herriman E, O'Brien D. Guarding the gut: Early mobility after abdominal surgery. *Crit Care Nurs Q*. 2013;36(1):63–72.
57. Vann MA. Perioperative management of ambulatory surgical patients with diabetes mellitus. *Curr Opin Anesthesiol*. 2009;22(6):718–24.
58. Martinez K, Battaglia R, Start R, Mastal MF, Matlock AM. Nursing-Sensitive Indicators in Ambulatory Care. *researchgate.net*. 2015;33(1):59.
59. Bourdin G, Barbier J, Burlem JF, Durante G, Passant S, Vincent B, et al. The Feasibility of Early Physical Activity in Intensive Care Unit Patients: A Prospective Observational One-Center Study. *Respir Care*. 2010;55(4):400–7.
60. Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ, Blair R, Jewkes J, Bezdjian L, et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med*. 2007 Jan;35(1):139–45.
61. Davies SJ, Francis J, Dilley J, Wilson RJT, Howell SJ, Allgar V. Measuring outcomes after major abdominal surgery during hospitalization: reliability and validity of the Postoperative Morbidity Survey. *Perioper Med*. 2013;2(1):1.
62. Straatman J, Cuesta MA, de-Lange-de Klerk ES, Van der Peet DL. Long-Term Survival After Complications Following Major Abdominal Surgery. *J Gastrointest Surg*. 2016;20(5):1034–41.

63. Probst P, Ohmann S, Klaiber U, Hüttner FJ, Billeter AT, Ulrich A, et al. Meta-analysis of immunonutrition in major abdominal surgery. Vol. 104, British Journal of Surgery. 2017. p. 1594–608.
64. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) society recommendations. World J Surg. 2019;43(3):659–95.
65. 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.
66. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Appl Nurs Res. 1992;5(4):194–7.
67. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. Soc Work Res [Internet]. 2003 [cited 2020 Jul 26];27(2):94–104. Available from: <https://academic.oup.com/swr/article-abstract/27/2/94/1659075>
68. Wilder-Smith OH, Schreyer T, Scheffer GJ, Arendt-Nielsen L. Patients with Chronic Pain After Abdominal Surgery Show Less Preoperative Endogenous Pain Inhibition and More Postoperative Hyperalgesia: A Pilot Study. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2010 May 26;24(2):119–28.
69. Uzman S, Dönmez T. Rejyonel anestezi altında laparoskopik abdominal cerrahi: Bir retrospektif değerlendirme. Haseki Tıp Bul. 2017 Sep 1;55(3):205–11.
70. Acar K, Aygin D. Efficacy of Guided Imagery for Postoperative Symptoms, Sleep Quality, Anxiety, and Satisfaction Regarding Nursing Care: A Randomized Controlled Study. J Perianesthesia Nurs. 2019 Dec 1;34(6):1241–9.
71. Sılay F, Akyol A. Yoğun Bakım Ünitelerinde Sedasyon-Ajitasyon Ve Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan İki Ölçüm Aracının Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Yoğun Bakım Hemşireliği Derg. 2018;22(2):50–65.

72. Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *Jama*. 2003;289(22):2983–91.
73. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal P V., Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;166(10):1338–44.
74. Du HY, Newton PJ, Salamonson Y, Carrieri-Kohlman VL, Davidson PM. A review of the six-minute walk test: Its implication as a self-administered assessment tool. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009 Mar 1;8(1):2–8.
75. Liebermann M, Awad M, Dejong M, Rivard C, Sinacore J, Brubaker L. Ambulation of hospitalized gynecologic surgical patients: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2013;121(3):533–7.
76. Vlahov D. Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs (TREND). *J Urban Heal*. 2004;81(2):163–4.
77. Özer M, Coflkun F. Abdominal Operasyonlarda Mortalite ve Morbiditeye Etki Eden Faktörler. *Bakırköy Tıp Derg*. 2009;5(4):153–9.
78. Watters JM. Surgery in the elderly. *Can J Surg*. 2002;45(2):104–8.
79. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Türkiye Kanser İstatistikleri [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 26]. p. 35–6. Available from: https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri
80. Yılmaz KB, Akıncı M, Doğan L, Karaman N, Özaslan C, Atalay C. A prospective evaluation of the risk factors for wound dehiscence and incisional hernia development. *Turkish J Surg*. 2013;29(1):25–30.
81. Çınar V. Batın Ameliyatı Geçiren Hastalarda Erken Ambulasyonun Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2005.

82. Cohen M, Quintner J, Van Rysewyk S. Reconsidering the International Association for the study of pain definition of pain. *Pain Reports*. 2018 Mar 1;3(2).
83. G. Aksoy, N. Kanan NA. *Cerrahi Hemşireliği I*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2012.
84. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Elsevier*. 2003;51(2):169–76.
85. Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg*. 1998;2(1):20–6.
86. Wasowicz-Kemps DK, Slootmaker SM, Kemps HMC, Borel-Rinkes IHM, Biesma DH, Van Ramshorst B. Resumption of daily physical activity after day-case laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2009;23(9):2034–40.
87. Türk G, Eşer İ. Ortostatik Hipotansiyonun Önlenmesi. *Cumhur Üniversitesi Hemsire Yüksek Okulu Derg*. 2007;11(1):32–6.
88. Mock V. Evidence-Based Treatment for Cancer-Related Fatigue. *JNCI Monogr*. 2004;32:112–8.
89. Efe HF, Olgun N. The Effect of Education on Dyspnea, Fatigue and Life Quality Concerning Heart Failure Patients. *Hacettepe Univ Fac Heal Sci Nurs Journal*,. 2011;18(1).
90. Can, G., Durna Z, Aydinler A. Assessment of fatigue in and care needs of Turkish women with breast cancer. *Cancer Nurs*. 2004;27(2):153–61.
91. Uzun K, Yavşan DM. Sleep in Intensive Care. *Güncel Göğüs Hast Serisi*. 2014;2(2):230–6.
92. Gögenur I, Wildschjøtz G, Rosenberg J. Circadian distribution of sleep phases after major abdominal surgery. *Br J Anaesth*. 2008;100(1):45–9.
93. Aksu NT, Erdoğan A. Akciğer rezeksiyonu yapılan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *J Turkish Sleep Med*. 2017;4:35–42.

94. Ni CY, Wang ZH, Huang ZP, Zhou H, Fu LJ, Cai H, et al. Early enforced mobilization after liver resection: a prospective randomized controlled trial. *Int J Surg*. 2018;54:254–8.
95. Taşdemir N, Çelik SŞ. Hastaların Cerrahi Girişim Sonrası Abdominal Cerrahiye Yönelik Deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg*. 2011;26(3):23–32.
96. Terzioğlu F, Şimsek S, Karaca K, Sariince N, Altunsoy P, Salman MC. Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynaecologic surgery. *J Clin Nurs*. 2013;
97. Göymen A, Şimşek Y, Özkaplan ŞE, Özduvak Hİ, Akpak YK, Semiz A, et al. Effect of Gum Chewing and Coffee Consumption on Intestinal Motility in Caesarean Sections. *J Clin Anal Med*. 2017;8(5):411–5.
98. Sindell S, Causey MW, Bradley T, Poss M, Moonka R, Thirlby R. Expediting return of bowel function after colorectal surgery. *Am J surgery*. 2012;203(5):644–8.
99. Ahn KY, Hur H, Kim DH, Min J, Jeong DH, Chu SH, et al. The effects of inpatient exercise therapy on the length of hospital stay in stages I-III colon cancer patients: Randomized controlled trial. *Int J Colorectal Dis*. 2013 May;28(5):643–51.
100. Le H, Khankhanian P, Joshi N, Maa J, Crevensten H. Patients recovering from abdominal surgery who walked with volunteers had improved postoperative recovery profiles during their hospitalization. *World J Surg*. 2014 Mar 11;38(8):1961–5.
101. Ertem G, Sevil Ü. Geliştirilen standartlar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi Gül Ertem* Ümran Sevil**. *Uluslararası İnsan Bilim Derg*. 2007;4(2).
102. Büyükyılmaz F, Şendir M. Cerrahi hastalarında barsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg*. 2009;2(1):74–81.

103. Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelik Araştırma Derg.* 2002;4(1):40–51.
104. Yeh MY, Wu SC, Tung TH. The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: A cross-sectional-comparison study. *Appl Nurs Res.* 2018;39:11–7.
105. Fatima T, Malik SA, Shabbir A. Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems. *Int J Qual Reliab Manag.* 2018;35(6):1195–214.
106. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open.* 2019;6(2):535–45.
107. Fatih Önsüz M, Topuzoğlu A, Ertürk S. Satisfaction Levels of Hospitalized Patient in a University Hospital in Istanbul. *Marmara Med J.* 2008;21(1):33–49.
108. Gasquet I, Villemintot S, Estaquio C, Durieux P, Ravaud P, Falissard B. Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2(1):43.



EK-1

Ameliyat Sonrası Ayağa Kalkmaya Yönelik Hasta Eğitim Broşürünün Maddeleri		a ve b Puanı Veren Uzmanların Toplamı	Danışılan Toplam Uzman Sayısı	Kapsam Geçerlilik İndeksi	Kapsam Geçerlilik Ölçütü
1.	Hemşireniz ayağa kalkabilmeniz için yatak pozisyonunu size göre ayarlayacak.	8	8	1	0,80
2.	1. Görsel	8	8	1	
3.	Bir elinizi yatağa koyarak diğer elinizle hemşirenizden destek alın.	8	8	1	
4.	2. Görsel	8	8	1	
5.	Kendinizi rahat bırakmalı ve kalkış sırasında yavaş hareket etmelisiniz.	8	8	1	
6.	3. Görsel	8	8	1	
7.	Ayaklarınızı yavaşça yatak kenarından aşağı sarkıtın.	8	8	1	
8.	4. Görsel	8	8	1	
9.	Oturur pozisyona gelin. Birkaç dakika oturur pozisyonda kalın ve karşıya bakın.	8	8	1	
10.	5. Görsel	8	8	1	
11.	Güvenli bir şekilde yavaşça kalkın.	8	8	1	
12.	6. Görsel	8	8	1	
13.	Yürümeye başlayabilirsiniz. Kötü hissettiğinizde hemşirenize haber verin.	8	8	1	
14.	7. Görsel	7	8	0,87	
15.	Ameliyat esnasında aldığınız anestezi ilaçlar bağırsak hareketlerinizi yavaşlatır. Yürümeniz bağırsak hareketlerinizi artırır.	8	8	1	
16.	Akciğerlerinizin kapasitesini artırarak daha rahat nefes almanızı sağlar	8	8	1	
17.	Kan dolaşımınızı hızlandırarak yaranızın iyileşmesini destekler.	8	8	1	
18.	Yürümek kalbinize dönen kan akımını artırır. Pıhtı oluşumunu engeller.	8	8	1	
19.	Daha rahat bir gece geçirmenizi sağlar.	8	8	1	
20.	Yoğun bakımdan çıkış zamanınızı kısaltır.	8	8	1	
21.	Daha erken taburcu olmanızı sağlar.	8	8	1	
22.	Ameliyat Günü Yatak Dışında Geçirilecek Süre Tablosu	7	8	0,87	
Toplam				0,90	0,80

EK-2

**AMELİYAT SONRASI AYAĞA
KALKMAYA YÖNELİK
HASTA EĞİTİM BROŞÜRÜ**



**ERKEN HAREKET ET
ERKEN İYİLEŞ**



EK-2 (DEVAMI)**AMELİYAT SONRASI NEDEN
ERKEN HAREKET ETMELİSİNİZ**

- Ameliyat esnasında size yapılan ilaçlar bağırsak hareketlerinizi yavaşlatabilir ya da durmasına sebep olabilir. Yürümek normal bağırsak hareketlerinizi yeniden kazanmanızı kolaylaştırır.
- Ameliyat esnasında aldığınız anestezi ilaçları ve ameliyat süresine bağlı olarak akciğer kapasitesi azalabilir. Yürümek akciğer kapasitesini artırarak daha rahat nefes almanızı destekler.
- Yürümek, kan dolaşımınızı hızlandırarak ameliyat yerinizin iyileşmesini destekler.
- Yürümek, bacaklarınızdan kalbinize dönen kan akımını artırarak, pıhtı oluşumunu önlemede destek olur.
- Yürümek, daha rahat uyumanızı destekler.
- Yürümek, yoğun bakımdan çıkış zamanınızın kısalmasına yardımcı olur.
- Yürümek, daha erken taburcu olmanızı kolaylaştırır.

EK-2 (DEVAMI)

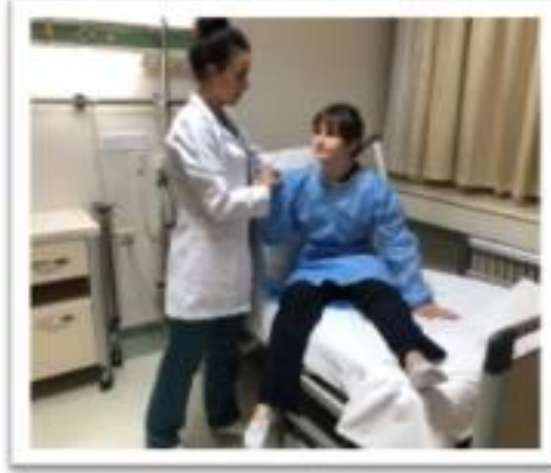
Hemşireniz ayağa kalkabilmeniz için yatak pozisyonunu size göre ayarlayacaktır.



Bir elinizi yatağa yerleştiriniz diğer elinizle hemşirenizin elini tutarak destek alınız.

EK-2 (DEVAMI)

Sakinliğinizi korumalı ve kalkış sırasında yavaş hareket etmelisiniz.



Ayaklarınızı yavaşça yatak kenarından aşağı sarkıtınız.

EK-2 (DEVAMI)

Karşıya bakarak oturur pozisyona geliniz ve birkaç dakika bu pozisyonda kalınız.



Güvenli bir şekilde yavaşça kalkınız.

EK-2 (DEVAMI)



Yürümeye başlayabilirsiniz. Kendinizi kötü hissettiğinizde (baş dönmesi, mide bulantısı vs) hemşirenize söyleyiniz.

AMELİYAT OLDUĞUNUZ GÜN YOĞUN BAKIMDA YATAK DIŞINDA GEÇİRECEĞİNİZ SÜREYİ AŞAĞIDAKİ TABLODAN TAKİP EDEBİLİRSİNİZ

** Ameliyat günü yatak dışında geçirilecek süre tablosu*

	Yatak dışında geçirilecek süre	Tamamlandı
1. Ayağa kalkış	15 dk	
2. Ayağa kalkış	25 dk	
3. Ayağa kalkış	35 dk	
4. Ayağa kalkış	45 dk	

❖ Bu tablo ERAS protokolünün postoperatif 0.gün hastanın 2 saat, takip eden günlerde ise taburcu olana kadar günde 6 saat yatak dışında kalma önerisine göre hazırlanmıştır. World J Surg. 2019 Mar;43(3):659-695

EK-3**Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale; VAS)**

Memnuniyet Düzeyi	Memnun Değilim	Çok Memnunum
	0	10
Uyku Kalitesi	Çok Kötü	Çok İyi
	0	10



EK-4**Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası (RASS)**

Sedasyon					İdeal Düzey			Ajitasyon	
-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+ 4



EK-5

VERİ TOPLAMA FORMU

TARİH:

1-AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEME AİT BİLGİ FORMU	
Hastanın Adı Soyadı	
Doğum Tarihi	
Boy/Kilo	
BKI	
Tıbbi Tanısı	
Eğitim Durumu	☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite/Yüksekokul
Sigara İçme Öyküsü	☐ Evet ☐ Hayır
Kronik Hastalık Varlığı	☐ Evet ☐ Hayır Cevabını evet ise; ☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ Kalp Hastalığı ☐ Diğer
ASA Skoru	
6 dk'da Yürüdüğü Mesafe	m

EK-5 (DEVAMI)

2-AMELİYAT SONRASI DÖNEME AİT BİLGİ FORMU	
Ameliyat Tarihi	
Anestezi Süresi	Başlangıç Saati: Bitiş Saati:
Ameliyattan Çıkış Saati	
Kesi Şekli	
Kesi Uzunluğu	
Mobilizasyona Başlamada Etkin Olan Faktör	☐ Hasta ☐ Hemşire ☐ Doktor

AMELİYAT SONRASI 0. GÜN				
	1.Mobilizasyon	2.Mobilizasyon	3.Mobilizasyon	4.Mobilizasyon
Saati				
Vital Bulguları				
Rass Skoru				
Atılan Adım Sayısı				
Yatak Dışında Geçirdiği Süre				
Hedefe Ulaşıldı mı?				
Ulaşılamadıysa Neden	☐ Ağrı ☐ Baş dönmesi ☐ Bulantı ☐ kusma ☐ Yorgunluk ☐ Solunum ☐ Yetmezliği ☐ Diğer	☐ Ağrı ☐ Baş dönmesi ☐ Bulantı ☐ kusma ☐ Yorgunluk ☐ Solunum ☐ Yetmezliği ☐ Diğer	☐ Ağrı ☐ Baş dönmesi ☐ Bulantı ☐ kusma ☐ Yorgunluk ☐ Solunum ☐ Yetmezliği ☐ Diğer	☐ Ağrı ☐ Baş dönmesi ☐ Bulantı ☐ kusma ☐ Yorgunluk ☐ Solunum ☐ Yetmezliği ☐ Diğer
24 Saatte Atılan Adım Sayısı				

EK-5 (DEVAMI)

AMELİYAT SONRASI 1. GÜN	
Ameliyat sonrası ilk gece uyku kalite puanı	
Memnuniyet puanı	
AMELİYAT SONRASI TAKİP EDEN DÖNEM	
Ameliyat sonrası ilk gaz çıkış zamanı	
Yoğun bakımda kalış günü	
Taburculuk tarihi	

EK-6



FORM 3

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

15.05.2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞINA

Sorumlu araştırmacısı Prof.Dr.Emine İYİĞÜN olan "Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Mobilizasyon Protokolünün Mobilizasyon Başlama Zamanına ve Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi" isimli proje Anabilim Dalımızda/Kliniğimizde yapılacaktır.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Ahmet COŞAR

Anezteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanı

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof.Dr. Ahmet COŞAR
Diploma No: 2005
Anezteziyoloji ve Reanimasyon Dalında
Yüksek Bakım Yeterlilik Uzmanı

EK-7



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
 Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 28 MAYIS 2019 SALI
 TOPLANTI NO : 2019/10
 PROJE/ KARAR NO : 19/208 (Değerlendirilme Tarihi: 28.05.2019)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Emine İYİĞÜN'ün sorumlu araştırmacı, Yük. Lis. Öğr. Fadime KOYUNCU'nun yardımcı araştırmacı olduğu, 19/208 kayıt numaralı, **"Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Mobilizasyon Protokolünün Mobilizasyon Başlama Zamanına ve Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi"** başlıklı yüksek lisans tezi önerisi, araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

BAŞKANAhmet COŞAR
Prof. Dr.**ÜYE**Alper GÖZÜBÜYÜK
Prof. Dr.**ÜYE**Ayhan KILIÇ
Prof. Dr.**ÜYE**TOPLANTIYA KATILMADI
Levent KENAR
Prof. Dr.**ÜYE**Ömer Cumhur AYDIN
Prof. Dr.**ÜYE**TOPLANTIYA KATILMADI
Cemal Nuri ERÇİN
Prof. Dr.**ÜYE**TOPLANTIYA KATILMADI
Kazım Emre KARAŞAHİN
Prof. Dr.**ÜYE**Yusuf İZCI
Prof. Dr.**ÜYE**Murat ÇELİK
Doç. Dr.**ÜYE**Ali Kağan COŞKUN
Doç. Dr.**ÜYE**Ceyhan ALTUN
Doç. Dr.**ÜYE**Dilek YILDIZ
Doç. Dr.**ÜYE**TOPLANTIYA KATILMADI
Gülten GÜVENÇ
Doç. Dr.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
 Etlik-Ankara
 Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-8



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ



KARAR TARİHİ: 20.06.2019

KARAR NO: 06

20.06.2019 TARİHLİ 06. KURUL KARARININ DEVAMIDIR

9. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 28.05.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.919 sayılı ve "Dr.Öğr.Üyesi Nilgün KAHRAMAN (Bireysel Araştırma Projesi)" konulu; **Dr.Öğr.Üyesi Nilgün KAHRAMAN**'ın, "Kanserde Nüks Korkusu Ölçeğinin Kısa Formunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Yapılması ve Hastaların Nüks Korkusu Düzeylerinin Fiziksel Semptom, Öz Yeterlilik-Etklilik ve Algılanan Sosyal Destek Durumlarına Göre İncelenmesi" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
10. GEAH Aile Hekimliği Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Sema Nur KOÇ**'un 31.05.2019 tarihli, SAYI: 50687469-044-E.9888 sayılı "Anket Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve "Tip 2 Diabetes Mellitus Tanısı Olan 18-65 Yaş Arası Hastalarda İnsomnia Varlığının Yaşam Kalitesi, Öz Bakım ve Diyabet Regülasyonu Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
11. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 31.05.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.952 sayılı ve "Yeliz GÜÇER ÖZ (Tez Çalışması)" konulu; **Doktora Öğrencisi Yeliz GÜÇER ÖZ**'ün, "Demans Teşhisi Konmuş Bireylerde Karadut (Morus Nigra) Tüketiminin Bilişsel Fonksiyonlara ve Antioksidan Kapasiteye Etkisi" başlıklı tez çalışması, sorumlu araştırmacının ilk müracaatı sonrasında tespit edilen eksik hususların revize edilmesi sonrası tekrar incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
12. GEAH Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde görev yapmakta olan **Hem. Fadime KOYUNCU**'nun 31.05.2019 tarihli, SAYI: 50687469-806.02.02-9829 sayılı "Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Mobilizasyon Protokolünün Mobilizasyon Başlama Zamanına ve Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
13. GEAH Gastroenteroloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Uzm.Dr. Harun ERDAL**'ın 11.06.2019 tarihli, SAYI: 50687469-619-9994 sayılı "Uzm.Dr. Harun ERDAL'ın Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "Özofagogastroduodenoskopi ve Kolonoskopi Öncesi Hastaların Anksiyete Değerlendirilmesi" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
14. GEAH Aile Hekimliği Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Dilara YILDIZ**'in 13.06.2019 tarihli, SAYI: 50687469-799-E.1 sayılı "Anket Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve "Gestasyonel Diabetes Mellitus Taramasında Önerilen Oral Glukoz Tolerans Testinin Gebelerde Yaptırılması İle Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
15. GEAH Aile Hekimliği Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Halil DOĞRUL**'un 13.06.2019 tarihli, SAYI: 50687469-799-E.2 sayılı "Anket Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve "5-10 Yaş Arası Okul Çağı Çocuklarında Uyku Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi ve İlişkili Faktörler" başlıklı tez çalışması incelenmiş olup, çalışma ile ilgili örneklemin yapılacağı kurum/kurumların bağlı bulunduğu Ankara İli İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli idari izinlerin alınması koşuluyla araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**

EK-9**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Araştırma Projesinin Adı: Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Mobilizasyon Protokolünün Mobilizasyon Başlama Zamanına ve Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi
Sorumlu Araştırmacının Adı: Emine İYİĞÜN
Diğer Araştırmacıların Adı: Fadime KOYUNCU

“Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Mobilizasyon Protokolünün Mobilizasyon Başlama Zamanına ve Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde majör abdominal cerrahi operasyonu gerektiren bir hastalığın görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında, Prof. Dr. Emine İYİĞÜN’ ün sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- Bu çalışma ameliyat sonrası erken dönemde yoğun bakımda izlenmekte olan abdominal cerrahi geçiren hastalarda mobilizasyon protokolünün mobilizasyon başlama zamanına ve hasta bakım sonuçlarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır.
- Sizin haricinizde araştırmaya katılmaya gönüllü 41 hasta ile yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Bu araştırmanın 1 yıl sürmesi planlanmaktadır. Araştırmayla ilgili gerekli açıklamalar yapılacak ve yazılı onamınız alınacaktır. Hastalığınız nedeniyle yapılan cerrahi operasyon sonrası ilk olarak yoğun bakım ünitesinde takip edileceksiniz. Bu çalışmada ameliyat sonrası ilk 24 saatlik sürenin ne kadarını yatak dışında geçirdiğiniz, bir pedometre(adım sayar) yardımı ile kaç adım attığınız, gaz çıkış zamanınız, uyku kaliteniz, memnuniyet düzeyiniz, yoğun bakımda kalış süreniz araştırılacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

1. Araştırmanın beklenen herhangi bir riski yoktur.
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Sizin deneyimlerinizden elde edeceğimiz bilgiler doğrultusunda, bundan sonraki yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ayağa kalkış zamanı ve süresi hakkında yol gösterici olacaksınız.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Emine İYİĞÜN

GÖREVİ : Prof. Dr.

TELEFON : 0312 304 39 07

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Genel Cerrahi Anabilim dalında, Prof. Dr. Emine İYİĞÜN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etlik/Ankara adresinde bulunan Prof. Dr. Emine İYİĞÜN' ü, 0312 304 39 07 'den arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen

hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLER

I. BİREYSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Fadime Koyuncu

Doğum yeri ve tarihi: Adıyaman/ 14.06.1994

Uyruğu: T.C

Medeni Durumu: Bekar

İletişim adresi ve telefonu: fadime.koyuncu@sbu.edu.tr / 0506 723 40 14

Yabancı dili: 81,25

II. EĞİTİM BİLGİLERİ

2012-2016: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksekokulu

2008-2012: Mehmetçik Lisesi

2000-2008: Eryaman Kooperatifler Birliği İlköğretim Okulu

III. ÜNVANLARI

Haziran 2020-halen: Araştırma Görevlisi

IV. MESLEKİ DENEYİMİ

2016-2020: Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

V. ÜYE OLDUĞU BİLİMSEL KURULUŞLAR

Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği

VI. BİLİMSEL ETKİNLİKLERİ

SÖZEL BİLDİRİLER

- **Koyuncu F.**, Ayhan H., İyigün. (2019).” Pankreatikoduodenektomi ve Hemşirelik Konulu Yayınların Bibliyometrik Analizi”, Sözel Bildiri, 1.Uluslararası 2.Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye.
- **Koyuncu F.**, Ayhan H., İyigün, E., Tastan, S. (2018).” Yetişkin Hastalarda Sepsis ve Hemşirelik Konulu Yayınların Bibliyometrik Analizi”, Sözel Bildiri, 2.Uluslararası 8.Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Marmaris, Türkiye.

POSTER BİLDİRİLER

- **Koyuncu F.**, Akyüz S. (2019).” Maligniteye Bağlı Sternum Rezeksiyonu Sonrası Göğüs Duvarı Rekonstrüksiyonunda Titanyum Plak Kullanımı Ve Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu”, Poster Bildiri, 1.Uluslararası 2.Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye.
- **Koyuncu F.**, Ayhan H., İyigün, E., Şenocak, R. (2018).” Düşmeyen Ateş Etiyolojisinde Dren Varlığı: Olgu Sunumu”, Poster Bildiri, 2.Uluslararası 8.Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Marmaris, Türkiye

ÖDÜLLER

- Koyuncu F., Ayhan H., İyigün. (2019).” Whipple Prosedürü Uygulanan Hastaya Konfor Kuramı Kullanılarak Uygulanan Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Olgu Sunumu”, Sözlü Bildiri İkincilik Ödülü. 14. Türk Hepato Pankreato Bilier Cerrahi Kongresi 5. Hepato Pankreato Bilier Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye

KURSLAR

- III. Üroloji Hemşireliği Günleri”Klinik Uygulamalar Kursu”(2020)
- 2.Uluslararası 8.Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi kapsamında ”Hedefe Yönelik Sıcaklık Yönetimi Kursu”(2018)
- Hemşireler için Enteral ve Parenteral Beslenmede Güncel Uygulamalar Kursu (2018)
- Uluslararası 1.ERAS Kongresi (2018)
- VI. Ulusal Sepsis Sempozyumu (2018)
- Türk Üroloji Derneği Temel Biyoistatistik Kursu (2017)