

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ABDOMİNAL CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA
MOBİLİZASYON DURUMUNUN AMELİYAT SONRASI
GASTROİNTESTİNAL SEMPTOM VE AĞRI İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

İLKNUR KASALAR

0000-0002-3319-8776

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İZMİR
OCAK 2022**

TEZ KODU: DEU.HSLMSc -2019970051

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ABDOMİNAL CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA
MOBİLİZASYON DURUMUNUN AMELİYAT SONRASI
GASTROİNTESTİNAL SEMPTOM VE AĞRI İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

İLKNUR KASALAR

0000-0002-3319-8776

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yaprak SARIGÖL ORDİN
0000-0002-3359-3362**

**İZMİR
OCAK 2022**

TEZ KABUL ONAYI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği programı yüksek lisans öğrencisi İlknur KASALAR tarafından hazırlanan “Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Mobilizasyon Durumunun Ameliyat Sonrası Gastrointestinal Semptom ve Ağrı ile İlişkisinin İncelenmesi” başlıklı tez çalışması 25/01/2022 Günü 10:00- 12:00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ/ OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul/ret edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç.Dr. Yaprak SARIGÖL ORDİN

DEÜ, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID 0000-0002-3359-3362

İMZA

Üye: Doç.Dr. Aylin DURMAZ EDEER

Dokuz Eylül Üniversitesi,

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID ID numarası: 0000-0002-0681-5863

İMZA

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Eda DOLGUN

Ege Üniversitesi,

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID ID numarası: 0000-0003-0726-0633

İMZA

Üye: Doç.Dr. Özlem BİLİK

Dokuz Eylül Üniversitesi,

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID ID numarası: 0000-0002-8372-8974

İMZA

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Hale TURHAN DAMAR

İzmir Demokrasi Üniversitesi,

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID ID numarası: 0000-0002-1218-5319

İMZA

ETİK BEYAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Mobilizasyon Durumunun Ameliyat Sonrası Gastrointestinal Semptom Ve Ağrı İle İlişkisinin İncelenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Ad Soyadı: İlknur KASALAR

Tarih: 25.01.2022

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini sıkılmadan benimle paylaşarak her daim yol gösteren, aynı zamanda kendisiyle çalışma fırsatı bulduğum için aşırı şanslı hissettiğim sayın danışman hocam Doç. Dr. Yaprak SARIGÖL ORDİN'e,

Verilerimi toplama aşamasında tüm yoğunluklarına rağmen bana yardımcı olup, benimle aynı çabayı gösteren bütün İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servis hemşirelerine,

Yüksek lisansın en yorucu dönemlerinde pes etmemem için her daim moral ve motivasyonumu yükselten, en az ailem kadar bana inanıp ayrım yapamayacak kadar çok sevdiğim bütün arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında yanımda olan, başarılı olacağımdan bir kez bile şüphe etmeyip desteklerini asla esirgemeyen, varlıklarına minnettar olduğum ve olmaya devam edeceğim canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İlknur KASALAR

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
GRAFİKLER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Abdominal Cerrahi ve Sınıflandırılması	5
2.2. Ameliyat Sonrası Dönem Komplikasyonları	6
2.2.1. Solunum Sistemi Komplikasyonları.....	6
2.2.2. Kardiyovasküler Sistem Komplikasyonları.....	6
2.2.3. Sıvı ve Elektrolit Dengesi Komplikasyonları.....	6
2.2.4. Üriner Sistem Komplikasyonları.....	7
2.2.5. Kas-İskelet Sistemi Komplikasyonları	7
2.2.6. Nörolojik Sistem Komplikasyonları	7
2.2.7. Yara İyileşmesinde Görülen Komplikasyonlar.....	7
2.2.8. Hipo ve Hipertermi	7
2.3. Ameliyat Sonrası Dönem Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları	8
2.3.1. Bulantı ve Kusma	8
2.3.2. Abdominal Şişkinlik ve Distansiyon	9
2.3.3. Konstipasyon	10
2.3.4. Diyare	10
2.3.5. İleus	11
2.3.6. Hıçkırık	12

2.4. Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrı	13
2.4.1. Ağrının Tanımı	13
2.4.2. Ağrının Sınıflandırılması	13
2.4.3. Ameliyat Sonrası Ağrının Patofizyolojisi	16
2.4.4. Ameliyat Sonrası Ağrının Risk Faktörleri	16
2.4.5. Ameliyat Sonrası Ağrının Tedavi Yöntemleri.....	16
2.5. Ameliyat Sonrası Dönemde Mobilizasyon	18
2.5.1. Mobilizasyonun Tanımı ve Önemi	18
2.5.2. Mobilizasyon Şekilleri	18
2.5.3. Mobilizasyonu Etkileyen Faktörler	18
2.5.4. İmmobilizasyonun Sistemlere Etkisi.....	19
2.5.5. İmmobilizasyonun Gastrointestinal Sistemlere Etkisi	20
2.5.6. İmmobilizasyon ve Ağrı	21
2.5.7. Mobilizasyon ve Hemşirelik Bakımı	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Çalışma Materyali	24
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.6. Veri Toplama Araçları	25
3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu	25
3.6.2. Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği	25
3.6.3 Hasta Hareketlilik (Mobilizasyon) Çizelgesi	27
3.6.4. Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği	28
3.6.5. Sayısal Ağrı Ölçeği	29
3.7. Veri Toplama	29
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.10. Etik Kurul Onayı.....	31

4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
7. KAYNAKÇA	46
8. EKLER	55



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Araştırma Planı	23
Tablo 2. Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	32
Tablo 3. Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Klinik Özellikleri	34
Tablo 4. Hastaların Hareketlilik ve Gastrointestinal Semptom Puan Ortalamaları	35
Tablo 5. Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Puan Ortalamasının Mobilizasyon Sıklığı ve Ağrı Puan Ortalamasıyla İlişkisi.....	38
Tablo 6. Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Puan Ortalamasının Gastrointestinal Semptomlar Puan Ortalamasıyla İlişkisi.....	40
Tablo 7. Mobilizasyon Sıklığı Ortalamasının Gastrointestinal Semptom Puanı ile Arasındaki İlişki	41

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1. Ağrı Skalası.....	14
Şekil 2. Ağrı da Basamak Tedavisi.....	17
Şekil 3. Veri Toplama Planı.....	30



GRAFİKLER DİZİNİ

	Sayfa
Grafik 1. Hastaların Ameliyat Sonrası Geçen Süreye Göre Mobilizasyon Sıklığı Dağılımı	35
Grafik 2. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemdeki Ağrı Puan Ortalamaları	36



KISALTMALAR

5-HT3	: 5-hydroxytryptamine
ANA	: American Nurses Association - Amerikan Hemşireler Derneği
ASA	: American Society of Anesthesiologists - Amerikan Anestezi Derneği
ASPAN	: The American Society of PeriAnesthesia Nurses - Amerika Perianestezi Hemşireler Derneği
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ERAS	: Enhanced Recovery After Surgery - Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileştirme
GSDÖ	: Gastrointestinal Symptom Derecelendirme Ölçeği
NICE	: The National Institute for Health and Care Excellence - Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü
SAÖ	: Sayısal Ağrı Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences - Sosyal Bilimler İstatistik Programı
WRHA	: Winnipeg Regional Health Authority - Winnipeg Bölge Sağlık Kurumu

ABDOMİNAL CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA MOBİLİZASYON DURUMUNUN AMELİYAT SONRASI GASTROİNTESTİNAL SEMPTOM VE AĞRI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

İlknur KASALAR

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Bu araştırma abdominal cerrahi uygulanan hastalarda mobilizasyon durumunun ameliyat sonrası gastrointestinal semptomlar ve ağrıyla olan ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırma ilişki arayıcı ve ileriye dönük bir araştırma olup bir üniversite hastanesinde abdominal cerrahi geçiren hastalar (n=130) ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri Nisan-Eylül 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler “Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu”, “Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği”, “Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği”, “Hasta Hareketlilik (Mobilizasyon) Çizelgesi” ve “Sayısal Ağrı Ölçeği” ile toplanmıştır. Hastaların mobilizasyon durumları ilk gün ve taburculuk günü, mobilizasyon sıklıkları ve ağrı durumları ameliyattan sonra taburculuk dönemine kadar her gün değerlendirilmiştir. Gastrointestinal semptomlar, ameliyattan sonra yedinci günde değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde Spearman ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Hastaların ameliyat sonrası dönemdeki ilk mobilizasyon süreleri ortalama 22.13 ± 0.57 saattir. Hastaların ilk 48 saat hareketlilik puan ortalaması hasta 14.22 ± 0.33 ve gözlemci 3.49 ± 0.59 'dur. Taburculuk dönemi hareketlilik puan ortalaması hasta 5.22 ± 0.16 ve gözlemci 1.25 ± 0.46 'dır. Hastaların mobilizasyon da zorlanma dereceleri

arttıkça mobilizasyon sıklıklarının azaldığı, ağrı düzeylerinde artış olduğu bulunmuştur. Gastrointestinal semptomların puan ortalamaları; karın ağrısı 7.61 ± 0.19 , hazımsızlık 11.94 ± 0.23 , reflü 2.04 ± 0.32 , diyare 5.02 ± 0.32 ve konstipasyon 4.65 ± 0.24 'tür. Mobilizasyon da zorlanma derecesi arttıkça karın ağrısı, diyare, hazımsızlık, reflü ve ilk gaz çıkış süresinde gecikmenin arttığı görülmüştür. Mobilizasyon sıklığı arttıkça karın ağrısı, diyare ve ilk gaz çıkarma zamanının azaldığı bulunmuştur.

Hastaların yaşadığı gastrointestinal semptomların ve ağrının azaltılmasında mobilizasyon durumlarının etkili olduğu bulunmuştur. Bu nedenle hastaların mobilizasyon durumlarının arttırılmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilir.

Anahtar sözcük: abdominal cerrahi, ağrı, gastrointestinal semptom, hemşirelik, mobilizasyon

Tezin sayfa adedi: 89

Danışman: Doç. Dr. Yaprak SARIGÖL ORDİN

**INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP OF MOBILIZATION STATUS
WITH POSTOPERATIVE GASTROINTESTINAL SYMPTOMS AND PAIN IN
PATIENTS UNDERTAKING ABDOMINAL SURGERY**

MSc Dissertation

İlknur KASALAR

DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Department of Surgical Nursing

ABSTRACT

This study was conducted to examine the relationship between mobilization status and postoperative gastrointestinal symptoms and pain in patients undergoing abdominal surgery.

Research is correlational and prospective study. Study was conducted with patients (n=130) undergoing abdominal surgery in university hospital. Research were collected between April and September 2021. Data were collected with the “Sociodemographic and Clinical Characteristics Form”, “Gastrointestinal Symptom Rating Scale”, “Patient Mobility and Observer Mobility Scale”, “Patient Mobility (Mobilization) Chart” and “Numerical Pain Scale”. Mobilization status of patients was evaluated on first and discharge days, and their mobilization frequency and pain status were evaluated every day until discharge period after surgery. Gastrointestinal symptoms were evaluated on seventh day after surgery. Spearman and Pearson Correlation analysis were used in data analysis.

Mean first mobilization time of patients in postoperative period was 22.13 ± 0.57 hours. Mean mobility level score of patients in first 48 hours was 14.22 ± 0.33 for patient and 3.49 ± 0.59 for the observer. Mean mobility level at discharge was 5.22 ± 0.16 for patient and 1.25 ± 0.46 for observer. It was determined that level of mobilization frequency and pain increased while patients’ mobilization difficulty level increased. Gastrointestinal symptoms; abdominal pain 7.61 ± 0.19 , indigestion 11.94 ± 0.23 , reflux

2.04±0.32, diarrhea 5.02±0.32 and constipation 4.65±0.24. while patients' mobilization difficulty level increased, abdominal pain, diarrhea, indigestion, reflux and delayed first gas time increased. It was found that as the frequency of mobilization increased abdominal pain, diarrhea and time to first flatulence decreased.

Mobilization status were found to be effective in reducing gastrointestinal symptoms, pain experienced by patients. Therefore, it is recommended to carry out studies to increase mobilization status of patients.

Key Words: abdominal surgery, pain, gastrointestinal symptom, mobilization, nursing

Page number: 89

Advisor: Assoc. Dr. Yaprak SARIGOL ORDIN

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Mide, safra, karaciğer, dalak, pankreas, ince ve kalın bağırsakta gerçekleşen cerrahi girişimler, abdominal cerrahi olarak adlandırılmaktadır (1). Abdominal cerrahi sonrası, uzun süreli hastanede kalış, fiziksel aktivite seviyelerinde azalma ve uzun yatak istirahati gibi durumlar görülebilmektedir (2). Minimal invaziv cerrahi gibi yeniliklere rağmen, abdominal cerrahi sonrası komplikasyon gelişme oranının %30'dan fazla olduğu rapor edilmektedir (3). Ameliyat sonrasında ameliyat yerinde ağrı, öksürük, bulantı, yutma güçlüğü, konstipasyon, parolitik ileus, abdominal distansiyon, gastrik dilatasyon, ameliyat yerinde hematoma, yara açılması ve enfeksiyon gibi sorunlar erken dönemde karşılaşılan komplikasyonlar arasında yer almaktadır (2,4). Abdominal ameliyatlarda, hastaların ameliyat sonrası dönemde ameliyat alanındaki yoğun sinir ağrısına bağlı olarak şiddetli ağrı deneyimledikleri ameliyatlardır (5). Üst abdominal cerrahi girişimi uygulanan hastalar, insizyon alanının diyafragmaya yakın olmasına bağlı öksürme ve yataktan kalkma gibi egzersizler esnasında ağrı şiddetlerinin yüksek olmasına bağlı nefes alma, hareket etme, öksürme ve uyuma gibi aktiviteleri gerçekleştirmekte zorlandıklarını belirtilmiştir (5,6). Uzun süre hareketsizlik, insülin direnci, kas güçsüzlüğü, tromboembolik hastalık ve solunum disfonksiyonu gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (2). Abdominal distansiyon, ameliyat sırasında bağırsaklara elle müdahale edilmesi, ameliyat sonrasında da mide ve bağırsaklarda sıvı ve gaz birikimi sonucu gelişmektedir. Distansiyonla beraber görülebilen bulantı, kusma ve ağrı da sık görülen komplikasyonlar arasındadır. Konstipasyon ise geç dönemde mobilize olmaya, sürgü kullanmak zorunda kalmaya ve analjezik ilaçlara bağlı görülebilmektedir (1).

Majör abdominal cerrahi sonrası komplikasyon gelişme durumunu inceleyen bir çalışmada (n= 206); ağrı (%2,8), parolitik ileus (%3,8), bulantı-kusma (%1,9), enfeksiyona bağlı olmayan diyare (%2,8), yara yeri enfeksiyonu (%16,9), anastomoz kaçağı (%5,2), kanama (%2,6), kardiyovasküler, pulmoner ve idrar yolu enfeksiyonu gibi komplikasyonlar görüldüğü rapor edilmiştir (7). Farklı bir çalışmada, hastalarda en fazla ağız kuruluğu, ağrı, kabızlık, öksürük, bulantı ve bağırsakta gaz geliştiği

belirtilmiştir (1). Kolorektal cerrahi geçirmiş hastaların yarısında ameliyat günü orta şiddetli ağrı görüldüğü ve ağrının ameliyat sonrası birinci günde %64, ikinci günde %59 ve üçüncü günde %51 görüldüğü belirtilmiştir (8). Erken mobilizasyonun organların fonksiyonelliğini iyileştirme, besin emilimini sağlama, abdominal distansiyonu azaltma, gastrointestinal hareketliliği arttırma ve ağrıyı azaltma gibi olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir (9). Erken mobilizasyonun ağrı ve bulantı-kusmayı azalttığı, ilk gaz çıkarma zamanını kısalttığı, ileus gelişmesini azalttığı ve hastanede kalış süresini düşürdüğü belirtilmektedir (9-11). Erken mobilizasyon her ne kadar ameliyat sonrası ağrı ve bulantı görülmesini azaltsa da bu iki komplikasyonun klinik bakımda erken mobilizasyonun gecikmesine sebep olan faktörler olduğu görülmektedir (12). Mobilizasyon süresinin fazla olduğu hastalarda daha az komplikasyon geliştiği, ağrı yaşadıkları, analjeziye gereksinim duydukları ve hastanede kalış sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmektedir (10).

Literatürde, sıklıkla mobilizasyonun ameliyat sonrası komplikasyonları azaltmada etkisini gösteren çalışmaların hızlandırılmış cerrahi (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS) protokolü kapsamında açıklandığı görülmektedir (13). Erken mobilizasyon, ERAS'ın en önemli bileşenlerinden biri olarak kabul edilir (2). Pasif, aktif yardımcı, aktif ve dirençli eklem hareketleri, pozisyon değişikliği, sırtüstü pozisyon dan yatak kenarında oturma ve sandalyede oturma, ayakta durma pozisyonuna geçiş ve yürüyüş aktiviteleri mobilizasyon yöntemlerinden bazılarıdır (14). Ameliyat sonrasındaki 6-8 saat içerisinde yapılan yatak kenarındaki birkaç adım atma erken ayağa kaldırma/erken mobilizasyon olarak tanımlanmaktadır (15). Erken mobilizasyon; solunumu düzenler, akciğerlerde sekresyon birikimini azaltır, sindirimi hızlandırır, gastrointestinal sistem fonksiyonlarını arttırarak karında ameliyat sonrası distansiyonu önler ve ekstremitelerde venöz dolaşımı hızlandırarak tromboflebit gelişme riskini azaltır (16). Ameliyat sonrası erken mobilizasyon, ağrı ve ileus gibi sorunların önlenmesinde de önemlidir (17). Ameliyat sonrası günlük mobilizasyon hedefleri yapılan farklı çalışmalarda ameliyat sonrası ilk gün 1-4 saat ve ikinci gün 2-6 saat arasında değişmiştir (18). Erken mobilizasyonun homeostatik denge ve iyileşme üzerindeki etkilerini bilmesine rağmen hastalar cerrahi sonrasında bu aktiviteleri

yapmakta tedirginlik yaşıyıp ve korkabilmektedir (19). Ameliyat sonrası mobilizasyonun önündeki engeller dört ana başlık altında toplanabilir: hemşire-hasta oranı gibi kurumla ilgili engeller; erken mobilizasyon hakkında bilgi eksikliği gibi hemşire ile ilgili engeller; hastalık şiddeti veya komplikasyonlar dahil olmak üzere hasta ile ilgili engeller ile idrar sondaları, nazogastrik tüpler ve abdominal drenaj gibi tedaviyle ilgili engellerdir (2). Bu engeller nedeniyle hastaların ameliyat sonrası mobilizasyonu gecikebilmektedir.

Yukarıda da belirtildiği gibi mobilizasyon ameliyat sonrası dönemde hastane kalış süresini, gastrointestinal sistem komplikasyonları ve ağrıyı azaltmaktadır. Ancak bu çalışmalarda verilerin geçerlilik ve güvenilirliği olmayan anketlerle toplandığı, çoğu çalışmada sadece ilk mobilizasyon saatlerinin değerlendirildiği mobilizasyon düzeyi ve sıklığının değerlendirilmediği görülmektedir. Bu araştırmada, abdominal cerrahi hastaların mobilizasyon durumu daha kapsamlı değerlendirilmiş olup mobilizasyonun gastrointestinal sistem komplikasyonlar ve ağrı ile ilişkisi incelenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, abdominal cerrahi uygulanan hastalarda mobilizasyon durumunun ameliyat sonrası gastrointestinal semptom ve ağrı ile ilişkisinin incelenmesidir.

1.3 Araştırmanın Soruları

- Abdominal cerrahi uygulanan hastaların ameliyat sonrası ilk mobilizasyon saatleri nedir?
- Abdominal cerrahi uygulanan hastaların hareketlilik puan ortalaması nedir?
- Abdominal cerrahi uygulanan hastaların gastrointestinal semptom puanı nedir?
- Abdominal cerrahi uygulanan hastaların taburculuğa kadarki mobilizasyon sıklık ve ağrı puan ortalaması nasıldır?
- Abdominal cerrahi uygulanan hastaların hareketlilik ilk 48 saat ve taburculuk puan ortalaması ile mobilizasyon sıklık ortalaması arasında ilişki var mıdır?

- Abdominal cerrahi uygulanan hastaların hareketlilik ilk 48 saat ve taburculuk puan ortalaması ile ağrı puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?
- Abdominal cerrahi uygulanan hastaların hareketlilik ilk 48 saat ve taburculuk puan ortalaması ile gastrointestinal semptom puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?
- Abdominal cerrahi uygulanan hastaların mobilizasyon sıklığı ile gastrointestinal semptom puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Abdominal Cerrahi ve Sınıflandırılması

Abdominal ameliyatlar, açık ya da kapalı (laparoskopik) ve minör ya da majör olarak sınıflandırılmaktadır (20). Açık ameliyatlar, ameliyat edilen bölgenin doğrudan görülebilmesi için büyük kesilerden oluşur. Etkili bir yöntem olmasının yanında iyileşme sürelerinin uzamasına, hastanın işten ve düzenli faaliyetlerden önemli ölçüde uzak kalmasına ve kozmetik kusurlara yol açabilmektedir (21). Kapalı (laparoskopik) ameliyatlar ise küçük insizyonlar yoluyla gerçekleştirilen minimal invaziv cerrahi ve laparoskopik cerrahi olarakta adlandırılan cerrahilerdir (22). Minimal invaziv cerrahi girişimle; kısalan hastane yatış süresi, normal yaşantıya hızlı dönüş, daha iyi kozmetik sonuçlar, azalan ağrı şiddeti ve analjezik ihtiyacı, daha düşük yara yeri enfeksiyonu insidansı, perioperatif morbidite ve mortalite gibi yararlar elde edilmektedir (21).

Minör cerrahi, Johns Hopkins Cerrahi Sınıflandırma Sisteminde Kategori I ve II'ye, Amerikan Kardiyoloji Koleji Kılavuzları'nda düşük riskli cerrahiye ve NICE (National Institute for Health and Care Excellence) kılavuzlarında I. ve II. sınıf cerrahiye karşılık gelmektedir. Minör cerrahi, 500 mL'den az beklenen kan ve minimum sıvı kaybı ile ilişkilidir (23). Minör abdominal cerrahiler grubuna umbilikal, inguinal ve femoral hernilerin, iskiorektal apselerin, pilonidal sinüs ya da fistüllerin onarımı ve hemoroid cerrahileri girmektedir (20,24). Majör cerrahi ise; Johns Hopkins Cerrahi Sınıflandırma Sisteminde Kategori III, IV ve V'e; Amerikan Kardiyoloji Koleji Kılavuzları'nda orta ve yüksek riskli cerrahiye ve NICE kılavuzlarında III. ve IV. sınıf cerrahiye karşılık gelir. Major cerrahi, abdominal organların açık ve laparoskopik cerrahisini, beyin veya göğüs ameliyatlarını, çoğu damar ve omurga cerrahisini içerir ve tipik olarak hastanede en az bir gece kalmayı içerir. Major cerrahide beklenen kan kaybı 500 mL'den fazladır (23). Majör abdominal cerrahiler grubunda özofajektomi, pankreatektomi, karaciğer rezeksiyonu, kolon rezeksiyonu gibi ameliyatlar yer almaktadır (20,24).

2.2 Ameliyat Sonrası Dönem Komplikasyonları

Cerrahi girişim sonrası hangi ameliyat sınıflaması olursa olsun ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski her zaman vardır (1). Komplikasyonlar görülme durumu, operasyonun tipi, ameliyatın endikasyonu, operasyonun süresi ve hastada komorbiditelerin varlığına göre değişebilmektedir (25).

2.2.1. Solunum Sistemi Komplikasyonlar

Ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonlar, majör cerrahi sonrası en sık görülen komplikasyonlar olup hasta sonuçları üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Pulmoner komplikasyonlar abdominal ve vasküler cerrahi sonrası ameliyat sonrası komplikasyonların %10-40'ını oluşturmaktadır (26). Ameliyat sonrası sıklıkla görülen solunum sistemi komplikasyonları; hipoksemi, atelektazi, plevral efüzyon, pulmoner ödem, pnömotoraks, akut akciğer hasarı, akut respiratuvar distress sendromu, pnömoni, pulmoner embolizm ve mekanik ventilatör ile ilişkili akciğer hasarıdır. Solunum sistemi komplikasyonları ameliyat sonrası 48-72 saat içerisinde ortaya çıkar ve hastanın klinik seyrini olumsuz yönde etkiler (27).

2.2.2. Kardiyovasküler Sistem Komplikasyonlar

Kalp dışı majör cerrahi sonrası kardiyak komplikasyonlar sık görülmektedir (28). Ameliyat sonrası dolaşım sistemine ait en sık karşılaşılan komplikasyonlar kanamalar, hipovolemi ve derin ven trombozudur (29). Akut miyokard infarktüsü ve iskemi, aritmi, hipo-hipertansiyon, kardiyak arrest görülen diğer kardiyak komplikasyonlardır (28,30).

2.2.3. Sıvı-Elektrolit Dengesi Komplikasyonları

Ameliyat sonrası dönemde, sahip olunan cerrahi hastalıkla beraber intrasellüler sıvılarının kaybı, cerrahi stres yanıtı, intravenöz sıvı uygulamaları ve kan transfüzyonuyla ilişkili durumlara bağlı olarak ameliyat sonrası sıvı-elektrolit bozuklukları gelişebilmektedir. Bu bozukluklar; hipo-hipervolemi, hipo-hipernatremi, hipo-hiperkalsemi gibi elektrolit dengesizlikleri ve hidrojen iyonu (asit-baz) dengesizlikleridir (31).

2.2.4. Üriner Sistem Komplikasyonları

Ameliyat sonrası dönemde üriner retansiyon, üriner sistem enfeksiyonu, akut ve kronik böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar görülmektedir. Üriner retansiyon ameliyat sonrası en yaygın görülen komplikasyonlardan biridir. En sık ameliyat sonrası ilk gün görülmektedir (32).

2.2.5. Kas İskelet Sistemi Komplikasyonları

Kas iskelet sisteminde gelişebilecek komplikasyonlar gerçekleştirilen cerrahinin anatomik bölgesine bağlı olarak kas zayıflığı, atrofi, eklem deformiteleri, donuk omuz, eklem katılığı ve kompartman sendromudur. Kas atrofileri cerrahi hastalarında yaygın olarak görülen kas-iskelet sistemi sorunlarındandır. Açlık, uzun süre yatak istirahati, denervasyon, immobilizasyon, mekanik yükün ortadan kalkması ve yaşlılık gibi faktörlerle birlikte patolojik durumlarda da oluşan bir komplikasyondur (33).

2.2.6. Nörolojik Sistem Komplikasyonları

Ameliyat sonrası nörolojik komplikasyonlardan çoğunlukla deliryum, ameliyat sonrası bilişsel fonksiyon bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu görülmektedir. Bu komplikasyonlar hastanın yaşam kalitesini azaltan, bakım gereksinimini ve maliyetini arttıran problemlerdir (34).

2.2.7. Yara İyileşmesinde Görülen Komplikasyonlar

Kanama ve hematoma başta olmak üzere seroma, cerrahi alan enfeksiyonu, yaranın ayrılması, adhezyon, hipertrofik skar ve kelloid oluşumu gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (35).

2.2.8. Hipo ve Hipertermi

Malign hipertermi; genetik yatkınlığı olan kişilerde tetikleyici faktörlerle karşılaşıldığında meydana gelen vücut sıcaklığının aşırı yükselmesi, kas rijiditesi, kas metabolizmasının artması (hipermetabolizma) ve zedelenmesi ile karakterizedir. Malign hipertermide ilk belirti genelde masseter kasında gelişen spazmdır. Bunun yanı sıra yüksek sıcaklık tüm vücudu etkileyerek kalp ritminde bozulmalara, elektrolit dengesizliklerine ve organ fonksiyonlarında bozulmalara neden olabilmektedir.

Cerrahide hipotermi tedavi amaçlı da kullanılabildiği için genellikle istenmedik etki olarak karşılaşılan hipotermiye “İstenmeyen Perioperatif Hipotermi” denmektedir.

İstenmeyen Perioperatif Hipotermi, anestezinin bir saat öncesi ile anestezi sonrası ilk 24 saat arasındaki süre içerisinde gelişebilmektedir (36).

2.3. Ameliyat Sonrası Dönem Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları

Ameliyat sonrasındaki dönemde anestezinin etkisiyle gastrik boşalmanın azalması, bağırsak hareketlerinin yavaşlaması, opere edilen organların ellenmesi, ameliyat sonrasında görülebilen sıvı elektrolit dengesindeki bozukluklar (hipokalemi, dehidratasyon vb.) ve beslenme alışkanlığındaki değişimlerle gastrointestinal sistem komplikasyonları görülebilmektedir. Bu komplikasyonların önlenmesi açısından gastrointestinal sistem fonksiyonlarının değerlendirilmesi önemlidir. Bu komplikasyonlar bulantı ve kusma, abdominal distansiyon, konstipasyon, diyare, paralitik ileus, hıçkırık, akut pankreatit, dumping sendromu, akut mide dilatasyonu, anastomoz kaçağı, gastrojejunokolik fistül ve afferent loop sendromudur (37).

2.3.1. Bulantı ve Kusma

Bulantı, mide bölgesinde rahatsızlığa neden olan, kusma veya öğürme ihtiyacı hissini veren hoş olmayan bir durumdur. Genellikle geçici bir duyudur ve bunu sıklıkla aktif öğürme, taşikardi ve artmış tükürük salgısı izler. Kusma, mide içeriğinin istemsiz, zorla ağız ve/veya burun yoluyla dışarı atılmasıdır (38).

Bulantı mekanizması subjektif olmasına bağlı olarak tam açıklanamamaktadır. Kusma ise çeşitli yollar ve nörotransmitter reseptörlerin aktivasyonlarıyla meydana gelir. Kusma, beyin “Medulla oblongata” bölümünün dorsal kısmında bulunan “Kusma merkezi” ve “Kemoreseptör inceleme alanı” tarafından düzenlenmektedir (39). Sinirsel uyarılar otonom sinir sisteminin dallarıyla değişik yollardan kusma merkezine ulaşır. Ulaşan sinirlerin visseral reseptörleri gastrointestinal sistem, böbrekler, kalp ve uterusda bulunur. Visseral reseptörler uyarıldığında aldıkları bilgileri kusma merkezine iletir ve bu iletiyle kusma refleksini başlatır. Kemoreseptör zonun bulunduğu bölge ise serotonin, 5-HT₃ (5-hydroxytryptamine), dopamin D₂ reseptörlerinden zengindir ve bu reseptörlerin aktivasyonu nöron duyarlılığını artırır. Bu bölgede bulunan kemoreseptörlerin uyarılmasıyla mide üst sfinkteri gevşer ve mide düz kasında şiddetli kasılmalar sonucu kusma gerçekleşir (40).

Ameliyat sonrası bulantı ve kusma, ameliyatı takip eden 24 saat içerisinde görülmektedir. Ameliyat sonrası ilk iki-altı saat içinde gelişirse erken, altı ve 24 saat içinde gelişirse geç ameliyat sonrası bulantı kusma olarak tanımlanmaktadır (41).

Bulantının nedenleri arasında ameliyat esnasında hastaya uygulanan anestezi ilaçların (özellikle nitroz oksit) etkisiyle gastrik boşalımın azalması, gastrointestinal sistem hareketlerinin yavaşlaması ve kusma merkezinin kimyasal ajanlarla uyarılması yer almaktadır. Uzun süren ameliyatlarda anestezi ilaç alınınının fazla olması ve obez hastalarda yağ hücrelerinde anestezi ilaçların depolanma özelliği göstermesi nedeniyle bulantı ve kusma yaygın görülebilmektedir. Batın ameliyatlarında karın içinde biriken gaz ve kan nedeniyle gelişen distansiyon ya da ameliyat sonrası dönemde peristaltizm başlamadan oral gıda alımı nedeniyle bulantı ve kusma gelişebilmektedir. Ameliyattan 3-4 gün sonra gelişen kusmalar, bağırsak motilitesinde bozukluk ya da ileus nedeniyle olabilmektedir. Hastalarda bulantı ve kusmayla beraber öğürme ve midede dolgunluk da görülebilmektedir (37). Bulantı ve kusma taburcu olmayı geciktirebilir, yeniden hastaneye yatışlara yol açabilir, ağrıyı kötüleştirebilir ve potansiyel olarak sutür açılmasına, özofagus yırtılmasına ve mide içeriğinin aspirasyonuna yol açabilir (42).

2.3.2. Abdominal Şişkinlik ve Distansiyon

Abdominal şişkinlik ve distansiyon, en sık bildirilen gastrointestinal semptomlardan ikisidir. Abdominal şişkinlik; gözle görülür bir şişkinlik olmaksızın, subjektif gaz hissi, sıkışmış gaz ve baskı hissinin olmasıdır. Hastalar ayrıca karının herhangi bir yerinde oluşabilen bir dolgunluk veya basınç hissi de tanımlarlar. Abdominal distansiyon ise abdominal bölge çevresinde fiziksel artışın objektif olarak görülmesidir. Hastalar genellikle görünümelerini 'balon gibi' ya da 'hamile gibi' şeklinde tanımlarlar (43). Batın ameliyatlarından sonra ince bağırsaklarda ilk 24 saat içerisinde motilite başlarken, kalın bağırsaklarda bu durum 3-5 günü bulabilmektedir. Bu durumun uzun sürmesi durumunda abdominal bölgede gerginlik görülebilmektedir.

Abdominal şişkinlik ve distansiyonun nedenleri arasında, ameliyat esnasında uygulanan anestezi nedeniyle bağırsak peristaltizminin yavaşlaması, hava yutulması ve laparoskopik cerrahide oluşturulan pnömoperitoneuma bağlı bağırsaklarda hava birikimi

yer almaktadır. Abdominal şişkinlik ve distansiyonun şiddeti, hareketsizlik ve opioid ilaçların kullanımı ile artabilmektedir (37).

2.3.3. Konstipasyon

Yaygın bir sorun olan konstipasyonun tam bir tanımı yoktur (44). Roma Vakfı konstipasyon için üç temel kriter başlığı belirlemiştir. İlk kriter başlığına göre dışkılamaların dörtte birinden fazlasında aşırı ıkınma varlığı, topak veya keçi pisliği şeklinde defekasyon çıkışı, yetersiz boşalma hissi varlığı, anorektal bölgede engelleme veya tıkanma hissi, elle defekasyona yardım etme ve haftada üçten az spontan defekasyon varlığı gibi kriterlerin iki veya daha fazlasının olmasıdır. İkinci kriter, laksatif kullanmadan yumuşak şekilsiz defekasyonun nadiren olmasıdır. Üçüncü kriter ise irritable bağırsak sendromu tanısı için yeterli kriter olmamasıdır. Bu üç kriterin barındırmış olduğu semptomların tanıdan en az altı ay önce başlamış ve son üç aydır devam ediyor olması gerekmektedir (45).

Ameliyat sonrası yatak istirahati, ameliyat sonrası ilk günlerde oral beslenmesine efektif başlanamaması, dehidratasyon gelişmesi, diyetteki değişiklikler, dışkılama dürtüsünün baskılanması, sürgü kullanımı, hastanede mahremiyetin olmaması, hastaların rahatsızlığını dile getirmekte zorlanması, profesyonel olmayan yardımcı sağlık personelinin görevlendirilmesi, analjezik ilaçlar (opiod ve ağrının tedavisi için kullanılan opiod olmayan ajanlar) ve ameliyat sırasında bağırsağın ele alınması, abdominal distansiyon ile bağlantılı olarak gelişebilmektedir (37,46). Bazı çalışmalar anksiyeteninde bağırsak hareketlerini yavaşlattığını göstermiştir. Konstipasyon ve ardından gelen intestinal dilatasyon, intra-abdominal basıncın yükselmesine, diyafram hareketlerinin ve kardiyopulmoner sistemin bozulmasına dolayısıyla hastanede kalış süresinin ve hastaların sağlık bakım maliyetlerinin artmasına neden olur. Ayrıca konstipasyonun hastanın yaşam kalitesini düşüren ve iyileşme sürecini uzatan etkileri vardır (46).

2.3.4. Diyare

Diyare genellikle artan dışkılama sıklığı ile ilişkili anormal derecede sıvı veya şekilsiz dışkı geçişi olarak tanımlanır. Artan sıklık, günde üç veya daha fazla bağırsak hareketi ile tanımlanır. Bununla birlikte, çoğu hasta diyaresini bağırsak hareketlerinin

sıklığından ziyade dışkının kıvamına dayandırır. Dışkı kıvamını ölçmek zor olduğundan, ishal genellikle dışkı sıklığına veya tek başına dışkı ağırlığına ($>200\text{gr/gün}$) göre tanımlanır. Diyare, süresi iki haftadan kısaysa akut, iki ila dört hafta arasında değişiyorsa inatçı ve dört haftadan uzun sürerse kronik olarak sınıflandırılabilir (47).

Diyare, vagotomi uygulamasının etkisine bağlı olarak gelişen laksatif etki nedeniyle hastalarda geliştiği düşünülmekte olup, enfeksiyon, tüple beslenme ya da kullanılan ilaçların (antibiyotik, antihipertansif vb) yan etkisi nedeniyle de görülebilmektedir. Ayrıca hastada albümin seviyesinin düşük olması durumunda intravasküler onkotik basıncın düşmesine bağlı olarak sıvı ekstrasellüler ortama geçiş yaparak intestinal mukozada gerilme ve dışkıda sulanmaya yol açmaktadır (37).

2.3.5. İleus

Paralitik ileus veya fonksiyonel ileus olarak da adlandırılan ileus; ameliyat sonrası dönemde mide bulantısı, kusma, karın ağrısı/gerginliği ve/veya mide gazının/dışkının ameliyattan sonra geç geçişi ile karakterize anormal bir gastrointestinal motilite paternidir (48,49).

İleusun nedenleri arasında, ameliyat esnasında batın içi organların ellenmesi ve bu ellenmeye bağlı oluşan inflamatuvar yanıtlar, otonom sinir sistemi disfonksiyonu (gastrointestinal hareketi engelleyen sempatik sinirlerin uyarılması), hastada gelişmesi olası olan sıvı elektrolit değişimleri (hipokalemi, hipoalbüminemi, dehidratasyon vb), antikolinergik ve ağrı kesici (opioid türevi vb) ilaçların kullanımı yer almaktadır (37,50).

Ameliyat esnasında bağırsakların ellenmesiyle oluşan inflamatuvar yanıtla bağlı olarak vazoaktif bağırsak peptidi, substance P ve prostaglandinler gibi inflamatuvar mediatörler salınır. Bu mediatörler, bağırsak hareketlerinin yavaşlamasına sebep olur. Enflamasyonun ilerlemesiyle lökosit infiltrasyonu gerçekleşir ve ileusun daha da kötüleşmesine sebep olur. Elektrolit bozukluklarına bağlı olarak görülen ileus ise genellikle potasyum konsantrasyonundaki değişikliklere (hipokalemi) bağlı olarak görülür. Bunun sebebi potasyumun kasları innerve eden sinir hücrelerinde depolarizasyondan sorumlu olmasıdır (50). Hipokalemi tablosunda (2.5 mEq/L 'nin altı) bağırsak düz kas kasılması yavaşlar (37,50). Hipokalemiye ek olarak hipokalsemi ve hipoalbümineminin de ileus ile bağlantısı bulunmaktadır. Hipokalsemi (8.5 mg/dL 'nin

altı) durumunda da düz kas kasılması yavaşlar. Hipoalbuminemiyle (3 g/100ml'nin altı) bağırsak fonksiyonları ve motilitesi olumsuz etkilenir. Olumsuz etkilenmeyle bağırsak lümeni içinde sıvı ve gaz birikimi oluşur ve bunun sonucunda bağırsakların distansiyonu gerçekleşir. Distansiyon nedeniyle de bağırsak duvarındaki dolaşım ve sıvı elektrolit emilimi bozulur. (37). İlaç kullanımı, özellikle opioidler (örn. kodein, anestezi ilaçları) bağırsak hareketini azaltır (50).

İleus genellikle ameliyattan sonraki üçüncü ile beşinci gün arasında kendisini gösterir ve iki ila üç gün sürer. İnce bağırsak işlevine en hızlı (0-24 saat) geri dönen organ iken bunu mide (24-48 saat) ve son olarak kolon (48-72 saat) takip eder (48). Bununla birlikte, hipokalemi, hipoproteinemi, böbrek yetmezliği, lokalize peritoneal sepsis, pankreas sıvısı, intraperitoneal veya retroperitoneal hematoma gibi visseral içeriğin sızması veya bağırsağın büyük ölçüde şişmesine izin verilmesi durumunda parolitik ileus uzayabilir (51).

2.3.6. Hıçkırık

Hıçkırık, yaygın ve yeterince anlaşılmamış bir patolojik fenomendir (52). Diyaframın ve solunum kaslarının istemsiz ve sürekli kasılması ardından glottisin aniden kapanması olarak tanımlanabilir. Hıçkırıklar genellikle aniden ve epizodik olarak ortaya çıkarken, haftalarca ve bazen aylarca sürebilir. Hıçkırıklar sürelerine göre geçici (saniye ila dakika, 48 saatten az); kalıcı (48 saat- bir ay); ve inatçı (bir aydan uzun) olmak üzere sınıflandırılır (52,53). Hıçkırıkların patofizyolojisi hipotalamus, vagus ve frenik sinirlerin, larinks ve diyaframın etkileşimini içerir (54). Geçici hıçkırıklar belirsiz etiyolojiye sahipken, kalıcı hıçkırıklar genellikle gastroözofageal disfonksiyon ve hastalıktan kaynaklanır (52). Ameliyat sonrası dönemde, diyafragmada meydana gelen aralıklı spazmlar, hastalarda değişen metabolik durum (asidoz gelişimi, üremi vb), peritonun irritasyonu ve diyaframa yakın gerçekleştirilen ameliyatlarda diyafragmayı innerve eden frenik sinirin irritasyonuna bağlı olarak hıçkırık gelişebilmektedir. Abdomende distansiyonun oluşu, asit-baz ve sıvı elektrolit dengesizlikleri, peritonit tablosu da frenik siniri irrite ederek hıçkırığa neden olabilmektedir. Hastalarda hıçkırığa bağlı duyulan rahatsızlık nedeniyle cerrahi insizyon yerinde ağrı görülebilmektedir.

Uzun dönemde ise hıçkırık nedeniyle kusma ve iştahsızlığa bağlı sıvı elektrolit dengesizlikleri, beslenme yetersizliği ve yarada eviserasyon gelişebilmektedir (37).

2.4. Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrı

2.4.1. Ağrının Tanımı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'na (International Association for the Study of Pain) göre ağrı; “Var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşla gitmeyen duysal ve emosyonel deneyim” olarak tanımlanmaktadır (55). Ağrının algılanması kişinin cinsiyeti, içinde bulunduğu kültür, eğitim düzeyi ve geçmiş deneyimleri gibi faktörlerden etkilenir. Sübjektif bir durum olup kişiden kişiye değişmektedir (56).

Ameliyat sonrasında oluşan ağrı, ameliyat sonrasında ortaya çıkması beklenen akut bir ağrıdır. Cerrahi travmaya bağlı ortaya çıkan enfamatuvar sürecin de eşlik ettiği ve doku iyileşmesi ile giderek azalan ağrı türüdür (57).

2.4.2. Ağrının Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü ağrıyı anatomik, etiyolojik, süre ve patofizyolojik olarak sınıflandırmış olup klinik uygulamada anatomik, etiyolojik, şiddet, süre ve patofizyolojik sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır.

Anatomik sınıflama sistemi: Anatomik ağrı sınıflandırma sistemi, vücudun ağrı yaşadığı algılanan belirli bölgeyi veya alanını tanımlar. Bu sınıflama sistemi genellikle ağrının yaşandığı vücut konumunu belirlemek için kullanılan ilk sınıflandırma sistemidir. “Ağrınız Nerede” diyagramı, ağrının değerlendirilmesine ve belgelenmesine yardımcı olacak faydalı bir araçtır.

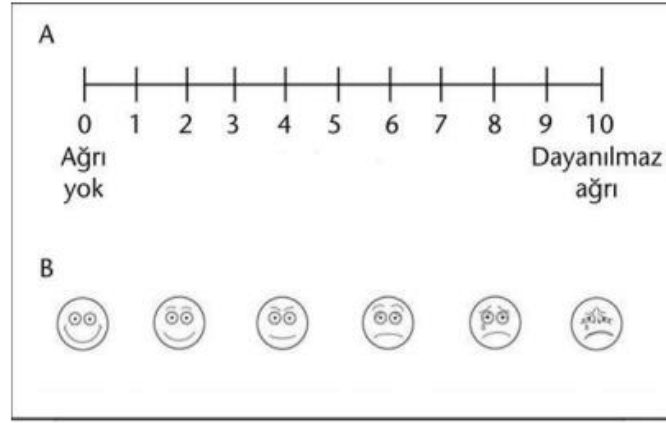
Etiyolojik sınıflama sistemi: Etiyolojik Ağrı sınıflandırma sistemi, ağrının nedensel sebeplerini tanımlar. Ağrının etiyolojik sınıflandırmasında akut yaralanma veya altta yatan hastalık ve/veya durum yer alabilir.

Şiddet sınıflama sistemi: Ağrı şiddeti sınıflandırma sistemi görsel, sayısal, derecelendirme ve/veya tanımlayıcı ölçeklerle ölçülebilir (58). Bu ölçekler tek boyutlu ve çift boyutlu olarak ikiye ayrılmaktadır.

Tek boyutlu Yöntemler:

1.Sayısal Değerlendirme Ölçeği: Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan en basit, uygulaması ve hastalar tarafından anlaşılması kolay ve sık kullanılan ölçüm şeklidir. Hastalar skalada belirtilen 0-10 arasındaki sayılardan ağrı şiddetlerine en yakın olan sayıyı ifade ederler.

2.Görsel Analog Skala (Visual Analogue Scale): Kullanımı basit ve kolay yöntemlerden biridir. Hasta, bir ucunda ‘hiç ağrı yok’ diğer ucunda ‘en şiddetli ağrı’ yazan cetvel üzerinde kendi ağrısını işaretler. Hasta istediği noktayı işaretlemede özgürdür ve ağrı değerlendirmesinde en sık kullanılan yöntemdir (Şekil 1).



(Şekil 1: Ağrı Skalası)

3.Sözel Tarif Skalaları (Verbal Descriptor Scales): Ağrı şiddeti yok, hafif, orta, şiddetli olmak üzere dört kategoriye ayrılır. Hastanın, ağrısına uygun olanı seçmesi beklenir.

4.Yüz İfadesi Skalası (Face Scale): İletişim sorunu olan hastalarda ve çocuklarda kullanılır (Şekil 1).

Çok Boyutlu Yöntemler:

Aktif ağrıda kullanımları çok pratik olmayan bu skalalar genellikle kronik ağrı değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

1.McGill Ağrı Anketi (McGill Pain Questionnaire): Ankette 20 adet soru bulunmaktadır. Bu sorularla ağrının sensoriyel, affektif ve değerlendirme yönünün incelenmesi hedeflenmektedir. Hastalara anketteki kategorilerden ağrılarına uyan kategoriye

seçmeleri ve her kategoride bulunan kelimelerden ağrıyı en iyi tarif edeni işaretlemeleri istenir. Her takım puanlanarak sonunda toplam bir puan elde edilir.

2.Dartmouth Ağrı Anketi (Dartmouth Pain Questionnaire): McGill Ağrı Anketinin özelliklerini içeren beş bölümlük bir araçtır. Birinci bölüm ağrının yerini, ikinci bölüm ağrının özelliğini, üçüncü bölüm ağrının duyuşal boyutunu, dördüncü bölüm ağrının süresi ve yoğunluğunu, beşinci bölüm ise ağrıya bağılı olarak etkilenen davranışları değerlendirir (59).

3.Hatırlatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı (Memorial Pain Assesment Card): Görsel Analog Skalasının daha detaylısıdır (60,61).

Bu skalaların dışında; Iowa Ağrı Ölçeğı, Fonksiyonel Ağrı Skalası, Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Aracı, Kısa Ağrı Envanteri gibi Sözsüz veya bilişsel engelli bireylerde kullanılabilen Yetişkin Sözsüz Ağrı Ölçeğı, Sözsüz Ağrı Göstergelerinin Kontrol Listesi, İleri Demans Ölçeğinde Ağrı Değerlendirmesi gibi skalalar bulunmaktadır.

Süre sınıflama sistemi: Ağrı süresi sınıflandırma sistemi, hastanın ağrıyı deneyimlediğı süreyi temsil eder. Akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılırken ANA, süreyi “Geçici Model” olarak tanıır ve üç kategoriye ayırır: akut, kronik ve epizodik.

Akut ağrı; akut yaralanma, travma, enfeksiyon ve doku hipoksisine bağılı olarak görölüp vücutta uyarı sistemi olarak görev almaktadır. Üç ila altı ay arasında düzelen kısa süreli ağrıdır (58,62). Ameliyat sonrası dönemde görölün ağrı akut ağrıya en iyi örnektir (62).

Kronik ağrı; uzun süreli, üç ay ya da daha fazla süre süren ağrıdır. Dokuların iyileşmesi için beklenen süreden sonra da var olup sürekli veya aralıklı olarak devam eden ağrı türüdür. Genellikle psikolojik durumlar da dahil olmak üzere çeşitli hastalık süreçleriyle ilişkilidir.

Patofizyolojik sınıflama sistemi: Patofizyolojik ağrı sınıflandırma sistemi, vücutta ağrı ile sonuçlanan yaralanmanın patofizyolojik mekanizmasına dayanmaktadır. Ağrının iki ana fizyolojik yolu nosiseptif ve nöropatiktir. Nosiseptif ağrı, yaralanmaya

karşı normal bir bedensel tepkidir ve hasarlı dokulardan kaynaklanabilir. Nosiseptif ağrı somatik ve visseral olmak üzere ikiye ayrılır. Somatik ağrı, somatik sinirlerden kaynaklanan, ani başlayan, keskin, iyi lokalize edilen ağrıdır (58,62). Visseral ağrı; yaygın, lokalizasyonu güç olan, iç organlardan kalkan ağrılı uyaranlarla otonom sisteme ait afferent yollarla taşınan ağrıdır.

Nöropatik ağrıda, sürekli bir nosiseptif uyarı bulunmamaktadır. Non-nosiseptif ağrı olarak da geçmektedir. Santral veya periferik yaralanmaya sekonder yapısal veya fonksiyonel sinir sistemi adaptasyonlarının neden olduğu ağrıdır (62).

2.4.3. Ameliyat Sonrası Ağrının Patofizyolojisi

Ameliyat sonrası oluşan akut ağrı, cerrahi müdahaleye normal bir yanıttır. Doku travması veya doğrudan sinir hasarından kaynaklanan iltihaplanmaya ikincil olarak ortaya çıkar ve nosiseptif veya nöropatik olarak sınıflandırılabilir. Doku travması, hiperaleji (bir yaralanmayı çevreleyen alanda uyaranlara karşı artan hassasiyet) veya allodini (zararlı olmayan uyaranlara karşı ağrı varlığının oluşması) üretebilen lokal inflamatuvar araçları serbest bırakır. Hiperaleji ve allodiniye katkıda bulunan diğer mekanizmalar, periferik ağrı reseptörlerinin duyarlılığını (birincil hiperaleji) ve merkezi sinir sistemi nöronlarının artan uyarılabilirliğini (ikincil hiperaleji) içerir (63).

2.4.4. Ameliyat Sonrası Ağrının Risk Faktörleri

Risk faktörleri yaş (genç>yaşlı), cinsiyet (kadın>erkek), ameliyat türü (açık cerrahi>laparoskopik cerrahi), anestezi planı (genel anestezi>periferik sinir bloğu) olmak üzere açıklanabilir (64,65)

2.4.5. Ameliyat Sonrası Ağrının Tedavi Yöntemleri

Ağrının değerlendirilmesinden sonra tedavi yöntemleri üçe ayrılır; nonfarmakolojik, farmakolojik ve girişimsel yöntemlerdir.

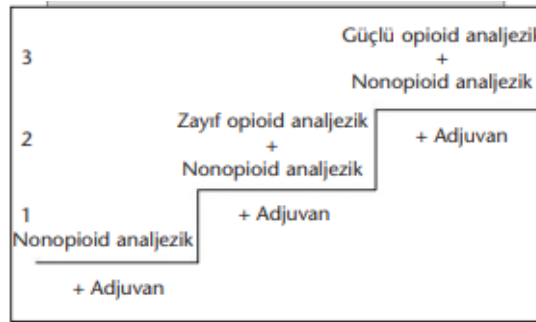
Non-Farmakolojik Yöntemler: Nonfarmakolojik yöntemler öğrenim ve uygulama açısından kolay olan, ilaç kullanımını reddeden hastaların ağrısını azaltmada, çoklu ağrı kesici tedavisinin yanında adjuvan tedavi olarak kullanılabilen yöntemlerdir. Bu

yöntemlerin kesin kontraendikasyonları yoktur. Hastaların kaygılarını azaltıp, tedavi kontrolünü artırarak yaşam kalitelerini yükseltmektedir.

Non-farmakolojik yöntemleri fiziksel, davranışsal-bilişsel yöntemler olarak sınıflandırılabilir. Fiziksel yöntemlerde; deri stimülasyonu (masaj, sıcak-soğuk, aromaterapi), transkutanöz elektriksel sinir uyarımı (TENS), kuru iğne, akupunktur-refleksoloji, davranışsal-bilişsel yöntemlerde; davranışsal olarak gevşeme, hipnoz, biyofeedback, bilişsel olarak dikkati başka yöne çekme, hayal kurma, müzik ve uğraş terapisi gibi yöntemler bulunmaktadır.

Girişimsel Yöntemler: Ameliyat sonrasında oluşan akut ağrının tedavisinde yapılan infiltratif, periferik ve santral blokların da çoklu analjezinin primer komponenti olarak değerlendirilmesi gerekir. Bu uygulamalar ameliyat sonrası analjezi amacı ile genel anesteziyle kombine edilebilir veya primer anestezi yöntemi olarak kullanılabilir.

Farmakolojik Yöntemler: Ameliyat sonrası oluşan ağrının tedavisinde kullanılan medikal yöntemlerdir. İlaç gruplarından parasetamol, metamizol, NSAİİ, opioidler ve adjuvanlar ameliyat sonrası analjeziyi sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Bu ilaçlar hastada yapılan cerrahi girişime bağlı olarak görülen ağrının şiddetine göre tek başlarına veya (çoğunlukla) belirli kombinasyonlar halinde kullanılmaktadır. Cerrahi işlemlerin sonucunda operasyonun minör ve majör olmasına göre hastaların ağrı şiddetleri farklılık göstermektedir. Genellikle minör cerrahi dışındaki cerrahilerde ağrı şiddeti orta veya şiddetli olmaktadır (66). DSÖ, ağrının basamak sistemine göre tedavisini önermektedir (Şekil 2) (67).



(Şekil 2: Ağrı da Basamak Tedavisi)

2.5. Ameliyat Sonrası Dönemde Mobilizasyon

2.5.1. Mobilizasyonun Tanımı ve Önemi

Mobilizasyon, sözlükteki tanımıyla hareket yeteneğini kaybetmiş bir organ veya oluşuma hareket yeteneği kazandırma anlamına gelmekte olup pasif ve aktif hareket aralığı, yatak hareketliliği, yatak başı aktiviteleri, pozisyon vermeyi ve ambulasyonu içeren aktiviteleri kapsar. Temel amacı ameliyat sonrası morbiditeyi ve komplikasyonları azaltmak ve hastanede kalış süresini kısaltmaktır (68). Ameliyat sonrası günlük mobilizasyon hedefleri yapılan farklı çalışmalarda ameliyat sonrası ilk gün 1-4 saat, ikinci gün 2-6 saat arasında olarak belirlenmiştir (18).

Erken mobilizasyon, ameliyat sonrası ilk 6-8 saat içerisinde yatak kenarında atılan birkaç adım ile aktif ambulasyona kadar değişen hasta hareketini içeren mobilizasyondur (15,69). Erken mobilizasyon, ERAS'ın en önemli bileşenlerinden biri olarak kabul edilir (2). Bunun en temel sebebi erken mobilizasyonun ameliyat sonrası dönem sonuçları olumlu etkilemesidir. Erken mobilizasyon ile hastanın solunumu düzenlenir, akciğerlerde biriken sekresyon miktarı azalır, besinlerin sindirimi hızlanır, gastrointestinal sistem fonksiyonların artmasıyla bağırsak hareketlerinin normale dönmesi sağlanır, ameliyat sonrası distansiyonu önlenir ve ekstremitelerde venöz dolaşımını hızlandırarak tromboflebit gelişme riskini azaltır (16). Erken mobilizasyon, hareketsizlikle beraber gelen komplikasyonları önlemek ve olumlu hasta sonuçlarını ortaya koymada etkili bir hemşirelik bakımı olarak önerilmektedir (69).

2.5.2. Mobilizasyon Şekilleri

Mobilizasyon yöntemleri; pasif, aktif yardımlı, aktif ve dirençli eklem hareketleri, pozisyon değişikliği, sırtüstü pozisyondan yatak kenarında oturma ve sandalyede oturma, ayakta durma pozisyonuna geçiş ve yürüyüş aktivitelerinden oluşmaktadır (14).

2.5.3. Mobilizasyonu Etkileyen Faktörler

Ameliyat sonrası mobilizasyonun önünde hemşire-hasta oranı gibi kurumla ilgili, erken mobilizasyon hakkında bilgi eksikliği gibi hemşire ile ilgili, hastalık şiddeti veya

komplikasyonlar dahil olmak üzere hasta ile ilgili ve idrar sondaları, nazogastrik tüpler ve abdominal drenaj gibi tedaviyle ilgili engeller bulunabilir (2).

Hastalar anksiyete, azalmış fiziksel adaptasyon ve cerrahi işleme bağlı oluşan (örneğin anestezi, yara yeri ve dren varlığı, ağrı) durumlar dolayısıyla mobilize olmak istemezler. Multidispliner ekip yaklaşımıyla verilen ameliyat öncesi dönem eğitimi, hastaların ameliyat sonrası bakımın önemini anlamalarında ve sorumluluk duygusunu arttırıp ameliyatla baş etme yeteneklerini geliştirmede yardımcı olur (70).

2.5.4. İmmobilizasyonun Sistemlere Etkisi

İmmobilizasyon, vücudun tüm sistemleri üzerinde belirgin olumsuz etkilere sahiptir ve bazı insanlarda yaşamı tehdit edici olabilir. İmmobilizasyonun kardiyovasküler sistem üzerinde etkileri, azalmış aerobik kapasiteye katkıda bulunan azalmış kalp debisi, ortostatik intolerans ve venöz tromboflebittir. İmmobilizasyon süresince görülen sempatik sinir sistemi aktivitesindeki artış ile kalp hızı artar. Kardiyak rezervde azalmaya sebep olur. Kalpte atrofi gözlenmeye başlar ve fiziksel aktiviteye yanıt kapasitesi azalır. Fiziksel aktivitenin azalmasıyla ekstremitelerde venöz dolaşım azalır tromboflebit gelişme riski artar. İmmobilizasyonun 3-4. Günlerinde ortostatik hipotansiyon görülebilmektedir. Üçüncü haftada da dik pozisyona adaptasyon neredeyse tamamen bozulur.

Kas ve iskelet sistemi üzerindeki etkileri; kas atrofisi, kas kuvvetinde azalma, azalmış kas oksidatif kapasitesi ve kontraktürlerdir. İmmobilizasyon sonucu kas kitlesi, kas gücü, kas lifinin uzunluğu ve toplam kas uzunluğundaki azalma hızlı ve belirgindir. Azalmış mekanik yüklenme durumuna yanıt olarak kas atrofiye uğrar.

Pulmoner sistem üzerindeki etkisi; atelektazi, pnömoni ve pulmoner emboli şeklindedir. Mobilize olan hastaların solunumu düzenli, akciğerlerinde sekresyon birikiminde azalma olurken mobilize olamayan hastalarda interkostal kaslar ve diafragma hareketinde giderek kısıtlanma yaşanırken solunum da yüzeyelleşme ve hız artışı gözlenir. Vital kapasite, maksimum istemli ventilasyon kapasitesi, maksimum

inspiryum kapasitesi ve fonksiyonel rezidüel kapasite %25-50 azalır. Buna bağlı olarak atelektazi ve pnömoni gelişimi kolaylaşır (71,72).

Endokrin ve metabolik sistem üzerindeki etkisi; hiperglisemi, insülin direnci, hipokalsemi ve hipokalemidir. Uzayan immobilizasyon süresi sonucu; insülin rezistansı artmaktadır. Buna bağlı insülin direnci görülür. Vücut yatak istirahati ve immobilizasyona yanıt olarak metabolik ve endokrin sisteme ilişkin değişimler gösterir. Immobilizasyon sırasında, her ay vücuttaki kalsiyumunun belli bir miktarı kaybedilmektedir. Beraberinde fosfor kaybı olmaktadır (73).

Üriner sistem üzerindeki etkisi; üriner staz ve böbrek taşı oluşumudur. Immobilizasyonla beraber perineal kaslar gevşeyemez buna bağlı olarak mesaneye idrar akışı güçleşir. Bu güçleşmenin sonucunda mesane distansiyonu gerçekleşir. Mesaneye akamayan idrar böbrek pelvisinde toplanır. Buradaki idrarın içindeki küçük partiküller ve kristallerin çökmesiyle böbrek taşı oluşur (73).

2.5.5. Immobilizasyonun Gastrointestinal Sistemlere Etkisi

Ameliyat sonrası erken dönemde en çok karşılaşılan gastrointestinal sistem komplikasyonları öksürük, bulantı, yutma güçlüğü, konstipasyon, paralitik ileus, abdominal distansiyon ve gastrik dilatasyondur (1,4). Immobilizasyonun gastrointestinal sistem üzerindeki etkisi genellikle abdominal distansiyon, konstipasyon ve ileustur.

Ameliyat esnasında bağırsaklara elle müdahale edilmesi, ameliyat sonrasında mide ve bağırsaklarda sıvı ve gaz birikimine sebebiyet verir. Mobil olmayan hastalarda aktivitelerin azalmasına bağlı olarak metabolizma hızı düşer ve hücrelerin enerji gereksinimlerinde azalma görülür. Bağırsak peristaltizmi yavaşlar. Mobilize olan hastalarda gastrointestinal sistem fonksiyonları artar ve karında ameliyat sonrası distansiyonun görülmesi engellenir (1,73).

Kırtıl ve arkadaşının (2021) yapmış olduğu sistematik derleme kapsamındaki çalışmalarda ameliyat sonrasında mobilize olan hastaların ilk gaz ve gaita çıkış sürelerinin anlamı bir şekilde kısaldığı, bağırsak seslerinin anlamlı olarak daha kısa sürede döndüğü, konstipasyon ve ileus gelişme riskinin daha düşük olduğu, abdominal

distansiyon şiddeti ile abdominal hassasiyetin azaldığı, ameliyat sonrası deneyimlenen bulantı-kusma oranlarının azaldığı bildirilmiştir (74).

2.5.6. İmmobilizasyon ve Ağrı

Ameliyat sonrası oluşan ağrı, ameliyat sonrası dönemde hastalar arasında yaygın olan ve çok iyi yönetilmediğinde hastalar açısından sorun olmaya devam eden bir durumdur. Özellikle insizyonun diyafragmaya yakın olduğu ve yoğun sinir ağrının bulunduğu ameliyatlarda (örneğin abdominal ameliyatlar) hastaların şiddetli ağrı deneyimleri olmaktadır (5,75). Ameliyat sonrası ağrı, ameliyattan sonra mobilizasyonu geciktirir ama mobilize olan hastaların da ameliyat sonrası dönemde ağrıları azalmaktadır (8,10). Akkaya'nın (2020) abdominal cerrahi geçiren hastalarda ambulasyonu incelediği yüksek lisans tezinin sonucunda hastaların %66.2'sinin oda içinde yürüyerek ambulasyonlarını gerçekleştirdiklerini açıklamıştır. Bireylerin son 24 saatteki ortalama ağrı düzeyi $3,7 \pm 1,7$, ağrı tedavisiyle son 24 saatte ağrıdan kurtulma yüzdesi $82,7 \pm 16,0$ olarak elde edilmiş; bulantısı, konstipasyonu, nazogastrik sondası, üriner kateteri ve dreni olan hastaların ambulasyon zamanının anlamlı olarak daha geç olduğunu belirlemiştir ($p < 0,05$) (79). Abdo ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada ise kolorektal cerrahi geçiren hastalar ($n=60$) incelenmiş, bir grup hastada mobilizasyon açısından ERAS protokolü uygulanırken bir gruba uygulanmamıştır. ERAS protokolü uygulanan hastaların, mobilizasyon süresinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Mobilizasyon süresinin fazla olduğu hastalarda daha az komplikasyon geliştiği, ağrı yaşadıkları, analjeziye gereksinim duydukları ve hastanede kalış sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmiştir (10).

2.5.7. Mobilizasyon ve Hemşirelik Bakımı

Perioperatif dönemin tüm aşamalarında görev alan cerrahi hemşirelerinin hasta bakımı, hastanın kliniğe kabulünden taburculuğuna kadar aktif olarak devam etmektedir. (13,76). Erken mobilizasyon da ameliyat sonrası dönemdeki komplikasyonları önlemek amacıyla hemşireler tarafından verilen en önemli bakımlardan biridir (76). Ongun ve arkadaşları (2020) yapmış oldukları tanımlayıcı çalışmada, hemşirelerin erken mobilizasyonun da bir parçası olduğu ERAS protokollerine yönelik bilgi düzeylerini

incelemişlerdir. Bu çalışmanın sonucunda hemşirelerin %85.25'inin ERAS protokollerini bilmedikleri, %88.97'sinin çalıştıkları klinikte ERAS protokolü uygulamalarına yer verilmediği, %99.21'nin ERAS protokolüne yönelik herhangi bir yayını takip etmediği, %99.21'nin ERAS protokolünü içeren herhangi bir eğitim almadığı ve %77.16'sının ERAS uygulamalarının faydalı olup olmadığını bilmedikleri bulmuşlardır (77). Başka bir çalışma da ise Mary ve arkadaşları (2018) farklı cerrahi departmanlarında çalışan 109 cerrahi hemşiresine immobilizasyona bağlı komplikasyonları ve ameliyat sonrası erken mobilizasyonun olumlu etkisiyle alakalı eğitim öncesi anket, eğitim ve eğitim sonrası anket yapmıştır. Burada ise hemşireler bütün sorulara eğitim öncesi ve sonrasında doğru yanıt vermiştir (78).

Bazı ülkelerde hala geleneksel uygulamaların devam etmesi, hemşirelerin ERAS konusunda eğitim almamaları ve yayınları takip etmemeleri araştırmalarda farklı sonuçlara sebebiyet verebilmektedir (77). Hemşirelerin komplikasyonları önlemek amacıyla erken mobilizasyonu da içinde barındıran ERAS protokollerine hâkim olmaları gerekmekte olup yeni ve güncel yaklaşımları takip etmeli, bilgilerini de vereceği bakıma yansıtmalıdır (4,76).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; ilişki arayıcı ve ileriye dönük araştırma desenine uygun olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri Nisan 2021 ile Eylül 2021 arasında toplanmıştır. Araştırmanın başlangıç ve bitiş tarihleri ise Aralık 2020 ile Aralık 2021 tarihleri arasında kapsamaktadır.

Bu araştırma, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde yürütülmüştür. Hastanede dört genel cerrahi servisi bulunmakta olup, bu dört servisteki toplam yatak sayısı 111'dir. Genel cerrahi servislerinde tiroid, meme, mide, kolorektal, hepatobiliyer ve pankreas hastalıkları cerrahisi geçiren hastaların yatışı yapılmaktadır. Servislerin her birinde 12 hemşire çalışmaktadır.

Tablo 1. Araştırma Planı

Aralık 2020- Mart 2021	Etik Kurul ve Kurum İzinlerinin Alınması
Nisan – Eylül 2021	Verilerin Toplanması
Ekim – Kasım 2021	Verilerin Analizi
Kasım- Aralık 2021	Tezin Rapor Edilmesi
Ocak 2022	Tez Savunma Sınavına Girilmesi
Şubat – Mart 2022	Tezin Yayına Hazırlığı ve Dergiye Gönderilmesi

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde abdominal cerrahi geçiren hastaları kapsamaktadır. Örneklem dahil edilme kriterleri; 18 yaşından büyük olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, okur-yazar olmak, psikiyatrik hastalık tanısı olmamak, genel durumu görüşmeye uygun olmak, telefon kullanabiliyor olmak, işitme ve konuşma sorunu olmamak, mide-kolorektal-hepatobiliyer-pankreas hastalıkları ameliyatı olmuş olmaktır. Örneklem dışlanma kriterleri ise; mobilizasyonu engelleyecek fiziksel bir engeli olmak, stoma cerrahisi geçirmiş olmak, hastada majör cerrahi komplikasyonu gelişmiş olmak (anastomoz kaçağı, cerrahi alan enfeksiyonu, safra kaçağı, abdominal sepsis, kanama vb.), yoğun bakımda bir günden fazla kalmak ve ASA (American Society of Anesthesiologists) Skoru dört ve üstü olmasıdır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanabilmesi için araştırmada kullanılacak “Gastrointestinal Symptom Derecelendirme Ölçeği” ve “Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği”nin kullanıldığı araştırmalara ulaşılamamıştır. Yapılan araştırmalarda ilk mobilizasyon saati ile ağrı ve ilk mobilizasyon saati ile bağırsak sesleri varlığı, gaz-gaita çıkışı arasındaki ilişkinin incelendiği görülmektedir. Hastaların ilk mobilizasyon saati ile ağrının ilişkisini inceleyen araştırmanın verileri kullanılarak hesaplanan etki düzeyine göre; araştırmanın örneklem büyüklüğü 0.22 etki düzeyi, 0.05 anlamlılık düzeyi ve %80 güçte 127 olarak bulunmuştur (79). Bu araştırmada, 130 örneklem ulaşılmıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Bu araştırma için çalışma materyali bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; abdominal cerrahi sonrası gastrointestinal semptomlar (bulantı-kusma, karın ağrısı, distansiyon vb.) ve ağrıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; abdominal cerrahi geçiren hastaların ilk mobilizasyon zamanı, mobilizasyon sıklığı, hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik puan ortalamasıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada “Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu, Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği, Hasta Hareketlilik (Mobilizasyon) Çizelgesi, Sayısal Ağrı Ölçeği ve Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği” kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (Ek-1)

Bu form, literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir (1-3,5,7,8,19,30,80). Formun sosyodemografik kısmında hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ve medeni durumu yer almaktadır. Formun klinik özellikler bölümünde hastanın yatış tarihi, operasyon tarihi ve saati, ameliyat tipi, kronik hastalık durumu, geçmiş ameliyat öyküsü, hastaneden taburcu olma tarihi ve komplikasyon gelişme durumu, anestezi süresi, ASA skoru, ameliyat öncesi yatış süresi, derlenme ünitesi ve servise kabul saati, ilk mobilizasyon saati, ilk gaz çıkarma ve ilk gaita zamanı bulunmaktadır.

3.6.2. Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (Ek-2)

Heye ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen Hasta Hareketlilik Ölçeği (Patient Mobility Scale) ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (Observer Mobility Scale), cerrahi girişim sonrası hareketliliğe ilişkin hasta algılarını ve objektif gözlemleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir.

Hasta Hareketlilik Ölçeği: Cerrahi girişim sonrası yapılan 4 aktivite (yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme) sırasında deneyimlenen ağrı ve güçlük düzeyi değerlendirilmektedir. Her aktiviteye ilişkin ağrı ve güçlük düzeyi 1 ile 5 arasında

puanlandırılmaktadır. Hasta hareketlilik puanı minimum 4, maksimum 20 olarak bulunmaktadır. Puan artışı, aktivite ile ilgili olarak ağrı ve güçlüğü arttığına işaret etmektedir. Heye ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada, ağrı ve güçlük puanlarının serpilme çizimleri ve korelasyonu, her bir aktivite için, puanlar arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r= 0.89$, $p< 0.0001$). Bu durum ölçeğin ilgili kavramı değerlendirdiğini göstermektedir. İç tutarlılık güvenirliği ölçeğin tümü için Cronbach alfa değerine bakılarak değerlendirilmiş ve cerrahi girişim sonrası 1. gün için 0.98 (deney grubu= 0.95; kontrol grubu= 0.94); cerrahi girişim sonrası 2. gün için 0.98 olarak (deney grubu= 0.96; kontrol grubu= 0.95) bulunmuştur (81). Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Ayoğlu ve Akyolcu (2011) tarafından genel cerrahi hastaları ile yapılmıştır. Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı, kontrol grubunda birinci uygulamada (cerrahi girişim sonrası birinci gün) 0.87, ikinci uygulamada (cerrahi girişim sonrası ikinci gün) 0.94 olduğu; deney grubunda birinci uygulamada 0.88, ikinci uygulamada ise 0.90 olarak hesaplamışlardır (82). Bu araştırmada, Hasta Hareketlilik Ölçeği iç tutarlılığında Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı ameliyat sonrası ilk gün için 0.93, taburcu olunan gün için 0.93 bulunmuştur.

Gözlemci Hareketlilik Ölçeği: Cerrahi girişim sonrası dört aktivitenin yapılması sırasında, bağımlılık bağımsızlık durumu/ derecesi, “1” ile “5” arasında numaralandırılır. Ölçek puanı olarak “1”, sözlü uyarı ya da fiziksel yardım olmadan ilgili aktiviteyi bağımsız olarak yerine getirdiğini; “5” sayısı, sözlü uyarı ya da fiziksel yardıma rağmen, hastanın ilgili aktiviteyi yerine getiremediğini gösterir. Dönme, oturma, ayakta durma ve yürüme puanları toplanır ve ortalama puan değeri hesaplanır. Gözlemci hareketlilik puanı minimum 1, maksimum 5 olarak hesaplanır. Heye ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, ölçeğin Cronbach alfa değeri, cerrahi girişim sonrası birinci gün için 0.93 (deney grubu= 0.79; kontrol grubu= 0.85) ve ikinci gün için 0.94 (deney grubu= 1.00; kontrol grubu= 0.95) olarak bulunmuştur. Gözlemciler arası/puanlayıcılar arası güvenirliği değerlendirmek için, araştırmacı hemşire dahil 4 araştırmacı tarafından dört farklı yaşta kadın hasta ile farklı düzeylerde dört cerrahi girişim sonrası hareket aktivitesini gösteren videoteypler değerlendirilmiştir. Gözlemciler arası/puanlayıcılar arası güvenirlik düzeyi 0.87 ile 0.94 arasında değişiklik göstermiştir ve standart ile

karşılaştırıldığında araştırmacı hemşirenin değeri ise 0.94 olarak bulunmuştur. Global Gözlemci Hareketlilik puanını hesaplamak için dört aktiviteye ilişkin Gözlemci Hareketlilik puanları toplanmaktadır (81). Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışmasını yapan Ayoğlu ve Akyolcu (2011) Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısını kontrol grubunda birinci uygulamada (cerrahi girişim sonrası birinci gün) 0.64, ikinci uygulamada (cerrahi girişim sonrası ikinci gün) 0.62; deney grubunda birinci uygulamada 0.61, ikinci uygulamada ise 0.75 olarak hesaplamışlardır. Ölçeğin güvenilirliği oldukça güvenilir düzeyde olarak bulunmuştur (82). Bu araştırmada, Gözlemci Hareketlilik Ölçeği iç tutarlığında Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı, ameliyat sonrası birinci gün 0.96 ve ameliyat sonrası taburcu olunan gün için 0.76 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Hasta Hareketlilik (Mobilizasyon) Çizelgesi (Ek-3)

Mobilizasyon çizelgesi araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Hastanın ameliyat sonrasındaki ilk mobilizasyonundan taburcu olacağı güne kadarki süreyi kapsayan bir formdur. Hastanın kendisi tarafından doldurulacak olan bir çizelgedir. Amacı hastanın mobilizasyon sıklığını ve süresini saptayabilmektir. Çizelge tablo şeklinde olup ameliyat sonrasında ilk mobilizasyondan taburculuğa kadarki günleri, hareket türü, mobilizasyon sıklığı ve süresini içermektedir. Hareket türü olarak yatak kenarında oturma, sandalye/koltukta oturma, ayakta durma ve yürüme yer almaktadır. Hastanın, her hareket türünün gerçekleştirdiğinde sıklık sütununa bir çarpı (X) koyması ve hareketin süresini dakika olarak süre sütununa yazması beklenmektedir. Bu çizelge için uzman görüşü alınıp içerik analizi yapılmış ve pilot uygulaması gerçekleştirilmiştir. Hasta hareketlilik çizelgesinin içerik analizi indeksi 1.0 olarak bulunmuştur. Pilot uygulamada herhangi bir değişiklik yapılmamış hastalar (n=10) tarafından anlaşıldığı saptanmıştır. Ancak araştırmanın verilerinin toplanması aşamasında hastaların süreleri yazmakta sıkıntı yaşadıkları ve çok eksik veri olduğu fark edilmiştir. Bu nedenle araştırmanın veri analizinde ve amacında değişiklik yapılarak sadece mobilizasyon sıklığı değerlendirmeye alınmıştır.

3.6.4. Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği (Ek-4)

Gastrointestinal sistem bozukluklarında sıklıkla görülen semptomları değerlendirmek üzere Revicki ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Turan ve Aştı (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçek ilk başta psikopatolojideki değişiklikleri ölçmek için oluşturulmuş olup irritabl bağırsak sendromu ve peptik ülser hastalığı olan hastaların gastrointestinal semptomlarını ölçmek hedeflenmiştir. GSDÖ (Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği); 15 maddelik, “rahatsızlık yok”tan başlayıp, “çok şiddetli rahatsızlık var”a kadar giden seçenekleri olan 7 puanlık likert tipinde bir ölçektir. Bireyin son bir haftada gastrointestinal sorunlar yönünden kendini nasıl hissettiği sorgulanır. GSDÖ’nün Karın Ağrısı, Reflü, Diyare, Hazımsızlık ve Konstipasyon olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin her alt boyutu kendi içinde hesaplanmakta olup toplam puanı bulunmamaktadır. Karın ağrısı (1.,4. ve 5. maddeler) için elde edilebilen maksimum puan 21, reflü (2. ve 3. maddeler) için 14, diyare (11.,12. ve 14. maddeler) için 21, hazımsızlık (6.,7.,8. ve 9. maddeler) için 28 ve son olarak konstipasyon (10.,13. ve 15. maddeler) için 21’dir. GSDÖ’nün her alt boyutundan alınan yüksek puanlar semptomların daha şiddetli olduğunu gösterir (83-85).

Revicki ve ark. (1998) yaptığı çalışmada iç tutarlılık güvenilirlikleri 0.61 ile 0.83 arasında ve sınıf içi korelasyon katsayıları 0.42 ile 0.60 arasında değişmektedir. Bu değer reflü için 0.42, diyare için 0.53, konstipasyon için 0.60, abdominal ağrı için 0.51 ve hazımsızlık için 0.50 bulunmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinde GSDÖ’nün test-tekrar test korelasyon katsayılarının, ölçeğin tüm maddelerinde 0.39-0.87 arasında değiştiği, ayrıca bu değer karın ağrısı için 0.77, reflü için 0.74, diyare için 0.47, hazımsızlık için 0.66 ve konstipasyon için 0.71 bulunduğuna belirtilmektedir. GSDÖ’nün toplam skor korelasyonunun 0.17-0.67 değerleri arasında olduğu ve tüm maddeler için Cronbach’s alpha katsayıları karın ağrısı için 0.82 olduğu görülmektedir (84,85).

3.6.5. Sayısal Ağrı Ölçeği (Ek-5)

Sayısal derecelendirme ölçekleri, en basit ve en sık kullanılan ölçeklerdir. Sayısal Ağrı Ölçeği (SAÖ) Hastanın ağrısını sayılarla ifade etmesi, böylece ağrının şiddetini sayısal bir değer olarak belirlenmesi amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Sayısal ölçekte ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10) düzeyine kadar ulaşır. Sayısal ağrı ölçeğinin kullanımı ve sınırlılıklarını ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Sayısal ölçeklerin ağrı tanılamasını kolaylaştırdığı, puanlama ve kayıta kolaylık sağladığı, tavan ve taban etki değerlendirmesinde yararlı olduklarını ileri süren görüşler yer almasına rağmen, literatürdeki bazı araştırmalarda hemşirelerin sayısal ölçeklerde hastaların ağrı bildirimlerinin yüksek olduğuna inandıklarını ve bu nedenle sayısal ağrı ölçeklerinin kullanımını sınırlı buldukları doğrultusunda düşünceler de yer almaktadır (86). Ancak yapılan çalışmalar ölçüm aracının güvenli bir şekilde kullanılabileceğini desteklemektedir. Williamson ve Hoggart'ın (2005) ve Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro ve Jensen'in (2011) yıllarında gerçekleştirdikleri çalışmalarda; sayısal ağrı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği desteklenmiştir (87,88). Williamson ve Hoggart'ın 2005 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada; görsel kıyaslama ölçeği, sözel değerlendirme ölçeği ve sayısal ağrı ölçeği kıyaslanmış; sayısal ağrı ölçeğinin duyarlılığı yüksek bulunmuştur (88). Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro ve Jensen'in 2011 yılında yaptıkları çalışmada ise; görsel kıyaslama ölçeği, sayısal ağrı ölçeği, yüz ağrı ölçeği ve sözel değerlendirme ölçeğini kıyaslamışlar; sayısal ağrı ölçeğinin duyarlılığını en yüksek bulmuşlardır (87).

3.7. Veri Toplama

Araştırmanın verilerinin toplanması aşaması araştırmacı tarafından yapılmış olup yüz yüze görüşme ve telefonla görüşme tekniklerini kullanılmıştır. Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ameliyat sonrasındaki ilk 48 saat ve hastaların taburcu olduğu gün uygulanmıştır. Ameliyat sonrası ilk 48 saat içerisinde hastaların hasta ve gözlemci hareketlilik değerlendirmesinde hastaların ilk mobilizasyonlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Ancak her hastanın ilk 48 saat içerisindeki ilk mobilizasyonları farklılık gösterdiği için bazı hastalarda araştırmacı birebir kendisi değerlendirmiş bazı hastalarda

hasta ve hasta yakınından yardım alarak olarak değerlendirmiştir. Taburculuk hasta ve gözlemci hareketlilik ölçeği değerlendirmesini araştırmacı birebir kendisi yapmıştır.

Ameliyat sonrası ilk gün hastayla ilk görüşmede, hasta ve yakınlarına “Hasta Hareketlilik (Mobilizasyon) Çizelgesi” ve “Sayısal Ağrı Ölçeği”nin kullanımı hakkında bilgi verilip ve ameliyat sonrasında taburcu oluncaya kadar bu formları doldurmaları istenmiştir. Her hasta için taburculuk mobilizasyon sıklığı ve ağrı hastanedeki yatış sürelerine göre hesaplanmıştır.

“Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği” araştırmacı tarafından ameliyat sonrası 7. gün hastaya uygulanmıştır. Yedinci günden önce taburcu olan hastaların “Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği” değerlendirmesi telefon görüşmesi ile yapılmıştır (Şekil 3.)



Şekil 3. Veri Toplama Planı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel değerlendirme için “Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0” istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler; sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılım durumu swekness (çarpıklık), kurtosis (basıklık), ShapiroWilk ve Kolmogrov-Simironov testleri ile analiz edilmiştir. Ameliyat sonrası ilk 48 saat hareketlilik puan ortalaması ile gastrointestinal semptom puan ortalamaları arasındaki ilişki, taburculuk hareketlilik

puan ortalaması ile gastrointestinal semptom puan ortalamaları arasındaki ilişki, ameliyat sonrası ilk 48 saat hareketlilik puan ortalaması ile mobilizasyon ilk 48 saat ve taburculuk sıklık ortalaması arasındaki ilişki, ameliyat sonrası ilk 48 saat hareketlilik puan ortalaması ve ilk 48 saat ağrı puan ortalaması arasındaki ilişki, mobilizasyon ilk 48 saat ve taburculuk sıklık ortalaması ile gastrointestinal semptom puan ortalamaları arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile analiz edilmiştir. Ameliyat sonrası ilk 48 saat hareketlilik ve taburculuk puan ortalaması ile taburculuk ağrı ortalaması arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile analiz edilmiştir. P anlamlılık düzeyi <0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın birinci sınırlılığı, hasta mobilizasyon sıklığının sadece hastanede takip edilebilmesi ve taburculuk sonrası durumun takibinin olmamasıdır. İkinci sınırlılığı, hastaların mobilizasyon durumunun öz değerlendirme ölçüm araçları ile değerlendirilmesidir. Üçüncü sınırlılığı, hasta taburculuklarının yedinci günden önce olabilmesi ve buna bağlı olarak gastrointestinal sistem semptomlarının her zaman yüz yüze değerlendirme yöntemi ile değil telefon görüşmesi ile değerlendirilmesidir.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 01.03.2021 tarihli ve 2021/07-11 numaralı etik kurul onayı (Ek-6), İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği kurum izni (Ek-7) alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalardan yazılı Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek-8) alınmıştır. Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (Ek-9) ve Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği'nin (Ek-10) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan sorumlu araştırmacılardan ölçek kullanım izni alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 130 abdominal cerrahi geçiren hastaların sosyodemografik verileri Tablo 1’de verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 61.11 ± 1.20 yıl, kilo ortalaması 71.23 ± 10.68 kg ve BKİ ortalamaları 25.58 ± 3.61 m²/kg olarak bulunmuştur. Bu hastaların %53.08’i (n= 69) erkek, %69.23’ü (n= 90) ilkokul mezunu, %73.08’i (n= 95) evli, %80’i (n= 104) çalışmamakta olup %90.77’sinin (n=118) aile tipi çekirdek ailedir (Tablo 1).

Tablo 2. Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n=130)

Özellikler	Ortalama $\pm$ SH (min-max)
Yaş (yıl)	61.11 ± 1.20 (19-90)
	Ortalama $\pm$ SS (min-max)
Kilo (kg)	71.23 ± 10.68 (45-101)
BKİ (m ² /kg)	25.58 ± 3.61 (16.90-34.50)
Cinsiyet	
Kadın	61 (%46.92)
Erkek	69 (%53.08)
Eğitim Durumu	
İlköğretim	90 (%69.23)
Lise	26 (%20.0)
Üniversite ve Üstü	14 (%10.77)
Medeni Durum	
Evli	95 (%73.08)
Bekar	35 (%26.92)
Çalışma Durumu	
Tam Zamanlı	24 (%18.46)
Yarı Zamanlı	2 (%1.54)
Çalışmıyor	104 (%80.0)
Aile Tipi	
Çekirdek	118 (%90.77)
Geniş Aile	12 (%9.23)

Abdominal cerrahi geçiren hastaların klinik özelliklerine ilişkin verileri Tablo 2’de verilmiştir. Yapılan abdominal cerrahilerin %43.85’i (n= 57) kolorektal, %17.69’u (n= 23) pankreatobiliyer, %16.92’si (n= 22) st gastrointestinal cerrahilerdir. Ameliyat olan hastaların %56.15’i (n= 73) kronik hastalıklara sahiptir. Hastaların büyük bir çoğunluğunda (n= 47, %64.38) hipertansiyon bulunmaktadır. Hastaların %69.23’ünde (n= 90) geçmiş ameliyat öyküsü bulunmaktadır. Hastaların, hastanede toplam kalış süresinin ortalaması 10.62 ± 0.38 gün olarak bulunmuş olup ameliyat öncesi yatış süresi ortalaması 4.72 ± 0.34 gün ve ameliyat sonrası 6.10 ± 0.11 gündür. Hastaların ameliyat esnasında aldıkları anestezinin süre ortalaması 198.55 ± 91.86 dakikadır ve bu hastaların %53.85’inin (n=70) ASA skoru 2’dir. Ameliyat sonrasında hastaların ilk mobilizasyonları 22.13 ± 0.57 saattir. Ameliyat sonrası ilk gaz ve gaita zamanları sırasıyla 2.27 ± 0.11 ve 3.75 ± 0.13 gündür.

Tablo 3. Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Klinik Özellikleri

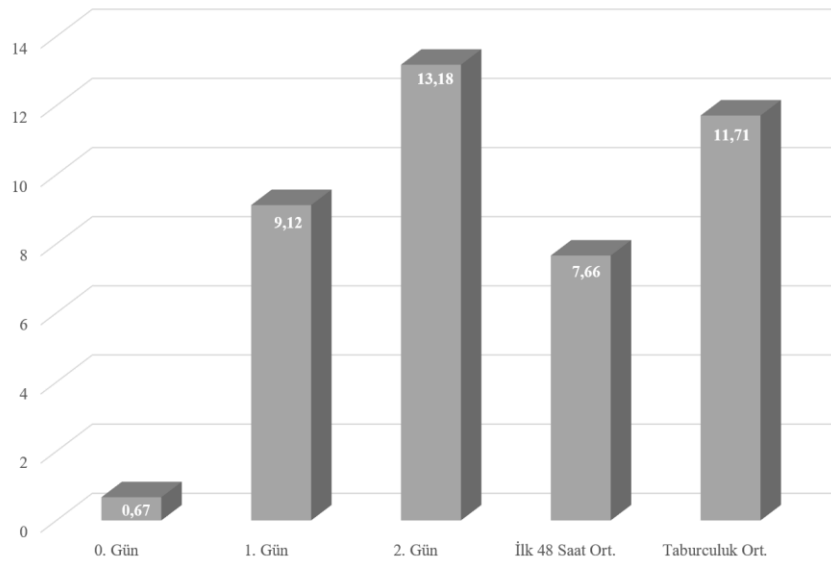
Özellikler	n (%)
Ameliyat Tipi	
Üst Gastrointestinal	22 (%16.92)
Kolorektal	57 (%43.85)
Hepatik	12 (%9.23)
Pankreatikobiliyer	23 (%17.69)
Çoklu organ rezeksiyonu	4 (%3.08)
Diğer*	12 (%9.23)
Kronik Hastalık	
Evet	73 (%56.15)
Hayır	57 (%43.85)
Kronik Hastalık**	
Diyabetes Mellitus	33 (%45.21)
Hipertansiyon	47 (%64.38)
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	20 (%27.40)
Tiroid	10 (%13.70)
Diğer***	9 (%12.33)
Geçmiş Ameliyat Öyküsü	
Evet	90 (%69.23)
Hayır	40 (%30.77)
ASA Skoru	
ASA-1	5 (%3.84)
ASA-2	70 (%53.85)
ASA-3	55 (%42.31)
Ortalama ± SS (min-max)	
Ameliyat Öncesi Yatış Süresi (gün)	4.72±0.34 (0-14)
Ameliyat Sonrası Yatış Süresi (gün)	6.10±0.11 (2-8)
Hastanede Kalış Süresi (gün)	10.62±0.38 (5-22)
Anestezi Süresi (dakika)	198.55±91.86 (50-445)
İlk Mobilizasyon Saati	22.13±0.57 (7.35-46.35)
İlk Gaz Çıkarma Zamanı (gün)	2.27±0.11 (0-6)
İlk Gaita Zamanı (gün)	3.75±0.13 (0-8)

*: 4 Batın içi kitle eksizyonu, 5 Omentoplasti, 2 Splenektomi, 1 Debulking. **: Hastaların birden çok kronik hastalıkları bulunmaktadır. ***: 2 KOAH, 2 Romatizma, 2 Karaciğer yetmezliği, 2 Kronik böbrek yetmezliği, 1 Ülseratif kolit.

Cerrahi geçiren hastaların hareketlilik ve gastrointestinal semptom puan ortalamaları Tablo 3'te verilmiştir. Hastanın ilk 48 saat içerisindeki hareketlilik puan ortalaması 14.22 ± 0.33 , gözlemci ilk 48 saat ise 3.49 ± 0.59 'dur. Hasta taburculuk dönemi hareketlilik puan ortalaması 5.22 ± 0.16 , gözlemci taburculuk 1.25 ± 0.46 'dır. Gastrointestinal semptomlar karın ağrısı, hazımsızlık, reflü, diyare ve konstipasyon başlıkları altında incelenmiş olup sırasıyla puan ortalamaları 7.61 ± 0.19 , 11.94 ± 0.23 , 2.04 ± 0.32 , 5.02 ± 0.32 , 4.65 ± 0.24 'tür.

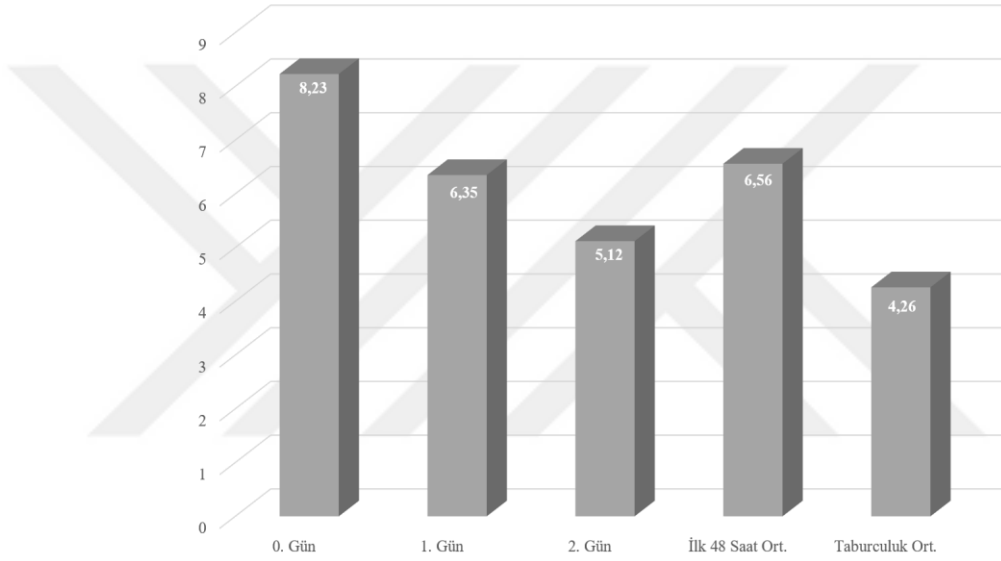
Tablo 4. Hastaların Hareketlilik ve Gastrointestinal Semptom Puan Ortalamaları

Değişkenler	Ortalama $\pm$ SH (min-max)
Mobilizasyon	
Hasta Hareketlilik ilk 48 saat	14.22 ± 0.33 (4-20)
Gözlemci Hareketlilik ilk 48 saat	3.49 ± 0.59 (1-4.25)
Hasta Hareketlilik Taburculuk	5.22 ± 0.16 (4-12)
Gözlemci Hareketlilik Taburculuk	1.25 ± 0.46 (1-3.50)
Gastrointestinal Semptom (7. Gün)	
Karın Ağrısı	7.61 ± 0.19 (3-14)
Hazımsızlık	11.94 ± 0.23 (6-16)
Reflü	2.04 ± 0.32 (2-6)
Diyare	5.02 ± 0.32 (3-18)
Konstipasyon	4.65 ± 0.24 (3-18)



Grafik 1. Hastaların ameliyat sonrası geçen süreye göre mobilizasyon sıklığı dağılımı (n=130)

Hastaların ameliyat sonrasındaki mobilizasyon sıklıkları Grafik 1’de verilmiştir. Hastaların mobilizasyon sıklığı sıfıncı gün (ameliyat günü) 0.67 ± 0.20 kez, birinci gün 9.12 ± 0.52 kez, ikinci gün 13.18 ± 0.51 kezdir. Mobilizasyon ilk 48 saat sıklık ortalaması 7.66 ± 0.30 kez ve taburculuk sıklık ortalaması 11.71 ± 0.37 kezdir.



Grafik 2. Hastaların ameliyat sonrası dönemdeki ağrı puan ortalamaları (n=130)

Hastaların ameliyat sonrası dönemdeki ağrı puan ortalamaları Grafik 2’de verilmiştir. Ağrı puan ortalaması ameliyat sonrası sıfıncı gün (ameliyat günü) 8.23 ± 0.34 puan, birinci gün 6.35 ± 0.27 puan, ikinci gün 5.12 ± 0.33 puandır. Ameliyat sonrası ilk 48 saat ağrı ortalaması 6.56 ± 0.15 puan, taburculuk ağrı ortalaması 4.26 ± 1.26 puandır.

Hasta ve gözlemci hareketlilik puan ortalamalarının mobilizasyon sıklığı ve ağrı puan ortalamasıyla ilişkisi Tablo 5’te verilmiştir. Hasta hareketlilik ilk 48 saat puan ortalaması ile ilk 48 saat ($r=-0.266$, $p=0.002$) ve taburculuk ($r=-0.250$, $p=0.004$) mobilizasyon sıklığı arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Gözlemci hareketlilik ilk 48 saat puan ortalaması ile ilk 48 saat ($r=-0,196$, $p=0.026$) ve taburculuk ($r=-0.199$, $p=0.024$) mobilizasyon sıklığı arasında negatif yönde

çok düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Hasta hareketlilik taburculuk puan ortalaması ile ilk 48 saat ($r=-0.099$, $p=0.262$) mobilizasyonla arasında ilişki olmadığı ve taburculuk ($r=0.189$, $p=0.032$) mobilizasyon sıklığı arasında negatif yönde çok düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Gözlemci hareketlilik taburculuk puan ortalaması ile ilk 48 saat ($r=-0.203$, $p=0.021$) mobilizasyon sıklığı ile negatif yönde çok düşük düzeyde, taburculuk ($r=0.284$, $p=0.001$) mobilizasyon sıklığı ile negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Hasta hareketlilik ilk 48 saat puan ortalaması ile ilk 48 saat ($r=0.402$, $p<0.001$) ağrı ortalaması ile pozitif yönde düşük düzeyde, taburculuk ($r=0.503$, $p<0.001$) ağrı ortalamasıyla pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Gözlemci hareketlilik ilk 48 saat ile ilk 48 saat ($r=0.141$, $p=0.110$) ağrı ile arasında ilişki olmadığı, taburculuk ($r=0.352$, $p<0.001$) ağrı ortalaması ile pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Hasta hareketlilik taburculuk puan ortalaması ile ilk 48 saat ($r=0.284$, $p=0.001$) ve taburculuk ($r=0.352$, $p<0.001$) ağrı puan ortalaması ile pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Gözlemci hareketlilik taburculuk puan ortalaması ile ilk 48 saat ($r=0.173$, $p=0.049$) ve taburculuk ($r=0.196$, $p=0.025$) ağrı puan ortalaması ile pozitif yönde çok düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Puan Ortalamasının Mobilizasyon Sıklığı ve Ağrı Puan Ortalamasıyla İlişkisi

	Mobilizasyon Sıklığı		Ağrı	
	İlk 48 saat	Taburculuk	İlk 48 saat	Taburculuk
Hasta Hareketlilik ilk 48 saat	r= -0.266⁺ p=0.002*	r=-0.250⁺ p=0.004*	r=0.402⁺ p<0.001*	r=0.503⁺⁺ p<0.001*
Gözlemci Hareketlilik ilk 48 saat	r=-0.196⁺ p=0.026	r=-0.199⁺ p=0.024*	r=0.141 p=0.110	r=0.227⁺ p=0.009*
Hasta Hareketlilik Taburculuk	r=-0.099 p=0.262	r=-0.189⁺ p=0.032*	r=0.284⁺ p=0.001*	r=0.352⁺ p<0.001*
Gözlemci Hareketlilik Taburculuk	r=-0.203⁺ p=0.021*	r=-0.284⁺ p=0.001*	r=0.173⁺ p=0.049*	r=0.196⁺ p=0.025*

*p < 0.05, + düşük korelasyon katsayısı, ++ orta düzey korelasyon katsayısı, +++ güçlü düzey korelasyon katsayısı. 0-0.25 çok zayıf, 0.26-0.49 zayıf, 0.50-0.69 orta, 0.70-0.89 yüksek, 90-1.00 çok yüksek

Hasta ve gözlemci hareketlilik puan ortalamalarının gastrointestinal semptomlar puan ortalamasıyla arasındaki ilişkisi Tablo 6’da verilmiştir. Hasta hareketlilik ilk 48 saat puan ortalaması ile karın ağrısı ($r=0.227$, $p=0.009$) arasında pozitif yönde çok düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Gözlemci hareketlilik ilk 48 saat puan ortalaması ile diyare ($r=0.185$, $p=0.035$) ve ilk gaz ($r=0.205$, $p=0.019$) ile pozitif yönde çok düşük düzey, hazımsızlık ($r=0.307$, $p<0.001$) ile pozitif düşük düzeyde ve konstipasyon ($r=-0.221$, $p=0.011$) ile negatif yönde çok düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Hasta hareketlilik taburculuk puan ortalaması ile karın ağrısı ($r=0.201$, $p=0.022$) ve konstipasyon ($r=0.188$, $p=0.032$) arasında pozitif yönde çok düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Gözlemci hareketlilik taburculuk puan ortalaması ile reflü ($r=0.206$, $p=0.018$) ve diyare ($r=0.182$, $p=0.039$) arasında pozitif yönde çok düşük düzeyde ilişki bulunmuştur.

Tablo 6. Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Puan Ortalamasının Gastrointestinal Semptomlar Puan Ortalamasıyla İlişkisi

	Karın ağrı	Reflü	Diyare	Hazımsızlık	Konstipasyon	İlk gaz	İlk gaita
Hasta Hareketlilik ilk 48 saat	r=0.227⁺ p= 0.009*	r=0.150 p=0.089	r=0.099 p=0.262	r=0.145 p=0.100	r=0.041 p=0.644	r=0.160 p=0.070	r=0.140 p=0.112
Gözlemci Hareketlilik ilk 48 saat	r=0.131 p=0.136	r=0.108 p=0.221	r=0.185⁺ p=0.035*	r=0.307⁺ p<0.001*	r=- 0.221⁺ p=0.011*	r=0.205⁺ p=0.019*	r=0.145 p=0.099
Hasta Hareketlilik Taburculuk	r=0.201⁺ p=0.022*	r=0.47 p=0.597	r=0.91 p=0.301	r=-0.118 p=0.180	r=0.188⁺ p=0.032*	r=0.001 p=0.992	r=0.006 p=0.947
Gözlemci Hareketlilik Taburculuk	r=0.109 p=0.218	r=0.206⁺ p=0.018*	r=0.182⁺ p=0.039*	r=-0.078 p=0.379	r=0.041 p=0.642	r=0.115 p=0.191	r=0.009 p=0.921

*p < 0.05, + düşük korelasyon katsayısı, ++ orta düzey korelasyon katsayısı, +++ güçlü düzey korelasyon katsayısı. 0-0.25 çok zayıf, 0.26-0.49 zayıf, 0.50-0.69 orta, 0.70-0.89 yüksek, 90-1.00 çok yüksek

Mobilizasyon sıklığının gastrointestinal semptom puanıyla olan ilişkisi Tablo 7’de verilmiştir. İlk 48 saat mobilizasyon sıklığı ortalaması ile karın ağrısı ($r = -0.195$, $p = 0.026$) ve diyare ($r = -0.173$, $p = 0.048$) arasında negatif yönde çok düşük düzeyde , ilk gaz ($r = -0.263$, $p = 0.003$) ile negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 7. Mobilizasyon Sıklığı Ortalamasının Gastrointestinal Semptom Puanı ile Arasındaki İlişki

	Mobilizasyon Sıklığı İlk 48 saat	Mobilizasyon Sıklığı Taburculuk
Karın Ağrı	$r = -0.195^+$ $p = 0.026^*$	$r = -0.065$ $p = 0.465$
Reflü	$r = -0.104$ $p = 0.240$	$r = -0.124$ $p = 0.159$
Diyare	$r = -0.173^+$ $p = 0.048^*$	$r = -0.139$ $p = 0.115$
Hazımsızlık	$r = -0.141$ $p = 0.110$	$r = 0.034$ $p = 0.698$
Konstipasyon	$r = 0.095$ $p = 0.281$	$r = 0.069$ $p = 0.437$
İlk Gaz	$r = -0.263^+$ $p = 0.003^*$	$r = -0.010$ $p = 0.914$
İlk Gaita	$r = -0.141$ $p = 0.110$	$r = 0.004$ $p = 0.962$

5.TARTIŞMA

Bu bölümde abdominal cerrahi uygulanan hastalarda mobilizasyon durumlarının ve sıklıklarının, ağrı ve gastrointestinal sistem semptomlarına olan etkisini incelemek amacıyla elde edilen bulgular literatür ile tartışılmıştır.

Literatürde bulunan çalışmalarda, abdominal cerrahi geçiren hastaların mobilizasyon süreleri ve sıklıkları Fitbit Flex (fitbit) gibi hareket anını not eden akıllı bileklikler kullanılarak, yürüme mesafeleri (metre) ve adım sayıları hesaplanarak değerlendirildiği görülmektedir (9,89,90). Dolgun ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada, hastaların ilk mobilizasyon zamanı ortalaması 5 ± 5.89 saat, ameliyat sonrası ilk 24 saatteki mobilizasyon sıklıklarını 2.12 ± 1.25 kez ve ilk mobilizasyon süre ortalaması 7.82 ± 4.09 dakika, ameliyat sonrasındaki birinci günde 18 ± 11.18 dakika olarak bulurken benzer bir çalışmada ameliyat sonrası birinci günde ortalama mobilizasyon süresi 4.7 ± 2.6 saat olarak bulunmuştur (16,91). Mobilizasyonun incelendiği diğer çalışmalar erken mobilize olan grubun yürüme mesafesi $0-1702.0\pm249.3$ metre, adım sayısı $0-4138.3\pm847.3$ olarak bulurken başka bir çalışmada hastalar ameliyat günü ortalama 557 metre, ameliyat sonrası birinci günde 1023 metre yürümüştür (9,89). Bizim hastalarımızın, yapılmış olan bu çalışmalara bakıldığında daha geç (22.13 ± 0.57 saat) ve daha az sıklıkta (ameliyat sonrası sıfırıncı günde 0.67 ± 0.20 kez, birinci gün 9.12 ± 0.52) mobilize olduğu görülmektedir. ERAS protokolüne göre hastaların ameliyat sonrasında ilk 6-8 saat içerisinde mobilize olması önerilmektedir (15). Bu çalışmamızda ameliyat sonrası mobilizasyon sıklığı ve süresinin değerlendirilmesinin yapılması planlanmış ancak veri toplama aşamasında hastaların öz-değerlendirme anketinde süreyi belirtmedikleri görülmüştür. Bu nedenle araştırmamızda süre değerlendirilmesi yapılamamıştır. Gelecekte yapılan çalışmalarda gerçek zamanlı mobilizasyonun değerlendirilmesi için akıllı bilekliklerin kullanılarak değerlendirilme yapılması önerilir.

“Hareket ve Gözlemci Mobilizasyon Ölçeği”nin kullanıldığı çalışmalara bakıldığında literatürde abdominal cerrahi geçiren hastalarda uygulanan çalışmalara ulaşamamıştır. Ölçeğin, kalp damar ve ortopedi ameliyatı geçiren hastalarda

uygulandığı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, cinsiyetin (kadın>erkek), yaşın (yaşlı>genç), eğitim durumunun (düşük>yüksek), medeni durumun (evli>bekar), kronik hastalık varlığı, geçmiş hastane yatış öyküsü, önceki operasyon deneyimleri, hastanedeki kalış süresinin uzunluğu, ameliyat ile ilgili eğitim almama durumu ve ameliyat türü (kalp>genel cerrahi) gibi özelliklerin hastaların mobilizasyon zorlanma derecelerini arttırdığı belirtilmektedir (19,92). İskender ve arkadaşları (2019) çalışmasında ise yukarıda belirtilen özelliklerin zorlanma derecesini etkilemediğini belirtmektedir. Hastada dren, nazogastrik ve/veya idrar sondasının olması, ağrının, anestezi ilaçlarının etkisi altında olmanın ve hastanedeki hemşire sayısının yetersizliği hastaların mobilizasyon durumlarını etkilediği belirtilmektedir (2,70). Hastaya yönelik faktörler dışında, sağlık profesyonellerinin hastada oluşabilecek abdominal kanama ve senkop riskinden kaçınması nedeniyle de hastaların mobilize olma süreci uzayabilmektedir. Bizim hastalarımızın çoğunluğu ileri yaşta, kronik hastalıklara sahip ve geçmişlerinde ameliyat öyküleri bulunmaktaydı. Bu araştırmanın örnekleminde yer alan hastalara uygulanan ameliyatlara büyük ameliyat kategorisine girmekte olup hastaların hepsinde en az bir tane dren, nazogastrik sonda ve/veya idrar sondası bulunmaktaydı. Araştırmanın yapıldığı kliniklerde, ameliyatı yapan doktorlarının isteği ile hastaların mobilizasyon saatlerinde gecikmeler olduğu saptanmıştır. Bu faktörlerle birlikte çalışmamızda hastaların ilk mobilizasyon sürelerinin uzun ve mobilizasyon da zorlanma derecelerinin yüksek olduğu düşünülebilir. Hastaların mobilizasyon da zorlanma dereceleri arttıkça mobilizasyon sıklıklarının azaldığı, ağrı düzeylerinde artış olduğu bulunmuştur. Bu durum mobilizasyon esnasında mobilizasyon sıklığının düştüğü ve ağrının mobilizasyon sıklığını olumsuz etkilediği görülmüştür.

Bu çalışmada mobilizasyon zorlanma dereceleri ameliyat sonrası ilk 48 saatte ve taburculukta değerlendirilmiş olup gastrointestinal semptomlarla olan ilişkisi bu sürelerle göre belirlenmiştir. Abdominal cerrahi sonrasında en sık görülen komplikasyonların ağız kuruluğu, ağrı, konstipasyon, bağırsaklarda gaz ve bulantı olduğu bilinmektedir. Bunların yanı sıra yutma güçlüğü, iştahsızlık, distansiyon ve hıçkırık da görülebilmektedir (1). Yapılan çalışmalarda erken mobilizasyonun ağrı ve bulantı-kusmayı azalttığı ilk gaz çıkarma zamanını kısalttığı ve ilesun gelişmesini

azalttığı belirtilmiştir (9,10). Ancak erken mobilizasyonun abdominal distansiyon, konstipasyon ve diyare gelişmesi açısından etkili olmadığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır (9,90). Bu çalışmanın sonucunda ilk 48 saatte mobilizasyon zorluk derecesi yüksek olan hastaların karın ağrısı, diyare, hazımsızlık ve ilk gaz çıkış süresinde gecikme şikayetlerinin olduğu görülmüştür. Taburculuk mobilizasyon zorluk derecesi yüksek olan hastaların da karın ağrısı, reflü ve diyare şikayetlerinin olduğu görülmüştür. İlk 48 saatte gözlemci tarafından yapılan değerlendirmede mobilizasyonda zorlanan hastaların konstipasyon şikayetlerinde azalma, taburculukta hasta tarafından yapılan değerlendirmede konstipasyonun arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum mobilizasyonun değerlendirilmesinde gözlemci değerlendirmesinin dolaylı bir değerlendirme yöntemi olmasından kaynaklanabilir. Bununla beraber, mobilizasyonun değerlendirmesinde hastanın direkt değerlendirilmesinin önemi görülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada abdominal cerrahi geçiren hastaların mobilizasyon durumunun ameliyat sonrası gastrointestinal semptom ve ağrı ile ilişkisi incelenmiştir. Mobilizasyon durumu ilk mobilizasyon saati, mobilizasyon zorlanma derecesi ve sıklığı olarak değerlendirilmiştir. Hastalarımızın ilk mobilizasyon saatlerinin geç olduğu bulunmuştur. Hastaların mobilizasyon da zorlanma dereceleri arttıkça mobilizasyon sıklıklarında azalma; ağrı düzeylerinde, karın ağrısı, diyare, hazımsızlık, reflü ve ilk gaz çıkış süresinde gecikme gibi şikayetlerinde artış görülmüştür. Artan mobilizasyon sıklığının karın ağrısı, diyare ve ilk gaz çıkarma zamanını azalttığı bulunmuştur. Bu araştırmada hastaların mobilizasyon süreleri değerlendirilememiştir. Hastaların mobilizasyon durumunun değerlendirilmesinde süre değerlendirilmesi önemlidir. Bu nedenle akıllı bileklikler gibi doğrudan değerlendirme yöntemlerinin kullanılması önerilir. Ameliyat sonrası ilk mobilizasyon zamanının rehber önerilerine uygun şekilde kliniklerde uygulanabilmesi için klinik ekiple bilgilendirme toplantıları ve girişimsel çalışmaların planlanması önerilir. Klinik süreçte, hastaların yaşadığı gastrointestinal semptomların ve ağrının azaltılmasında hastaların kolay bir şekilde mobilize olmasının sağlanması, bunun için kliniklerde girişimsel çalışmaların planlanması önerilir.

7. KAYNAKÇA

1. İzveren AÖ, Dal Ü. Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2011; 18(2): 36-46.
2. Hu Y, McArthur A, Yu Z. Early Postoperative Mobilization in Patients Undergoing Abdominal Surgery. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2019; 17(12): 2591-2611.
3. Schwab M, Brindl N, Studier-Fischer A, Tu T, Gsenger J, Pilgrim M ve ark. Postoperative Complications And Mobilisation Following Major Abdominal Surgery With Vs. Without Fitness Tracker-Based Feedback (EXPELLIARMUS): Study Protocol For A Student-Led Multicentre Randomised Controlled Trial (CHIR-Net SIGMA Study Group). Trials. 2020; 21(1):1-3.
4. Vermişli S, Çam K. Ürolojik Radikal Cerrahi Sonrası Erken Mobilizasyonun Etkinliği. Bulletin of Urooncology. 2016; 14: 324-326.
5. Meissner W, Coluzzi F, Fletcher D, Huygen F, Morlion B, Neugebauer E ve ark. Improving The Management of Post-Operative Acute Pain: Priorities For Change. Current Medical Research & Opinion. 2015; 31(11):2131-2143.
6. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri. Ağrı Dergisi. 2011; 23(2):71-79.
7. Veličković J, Feng C, Palibrk I, Veličković D, Jovanović B, Bumbaširević, V. The Assessment of Complications After Major Abdominal Surgery: A Comparison of Two Scales. Journal of Surgical Research. 2020; 247:397-405.
8. Lindberg M, Franklin O, Svensson J, Franklin KA. Postoperative Pain After Colorectal Surgery. International Journal of Colorectal Disease. 2020; 35(7):1265-1272.
9. Ni CY, Wang ZH, Huang ZP, Zhou H, Fu LJ, Cai H ve ark. Early enforced mobilization after liver resection: a prospective randomized controlled trial. International Journal of Surgery. 2018; 54: 254-258.

10. Abdo M, Mamdouh K. Outcomes of An Enhanced Recovery Program After Colorectal Surgery: A Single-Center Experience. *The Egyptian Journal of Surgery*. 2019; 38(1): 95-105.
11. Yayla A, Özer N. Effects of Early Mobilization Protocol Performed After Cardiac Surgery On Patient Care Outcomes. *International Journal Of Nursing Practice*. 2019;25(6):e12784.
12. Nishijima M, Baba H, Murotani K, Tokai R, Watanabe T, Hirano K ve ark. Early Ambulation After General and Digestive Surgery: A Retrospective Single-Center Study. *Langenbeck's Archives of Surgery*. 2020; 405(5): 613-622.
13. Birlikbaş S, Bölükbaş N. ERAS Rehberleri Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri. *Ordu University J Nurs Stud*. 2019; 2(3):194-205.
14. Mahmudova R, Dönmez YC. Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2019; 11(1):1-6.
15. Uğurlu AK, Şahin SK, Seçginli S, Aslan FE. Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Erken Ayağa Kaldırmanın Hızlı İyileşmeye Etkisi: Sistematiik Derleme. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2017; 9(4):280-8.
16. Dolgun E, Van Giersbergen MY, Aslan A, Altınbaş Y. The Investigation Of Mobilization Times Of Patients After Surgery. *Asian Pac. J. Health Sci*. 2017; 4(1): 71-75.
17. Dağıstanlı S, Kalaycı MU, Kara Y. Genel Cerrahide ERAS Protokolünün Değerlendirilmesi. *İKSST Dergisi*. 2018; 10(Ek Sayı): 9-20.
18. Melloul E, Lassen K, Roulin D, Grass F, Perinel J, Adham M ve ark. Guidelines for Perioperative Care for Pancreatoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Recommendations 2019. *World Journal of Surgery*. 2020; 44:2056–2084.
19. Yolcu S, Akın S, Durna Z. Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hareket Düzeyleri ve Hareket Düzeyleri İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016; 13(2):129-138.
20. Hemmerling TM. Pain Management in Abdominal Surgery. *Langenbeck's Archives of Surgery*. 2018; 403(7), 791-803.

21. Uzman S, Dönmez T. Rejyonel Anestezi Altında Laparoskopik Abdominal Cerrahi: Bir Retrospektif Değerlendirme. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bülteni. 2017; 55(3) :205-11
22. Richardson WS, Carter KM, Fuhrman GM, Bolton JS, Bowen JC. Minimally Invasive Abdominal Surgery. Ochsner Journal. 2000; 2(3): 153-157.
23. Winnipeg Regional Health Authority (WRHA). Routine Preoperative Tests for Adult Patients Undergoing Elective Surgery Clinical Practice Guideline [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi 6 Temmuz 2016]. Erişim adresi: <https://professionals.wrha.mb.ca/old/extranet/eipt/files/EIPT-003-001.pdf>
24. Çardaköz, T, Aksu C. Abdominal Cerrahide Anestezi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 5(1): 47-53.
25. O'Malley RB, Revels JW. Imaging of Abdominal Postoperative Complications. Radiologic Clinics of North America. 2020; 58(1): 73–91.
26. Mills GH. Respiratory Complications of Anaesthesia. Anaesthesia. 2018; 73: 25-33.
27. Totur Dikmen B, Dal Yılmaz Ü. Ameliyat Sonrası Solunum Sistemi Komplikasyonları Ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü, editör. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.1-7.
28. Sellers D, Srinivas C, Djaiani G. Cardiovascular Complications After Non-Cardiac Surgery. Anaesthesia. 2018; 73: 34-42.
29. Fındık Ü. Ameliyat Sonrası Dolaşım Sistemi Komplikasyonları Ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü, editör. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.8-15.
30. Jakobson T, Karjagin J, Vipp L, Padar M, Parik AH, Starkopf L ve ark. Postoperative Complications and Mortality After Majör Gastrointestinal Surgery. Medicina. 2014; 50(2):111-117.
31. Yıldızeli Topçu S, Öztekin SD. Ameliyat Sonrası Sıvı-Elektrolit Dengesi Komplikasyonları Ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü, editör. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.16-23.

32. Seyhan Ak E, Özbaş A. Ameliyat Sonrası Üriner Sistem Komplikasyonları Ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü, editör. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.24-9.
33. Göktaş S. Ameliyat Sonrası Kas İskelet Sistemi Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü, editör. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.51-8.
34. Bulut H, Erdoğan Z. Ameliyat Sonrası Nörolojik Sistem Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü, editör. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.43- 50.
35. Gürkan A. Ameliyat Sonrası Yara İyileşmesi Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü, editör. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.37-42.
36. Aygin D, Yaman Ö. Ameliyat sonrası vücut sıcaklığı komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. Yıldız Fındık Ü, editör. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.59- 65.
37. Ünver S, Yıldız Fındık Ü. Ameliyat Sonrası Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları Ve Hemşirelik Bakımı. Yıldız Fındık Ü, editör. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.30-6.
38. Elvir-Lazo OL, White PF, Yumul R, Eng HC. Management Strategies For The Treatment And Prevention of Postoperative/Postdischarge Nausea and Vomiting: An Updated Review. F1000Research. 2020; 9
39. Kasap E, Yüceyar H. Bulantı-Kusma ve Yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2009; 13(3): 148-152.
40. Aygin D. Bulantı ve Kusma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2016; 20(1): 44-56.
41. American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN). ASPAN'S Evidence-Based Clinical Practice Guideline for the Prevention and/or Management of PONV/PDNDV. J Perianesth Nurs. 2006;21(4):230-50.
42. Barnes J. Postoperative Nausea and Vomiting. British Journal of Hospital Medicine. 2020; 81(6): 1–3.

43. Lacy BE, Cangemi D, Vazquez-Roque M. Management of Chronic Abdominal Distension And Bloating. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2021; 19(2): 219-231.
44. Çelik S, Atar NY, Ozturk N, Mendes G, Kuytak F, Bakar E ve ark. (2015). Constipation Risk in Patients Undergoing Abdominal Surgery. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015; 17(6): e23632
45. Schmulson MJ, Drossman DA. What Is New in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017;23(2):151-163.
46. Arı M, Yılmaz E. Impact of Pre-Operative Anxiety on Post-Operative Constipation. *Turk J Colorectal Dis*. 2016; 26: 39-46.
47. Navaneethan U, Gianella RA. Definition, Epidemiology, Pathophysiology, Clinical Classification, and Differential Diagnosis of Diarrhea. Guandalini S, Vaziri H, Editörler. *Diarrhea:Diagnostic and therapeutic Advances*. Amerika: Humana Press; 2010. 1-31.
48. Beach EC, De Jesus O. Ileus. [Updated 2021 Aug 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558937/>
49. Wakasugi M, Suzuki Y, Tei M, Ueshima S, Akamatsu H, Nishida, T. Effects Of Daikenchuto on Postoperative Gastrointestinal Motility in Colorectal Carcinoma Patients With Abdominal Pain And Distension: A Prospective, Randomized Trial. *Surgery Today*. 2020; 50(11), 1524-1529.
50. Pridanta IPS, Kholili U, Nusi IA, Setiawan PB, Purbayu H, Sugihartono T ve ark. Recent Pathophysiology And Therapy For Paralytic Ileus. In *Proceedings of Surabaya International Physiology Seminar-SIPS*. 2017: 477-481.
51. Weledji EP. Perspectives on Paralytic İleus. *Acute Medicine & Surgery*. 2020; 7(1): E573.
52. Bryer E, Bryer J. Persistent Postoperative Hiccups. *Case Reports in Anesthesiology*, 2020.
53. Lee AR, Cho YW, Lee JM, Shin YJ, Han IS, Lee HK. Treatment of Persistent Postoperative Hiccups With Stellate Ganglion Block: Three Case Reports. *Medicine*. 2018; 97(48): e13370

54. Marshall JM, Ladd MD, Weldon BC. Prevention of Persistent Postoperative Hiccups With Dexmedetomidine. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2019; 52:50.
55. Yağcı Ü, Saygin M. Ağrı Fizyopatolojisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2019; 26(2): 209-220.
56. Ay F, Alpar EŞ. Postoperatif Ağrı ve Hemşirelik Uygulamaları. *Ağrı*. 2010; 22(1): 21-29.
57. Bilen A. Postoperatif ağrı tedavisi. *Klinik Gelişim*. 2007;20(3):37-45.
58. Orr PM, Shank BC, Black AC. The Role of Pain Classification Systems in Pain Management. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2017; 29(4): 407-418.
59. Corson John A, Schneider Mary J. The Dartmouth Pain Questionnaire: An Adjunct to The McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1984; 19(1): 59–69.
60. Uyar M. Postoperatif ağrılı hastanın değerlendirilmesi, ağrı ölçümü. Yücel A, Editör. *Postoperatif Analjezi*. İstanbul: Mavimer Matbaacılık; 2004. 27-36.
61. Yücel A. Ağrı Tedavisi. Yüksel M, Balcı AE, Editörler. *Göğüs Cerrahisi ‘‘Kırmızı Kitap’’*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015. 182-92.
62. Aydın ON. Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. *ADÜ TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ*. 2002; 3(2): 37 – 48
63. Lovich-Sapola J, Smith CE, Brandt CP. Postoperative Pain Control. *Surgical Clinics*. 2015; 95(2): 301-318.
64. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent Postsurgical Pain: Risk Factors And Prevention. *The Lancet*. 2006; 367(9522): 1618-1625.
65. Ndebea AS, van den Heuvel SA, Temu R, Kaino MM, van Boekel RL, Steegers MA. Prevalence And Risk Factors For Acute Postoperative Pain After Elective Orthopedic and General Surgery at A Tertiary Referral Hospital in Tanzania. *Journal Of Pain Research*. 2020; 13:3005.
66. Reisli R, Akkaya ÖT, Arıcan Ş, Can ÖS, Çetingök H, Güleç MS ve ark. Akut postoperatif ağrının farmakolojik tedavisi: Türk Algoloji-Ağrı Derneği klinik uygulama kılavuzu. *Ağrı*. 2021; 33(1): 1-65.
67. Kabalak AA. Öztürk H. Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2013; 11(2): 56-70.

68. Hussey JM, Yang T, Dowds J, O'Connor L, Reynolds JV, Guinan EM. Quantifying Postoperative Mobilisation Following Oesophagectomy. *Physiotherapy*. 2019; 105(1): 126-133.
69. Pashikanti L, Von Ah D. Impact of early mobilization protocol on the medical-surgical inpatient population: an integrated review of literature. *Clinical Nurse Specialist*. 2012;26(2):87-94.
70. Iskender MD, Bektas O, Eren H. Effect Of Preoperative in-Bed Exercises and Mobilization Training on Postoperative Anxiety And Mobilization Level. *Japan Journal of Nursing Science*. 2020; 17(4): e12339.
71. Akkoç Y, İrdesel J, Şenel K. Yaşlılara Özgü Sorunlar: Üriner İnkontinans, Ağrı, İmmobilizasyon. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2009;55(2):62-6.
72. Harper CM, Lyles YM. Physiology and complications of bed rest. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1988;36(11):1047-54.
73. Otman Ö. Yatağa Bağımlı Hastalarda Ortaya Çıkabilecek Komplikasyonların Önlenmesinde Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1996.
74. Kırtıl İ, Kanan N. Abdominal Cerrahi Girişim Sonrası Erken Mobilizasyonun Gastrointestinal İşlevlere Etkisi: Sistematiik Derleme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2021; 30(3): 166-176.
75. Akpolat R, Şişman H, Alptekin D, Gökçe E, Gezer D, Arslan S. Ameliyat Sonrası Ağrıya Yaklaşımların Değerlendirilmesi. *Çukurova Medical Journal*. 2021; 46(2): 670-676.
76. Çilingir D, Candaş B. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü ve Hemşirenin Rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 20(2): 137-143.
77. Ongun P, Ak ES. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin ERAS Protokolüne Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Med J Bakirkoy*. 2020; 16(3): 287-94.

78. Mary Z, Afzal M, Sehar S, Gilani SA. Improving Nurses Knowledge and Attitude Regarding Early Mobilization of Post-Operative Patients. *Journal of Health, Medicine and Nursing*. 2018; 51: 88-100
79. Bayram Akkaya S. Açık Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastaların Ambulasyon Sürelerinin Hasta Sonuçlarına, Anksiyete ve Depresyona Etkisinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Kütahya: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2020.
80. Schram A, Ferreira V, Minnella EM, Awasthi R, Carli F, Scheede-Bergdahl C. In-Hospital Resistance Training To Encourage Early Mobilization For Enhanced Recovery Programs After Colorectal Cancer Surgery: A Feasibility Study. *European Journal of Surgical Oncology*. 2019; 45(9):1592-1597.
81. Heye ML, Foster L, Bartlett MK, Adkins S. A Preoperative Intervention For Pain Reduction, Improved Mobility and Self-Efficacy. *Applied Nursing Research*. 2002; 15(3):174–183.
82. Ayoğlu T. Cerrahi Girişim Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Öz-Etkililik Algısına Ve İyileşme Sürecine Etkisi [doktora tezi]. İstanbul : İstanbul Üniversitesi; 2011.
83. Kaya N, Turan N. Reliability and Validity of Constipation Severity Scale. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2011; 31(6):1491–1501.
84. Revicki DA, Wood M, Wiklund I, Crawley J. Reliability and Validity Of The Gastrointestinal Symptom Rating Scale in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease. *Quality of Life Research*. 1998; 7(1):75–83.
85. Turan N, Aştı TA, Kaya N. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale. *Gastroenterology Nursing*. 2017; 40(1):47–55.
86. Eti Aslan F, Öztürk Z. Ağrı değerlendirme yöntemleri. In: Eti Aslan F, Editör. Ağrı Doğası ve Kontrolü 2. Basım. Ankara: Akademisyen kitabevi; 2014:77-100.
87. Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of Four Pain Intensity Rating Scales. *International Association for the Study of Pain*. Elsevier. 2011; 152(10): 2399–2404.
88. Williamson A, Hoggart B. Pain: A Review of Three Commonly Used Pain Rating Scales. *Journal Of Clinical Nursing*. 2005; 14:98–804.

89. Martin D, Romain B, Pache B, Vuagniaux A, Guarnero V, Hahnloser D ve ark. Physical Activity and Outcomes in Colorectal Surgery: A Pilot Prospective Cohort Study. *European Surgical Research*. 2020; 61(1): 23-33.
90. Wiklund M, Sundqvist E, Olsén MF. Physical Activity in The Immediate Postoperative Phase in Patients Undergoing Roux-En-Y Gastric Bypass—A Randomized Controlled Trial. *Obesity surgery*. 2015; 25(12): 2245-2250.
91. Grass F, Pache B, Martin D, Addor V, Hahnloser D, Demartines N ve ark. Feasibility of Early Postoperative Mobilisation After Colorectal Surgery: A Retrospective Cohort Study. *International Journal of Surgery*. 2018; 56: 161-6.
92. Çinar F. The Investigation of Mobility Levels of Postoperative Patients Open Heart Surgery and Influencing Factors. *Online Journal of Cardiology Research & Reports*. 2020; 3(4): 1-14

8. EKLER

Ek-1.Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu

1)Doğum Tarihi: (.....) yıl olarak belirtiniz.

2)Cinsiyet: a)Kadın b)Erkek

3) Boy: Kilo:.....

3)Eğitim Durumu:

a)Okur yazar değil b)İlköğretim c)Lise d)Üniversite e)Lisansüstü

4) Medeni Durum: a)Evli b)Bekar

5) Yaşadığınız Yer: a)İl b)İlçe c)Köy/Kasaba

6) Çalışma durumu: a. Tam zamanlı b. Yarı zamanlı c. Çalışmıyor

7) Aile tipi: a. Çekirdek b. Geniş aile

8) Birlikte yaşadığı kişiler:

Klinik özellikler (Araştırmacı tarafından doldurulacak olan bölüm)

Hastaneye Yatış Tarihi:

Operasyon Tarihi ve Saati:

Ameliyat Tipi:

Kronik Hastalık Durumu: a. Evet b. Hayır

Eğer yanıt evet ise: a.Diabetes mellitus b. Hipertansiyon c. Kalp hastalıkları
d.Böbrek yetmezliği e.KOAH Diğer:.....

Geçmiş ameliyat öyküsü:

Hastaneden Taburcu Olma Tarihi:

Komplikasyon Gelişme Durumu:

Anestezi Süresi:

ASA Skoru:

Ameliyat öncesi yatış süresi

Derlenme Ünitesi Kabul Saati:

Servise Kabul Saati:

İlk Mobilizasyon Saati:

İlk gaz çıkarma zamanı (saat):

İlk gaita zamanı (saat)

Ek-2. Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği

Hasta Hareketlilik Ölçeği

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

Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme:

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

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

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

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

Yatak Kenarında Oturma:

Yatak kenarında oturduğunuzda ne kadar ağrı hissettiniz?

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

Yatak kenarında oturmak sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:

Yatak kenarında, ayağa kalktığınızda ne kadar ağrı hissettiniz?

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

Yatak kenarında, ayağa kalkmak sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

Hasta Odasında Yürüme:

Odada yürüdüğünüzde ne kadar ağrı hissettiniz?

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

Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

Gözlemci Hareketlilik Ölçeği

Ameliyat SonrasıGün

Gözlem zamanı:.....

Ambulasyon/Ayağa kalkma öncesi (HASTA, YATAKTA OTURUR POZİSYON ALDIKTAN 2 DAKİKA SONRA)

Kan Basıncı..... Nabız..... Solunum.....

Kullanım yönergesi:

Tüm bölümlere ilişkin gözlemler, aşağıdakiler gerçekleştirildikten sonra doldurulur:

Ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma ve

Ameliyat sonrası ikinci günde ayağa kalkma (herhangi bir zamanda)

Lütfen, gözlenen yeterliliği en iyi yansıtan sayıyı ilgili ölçek üzerindeki sayıyı işaretleyerek belirtiniz.

Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme:

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak döndü	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak döndü	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile döndü	Hasta dönmek için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen dönemedi

Yatak Kenarında Oturma:

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak yatak kenarında oturdu	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak yatak kenarında oturdu	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yatak kenarında oturdu	Hasta yatak kenarında oturmak için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen yatak kenarında oturamadı

Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak yatak kenarında ayağa kalktı	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak yatak kenarında ayağa kalktı	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yatak kenarında ayağa kalktı	Hasta yatak kenarında ayağa kalkmak için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen yatak kenarında ayağa kalkamadı

Hasta Odasında Yürüme:

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak odada yürüdü	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak odada yürüdü	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile odada yürüdü	Hasta odada yürümek için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen odada yürüyemedi

Ambulasyon sonrası/ Ayağa kalktıktan sonra (HASTA, YATAKTA OTURUR POZİSYON ALDIKTAN 2 DAKİKA SONRA) Kan Basıncı..... Nabız..... Solunum.....

Ek-3. Hareket Etme (Mobilizasyon) Çizelgesi

Hareket Etme (Mobilizasyon) Çizelgesi

Sayın bay/bayan....

Bu çizelge hareket etme sürenizi belirlemek hedeflenmektedir. Bu amaçla yatak kenarında oturma, sandalyede/koltukta oturma, ayakta durma ve yürüme sıklığı ve süresini yazmanızı beklemekteyiz. Aşağıdaki tabloda gün içerisinde bu yapmış olduğunuz hareketin türü, sıklığı ve süresini belirtmeniz gerekmektedir. Her hareketin türünün karşısına yaptığınız sıklık kadar çarpı (X) atmanız beklenmektedir; her çarpı içinde o hareketi yapma sürenizi dakika olarak yazarak araya virgül (,) koymanız gerekmektedir.

Her hastamızın ameliyattan sonra taburcu olduğu gün farklılık göstermektedir. Bu çizelge standart olarak 7 gün olarak hazırlanmıştır. Yedi günden önce taburcu olan hastalarımız hastanede kaldıkları gün kadarını dolduracaktır. Yedi günden uzun süre hastanede kalan hastalarımız için araştırmacı sizinle tekrar görüşecektir.

Gün	Hareket türü	Hareket	
		Sıklık (X)	Süre (dakika)
Ameliyattan çıktığı gün	Yatak kenarında oturma		
	Sandalyede/koltukta oturma		
	Ayakta durma		
	Yürüme		
Ameliyat sonrası 1.gün	Yatak kenarında oturma		
	Sandalyede/koltukta oturma		
	Ayakta durma		
	Yürüme		
Ameliyat sonrası 2.gün	Yatak kenarında oturma		
	Sandalyede/koltukta oturma		
	Ayakta durma		
	Yürüme		
Ameliyat sonrası 3.gün	Yatak kenarında oturma		
	Sandalyede/koltukta oturma		
	Ayakta durma		
	Yürüme		
Ameliyat sonrası 4.gün	Yatak kenarında oturma		
	Sandalyede/koltukta oturma		
	Ayakta durma		
	Yürüme		
Ameliyat sonrası 5.gün	Yatak kenarında oturma		
	Sandalyede/koltukta oturma		
	Ayakta durma		
	Yürüme		
Ameliyat sonrası 6.gün	Yatak kenarında oturma		
	Sandalyede/koltukta oturma		
	Ayakta durma		
	Yürüme		
Ameliyat sonrası 7.gün	Yatak kenarında oturma		
	Sandalyede/koltukta oturma		
	Ayakta durma		
	Yürüme		

Ek-4. Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği

Bu ölçek GEÇEN HAFTA BOYUNCA kendinizi nasıl hissettiğiniz ve durumunuzun nasıl olduğu hakkında sorular içermektedir. Sizi ve durumunuzu en iyi tarif eden seçeneğin kutusunu “X” ile işaretleyiniz.

	Hiç rahatsızlık yok (1)	Çok az Rahatsızlık(2)	Hafif Rahatsızlık(3)	Orta derecede Rahatsızlık(4)	Biraz şiddetli Rahatsızlık(5)	Şiddetli Rahatsızlık(6)	Çok şiddetli Rahatsızlık(7)
1.Geçen hafta süresince KARNİNİZİN ÜST KISMINDA veya MİDE BOŞLUĞUNDA BİR AĞRI veya RAHATSIZLIK hissettiniz mi?							
2.Geçen hafta süresince MİDE YANMASINA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Mide yanması, göğüste hoş olmayan bir sızlama ya da yanma hissi anlamına gelmektedir.)							
3.Geçen hafta süresince REFLÜYE ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Reflü, küçük miktarlarda ekşi ya da acı sıvının mideden boğaza doğru geri çıkışı anlamına gelmektedir.)							
4.Geçen hafta süresince midenizde AÇLIK AĞRILARINA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Midedeki bu boşluk hissi, öğünler arasında yemek yeme ihtiyacı ile ilişkilidir.)							
5.Geçen hafta süresince MİDE BULANTISINA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Mide bulantısı, kusma isteği yaratan his anlamına gelmektedir.)							
6.Geçen hafta süresince midenizde GURULDAMAYA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Guruldanma, midedeki titreşimler veya gürültüler anlamına gelmektedir.)							
7.Geçen hafta süresince midenizde ŞİŞKİNLİĞE ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Şişkinlik hissi, çoğu zaman midedeki gaz veya hava ile bağlantılı olan şişme anlamına gelmektedir.)							
8.Geçen hafta süresince GEĞİRMEYE ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Geğirme, midedeki gaz veya havanın ağızdan çıkarılması anlamına gelmekte olup, genellikle mide şişkinliğini rahatlatmakla bağlantılıdır.)							
9.Geçen hafta süresince GAZ ÇIKARMA/YELLENME şikayetinize ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Gaz çıkarma, bağırsaklardan hava veya gaz çıkarma gereksinimi anlamına gelir ve çoğu zaman şişkinlik hissini gidermekle rahatlatmakla bağlantılıdır.)							
10.Geçen hafta süresince KABIZLIĞA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Kabızlık, bağırsakların boşalma yeteneğinin azalması anlamına gelmektedir.)							

11.Geçen hafta süresince İSHALE ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (İshal, bağırsakların çok sık bir şekilde boşalması anlamına gelmektedir.)							
12.Geçen hafta süresince YUMUŞAK DIŞKI ÇIKARMAYA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Eğer dışkınız sert ile yumuşak arasında değiştiyse, bu soru sadece dışkının yumuşak olmasının sizi ne derece rahatsız ettiğiyle ilgilidir.)							
13.Geçen hafta süresince SERT DIŞKI ÇIKARMAYA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Eğer dışkınız sert ile yumuşak arasında değiştiyse, bu soru sadece dışkının sert olmasının sizi ne derece rahatsız ettiğiyle ilgilidir.)							
14.Geçen hafta süresince ACİL BİR ŞEKİLDE DIŞKILAMA İHTİYACI hissettiniz mi? (Bu durum çoğu zaman dışkılama durumunu tamamen kontrol edememe hissi ile bağlantılıdır.)							
15.Geçen hafta süresince, tuvalete gittiğinizde BAĞIRSAKLARINIZI TAMAMEN BOŞALTAMADIĞINIZI hissettiniz mi? (Bağırsakları tamamen boşaltamama hissi, daha fazla dışkı çıkarma ihtiyacı duymanız anlamına gelmektedir.)							

Ek-5. Sayısal Ağrı Ölçeği

Sayısal Ağrı Ölçeği

Sayın bay/bayan....

Bu çizelge ile ameliyat sonrasındaki günlerde oluşan ağrı şiddetinizi işaretlemenizi beklemekteyiz. Aşağıdaki tabloda 0'dan 10'a kadar sıralanmış sayılar bulunmaktadır. 0 ağrı yok, 5 orta şiddetli ağrı, 10 ise şiddetli ağrı anlamına gelmekte olup sahip olduğunuz ağrıyı bu sayıların anlamlarını göze alarak bahsedilen süre boyunca aynı saatte işaretleyiniz.

Gün	
Ameliyattan çıktığı gün	AĞRI YOK ORTA ŞİDDETLİ AĞRI ŞİDDETLİ AĞRI 0 5 10
Ameliyat sonrası 1.gün	AĞRI YOK ORTA ŞİDDETLİ AĞRI ŞİDDETLİ AĞRI 0 5 10
Ameliyat sonrası 2.gün	AĞRI YOK ORTA ŞİDDETLİ AĞRI ŞİDDETLİ AĞRI 0 5 10
Ameliyat sonrası 3.gün	AĞRI YOK ORTA ŞİDDETLİ AĞRI ŞİDDETLİ AĞRI 0 5 10
Ameliyat sonrası 4.gün	AĞRI YOK ORTA ŞİDDETLİ AĞRI ŞİDDETLİ AĞRI 0 5 10
Ameliyat sonrası 5.gün	AĞRI YOK ORTA ŞİDDETLİ AĞRI ŞİDDETLİ AĞRI 0 5 10
Ameliyat sonrası 6.gün	AĞRI YOK ORTA ŞİDDETLİ AĞRI ŞİDDETLİ AĞRI 0 5 10
Ameliyat sonrası 7.gün	AĞRI YOK ORTA ŞİDDETLİ AĞRI ŞİDDETLİ AĞRI 0 5 10

Ek-6. Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr.Yaprak Sarıgöl Ordin

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	6067-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Mobilizasyon Durumunun Ameliyat Sonrası Gastrointestinal Semptom ve Ağrı ile İlişkisinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Yaprak Sarıgöl Ordin Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Karar No:2021/07-11	Tarih:01.03.2021				
KARAR BİLGİLERİ	Doç.Dr.Yaprak Sarıgöl Ordin'in sorumlusu olduğu "Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Mobilizasyon Durumunun Ameliyat Sonrası Gastrointestinal Semptom ve Ağrı ile İlişkisinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, kurum izinleri alınması koşuluyla, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izinleri alındıktan sonra, Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr.Yaprak Sarıgöl Ordın

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	6067-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Mobilizasyon Durumunun Ameliyat Sonrası Gastrointestinal Semptom ve Ağrı ile İlişkisinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Yaprak Sarıgöl Ordın Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/01-17	Tarih:05.01.2021				
	Doç.Dr.Yaprak Sarıgöl Ordın'ın sorumlusu olduğu "Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Mobilizasyon Durumunun Ameliyat Sonrası Gastrointestinal Semptom ve Ağrı ile İlişkisinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; Kurum izni ile ilgili bilgi edinilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	

**Ek-7. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği Kurum İzni**

 TC Sağlık Bakanlığı İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	Kod	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN / İZİN BELGESİ	Rev. No/Tarihi	02/ 16.11.2016
		Sayfa	1/2

**İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin / iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad İsmail KASAP
Tarih
İmza

30.03.2021

Araştırmanın;

Adı:	Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Mobilizasyon Durumunun Ameliyat Sonrası Gastrointestinal Semptom ve Ağrı ile İlişkisinin İncelenmesi
Amacı:	Bu araştırmanın amacı abdominal cerrahi uygulanan hastalarda mobilizasyon durumunun ameliyat sonrası gastrointestinal semptom ve ağrı ile ilişkisinin incelenmesidir.
Yöntemi:	Bu araştırma; tanımlayıcı, kesitsel ve ileriye dönük (prospektif) araştırma desenine uygun olarak planlanmıştır. Araştırmanın evreni abdominal cerrahi geçiren hastalar olup örnekleme mide, kolorektal, hepatobiliyer ve pankreas hastalıkları cerrahisi geçirmiş; 18 yaş ve üzeri, kadın/erkek hastalar dahil edilecektir. Hedeflenen örneklem sayısı 200 olarak belirlenmiştir. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ve telefonla görüşme teknikleriyle; ameliyat sonrası ilk gün ve 7. gün olmak üzere iki aşamada toplanacaktır. Ameliyat sonrası ilk gün veri toplama formları olarak; “sosyodemografik ve klinik özellikler formu” ve “hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik ölçeği” kullanılacaktır. Bu ilk görüşmede, Hasta ve yakınlarına, “hasta hareketlilik (mobilizasyon) çizelgesi” ve “ağrı

 T.C. Sağlık Bakanlığı İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	Kod	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN / İZİN BELGESİ	Rev. No/Tarihi	02/ 16.11.2016
		Sayfa	2/2

	değerlendirme skalası”nın kullanımı hakkında bilgi verilecek ve taburculuğa kadar bu formları doldurmaları istenecektir. Ameliyat sonrası 7. Gün hastaya, “hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik ölçeği” ve “gastrointestinal semptom derecelendirme ölçeği” uygulanacaktır. Ayrıca, hastalardan “hasta hareketlilik (mobilizasyon) çizelgesi” ve “ağrı değerlendirme skalası” teslim alınacaktır. 7. günden önce taburcu olan hastaların “gastrointestinal semptom derecelendirme ölçeği” değerlendirmesi telefon görüşmesi ile yapılacaktır. İstatistiksel değerlendirme için “Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0” istatistik paket programı kullanılacaktır. Hastaların mobilizasyon sıklığı ve süreleri puan ortalamaları ile gastrointestinal semptom puan ortalamaları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile analiz edilecektir.
Uygulanacağı Yerler:	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisleri
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	Yok.
Başlama Tarihi ve Süresi:	Mart-Aralık (2021)
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Doç. Dr. Yaprak Sarıgöl Ordin

	İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	Kod	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN / İZİN BELGESİ	Rev. No/Tarihi	02/ 16.11.2016
		Sayfa	3/2

Klinik / Birim Program Yöneticisi*

İmza
30/04/2014
Prof. Dr. Mehmet YILMAZ

Klinik / Birim İdari Sorumlusu*

İmza
26/05/2014

Bakım Hizmetleri Müdürü**

İmza
...../ .../ 201...

Eğitim Ar-Ge'den Sorumlu

Başhekim Yardımcısı
İmza

BAŞHEKİM

İmza

Not: *Eğitim Araştırma Hastaneleri dışındaki Devlet Hastanelerinde Bakım Hizmetleri Müdürü ve Hastane Yöneticisinin onaylaması yeterlidir.

**Sadece Hemşirelik araştırmalarında ayrıca Bakım Hizmetleri Müdürüne onaylatılması gereklidir.

Ek-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın Bay/Bayan,

‘Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Mobilizasyon Durumunun Ameliyat Sonrası Gastrointestinal Semptom ve Ağrı ile İlişkisinin İncelenmesi’ adlı bu araştırma ile sizlerin geçirdiğiniz ameliyat sonrasında yaptığınız hareket ve yürüyüşlerin özellikle sindirim sistemi komplikasyon oluşumunu ve ağrıyı önlemede etkili olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Bu amaçla, sizlerden Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu, Hareket Etme (Mobilizasyon) Çizelgesi, Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği, Sayısal Ağrı Ölçeği ve Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeklerini formlarını doldurmanız beklenmektedir. Bu formları doldururken isim belirtmenize gerek yoktur.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte bilgiler kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Ben, olarak katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu çalışmaya katıldığım için herhangi bir maddi kazancım olmayacağını ve herhangi bir ödeme yapmak zorunda olmadığımı farkındayım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Adı-Soyadı:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No).....

İmzası:.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı:..İlknur KASALAR (Telefon: 05549050932)

İmzası:.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

Görevi:.....

İmzası:.....

Ek-9. Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Kullanım İzni



tuluha ayoğlu

Alıcı: ben ▾

24 Ocak Paz 22:28 (10 gün önce)



Sayın Kasalar,

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

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

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

İlknur Kasalar <.....>, 19 Oca 2021 Sal, 10:29 tarihinde şunu yazdı:

--
Yard. Doç. Dr. Tuluha Ayoğlu
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD
Abide-i Hürriyet Cd. 34381 Şişli, İstanbul/ Türkiye

Ek-10. Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği Kullanım İzni



İlknur Kasalar

Sayın Turan, Dokuz Eylül Üniversitesi'nde Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği anabilim dalında yüksek lisans yapmakta ve tez dönemine geçmiş bulunmaktayım. ...

20 Temmuz Pzt 12:57 ☆



NURAY TURAN <nkaraman@istanbul.edu.tr>

Alıcı: ben ▾

27 Ağustos Per 13:55 ☆ ↩ ⋮

Merhaba İlknur Hanım,
Ölçeği kullanabilirsiniz.
Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

Doç.Dr.Nuray Turan



Doç.Dr. Nuray TURAN

İÜC Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

+90 212 440 00 00 (27086)

+90 505 384 2571

nkaraman@istanbul.edu.tr



Ek-11. Özgeçmiş (ARBİS Formatı)



İLKNUR KASALAR

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

04 Eylül 2019 - Şu Anda (2 yıl 3 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.3 / 4.0

26 Eylül 2016 - 26 Temmuz 2018 (1 yıl 11 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, BEZM-i ÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR. (%50 BURSULU)
Diploma Numarası: 18.0402.0065
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.31 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Haziran 2020 - Şu Anda (1 yıl 6 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAŞKANLIĞI İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ TÜRKİYE KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ İZMİR SAĞLIK BAKANLIĞI KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

01 Şubat 2019 - 01 Haziran 2020 (1 yıl 5 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, ÖZEL MEDİCALPARK İZMİR HASTANESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0

