

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**ABDOMİNAL CERRAHİ SONRASI HASTALARIN ERKEN
MOBİLİZASYON DURUMLARININ KONFOR DÜZEYİNE
ETKİSİ**

GÖZDE ÇANDIR

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GAZİANTEP
2021**

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ABDOMİNAL CERRAHİ SONRASI HASTALARIN ERKEN
MOBİLİZASYON DURUMLARININ KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ

GÖZDE ÇANDIR

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nın Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
DR.ÖĞR.ÜYESİ ÖZLEM İŞİL

GAZİANTEP

2021

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Gözde ÇANDIR** tarafından hazırlanan “**Abdominal Cerrahi Sonrası Hastaların Erken Mobilizasyon Durumlarının Konfor Düzeyine Etkisi**” başlıklı tez, 24/08/2021 tarihinde yapılan savunma sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Başkanı	Prof.Dr. Nermin OLGUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi	

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. İbrahim Halil GÜZELBEY
Enstitü Müdür V.

TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca bana karşı olan desteğini, yardımını, sabrını, güler yüzlülüğünü, verdiği bilgiler sayesinde gerekli donanıma sahip olmamı sağlayan, bana her zaman her konuda yardımcı olan değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem İŞİL'a,

Yüksek lisans araştırmam için izin veren Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticilerine,

Araştırma boyunca bana her türlü desteği sağlayan ve yardımlarını esirgemeyen genel cerrahi yoğun bakım ünitesi çalışanlarına,

Her zaman yanımda olan ve destekleyen değerli arkadaşım Öğr. Gör. Serap GÜNGÖR'e ve destekleyen tüm arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimimde maddi-manevi yardımlarını esirgemeyen, her daim destek veren anneme, babama ve kardeşlerime sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Gözde ÇANDIR

ÖZET

Gözde Çandır, Abdominal Cerrahi Sonrası Hastaların Erken Mobilizasyon Durumlarının Konfor Düzeyine Etkisi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik AD Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2021. Bu araştırma, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların erken mobilizasyon durumlarının konfor düzeylerine olan etkileri üzerine yapıldı. Araştırmanın verileri 15 Kasım 2020 ve 20 Şubat 2021 tarihleri arasında toplamda 252 hastadan toplandı. Veriler Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Bilgiler Veri Formu, Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (GHÖ) ve Genel Konfor Ölçeği (GHÖ) kullanılarak elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde; Bağımsız Gruplarda t testi, Mann-Whitney testi, Kruskal-Wallis Varyans Analizi kullanıldı tekrarlı ölçümlerdeyse Tek Yönlü Varyans Analizi ve ki-kare analiz testleri uygulandı. Etik ve kurum izni alındıktan sonra yoğun bakım ünitesinde yatan 252 hastanın sosyo demografik özellikleri hasta formu uygulandı. Uygulanan formda 113 (%44,8)'inin kadın olduğu, 139 (%52,3)'unun erkek olduğu görüldü. Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanlarına yönelik hastaların 'yatak içinden bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, ayağa kalkma ve yürüme' aktiviteleri sırasında hastanın en fazla hemşireye bağımlı olduğu görüldü. Hastaların %52'sinin yatak kenarında oturmak için hemşireye bağımlı oldukları görüldü. Mobilizasyon öncesi ve sonrası kan basıncı, nabız ve solunum arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların genel konfor ölçeğinin boyutları ile gözlemci hareketlilik ölçeğinde yer alan alt maddelerin korelasyonlarının birbirleri ile pozitif yönde ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$). Genel konfor ölçeğinin cinsiyet, alkol ve sigara kullanımı üzerine yapılan farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Ancak genel konfor ölçeğinin medeni durum, yaş, eğitim, kilo ve boy arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($p<0.05$). Araştırmanın sonucunda; hastaların ameliyat sonrası dönemde erken mobilize edilmeleri düzeylerini olumlu yönde etkilediği görüldü. Araştırmanın farklı konularla ele alınabilmesi açısından gerekli olan öneriler verildi.

Anahtar Kelimeler: Abdominal cerrahi, erken mobilizasyon, konfor düzeyi.

ABSTRACT

Gözde Çandır, The Effect of Early Mobilization Status on the Comfort Level of Patients After Abdominal Surgery, Hasan Kalyoncu University, Graduate Education Institute, Department of Nursing, Master's Thesis, Gaziantep, 2021. This study was carried out on the effects of early mobilization status on the comfort levels of the patients hospitalized in the General Surgery Intensive Care Unit in Adana City Training and Research Hospital. The data of the study were collected from 252 patients in total between 15 November 2020 and 20 February 2021. The data were obtained using the Sociodemographic and Disease-Related Information Data Form, the Observer Mobility Scale (GSS), and the General Comfort Scale (GSS). In the evaluation of the data; The t test, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis Analysis of Variance were used in Independent Groups, and One-Way Analysis of Variance and chi-square analysis tests were applied in repeated measurements. After obtaining ethical and institutional permission, the socio-demographic characteristics of 252 patients hospitalized in the intensive care unit were applied to the patient form. In the applied form, 113 (44.8%) were female, 139 (52.3%) were male. Regarding the Observer Mobility Scale scores of the patients, it was observed that the patient was most dependent on the nurse during the activities of 'turning from one side of the bed to the other, sitting by the bed, standing up and walking'. It was observed that 52% of the patients depended on the nurse to sit by the bedside. The difference between blood pressure, pulse and respiration before and after mobilization was found to be significant ($p < 0.05$). It was found that the dimensions of the patients' general comfort scale and the correlations of the sub-items in the observer mobility scale were positively correlated with each other ($p < 0.05$). The difference between gender, alcohol and cigarette use of the general comfort scale was found to be significant ($p < 0.05$). However, the difference between marital status, age, education, weight and height of the general comfort scale was statistically insignificant ($p < 0.05$). As a result of the research; It was observed that early mobilization of patients in the postoperative period had a positive effect on their levels. Necessary suggestions were given in order to deal with the research with different subjects.

Keywords: Abdominal surgery, early mobilization, comfort level.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI	
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI	vii
ŞEKİL DİZİNİ	viii
TABLO DİZİNİ	ix
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	4
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Hastalık.....	7
2.2. Hastalık Nedenleri.....	8
2.2.1. Tıbbi Açıdan Hastalık Nedenleri.....	9
2.2.2. Toplumsal Açıdan Hastalık Nedenleri.....	10
2.3. Cerrahi Açıdan Hastalık.....	11
2.3.1. Abdominal Cerrahi.....	11
2.3.2. Abdominal Bölge Anatomisi ve Cerrahi Tipleri.....	13
2.3.3. İnsizyon Tipleri.....	16
2.3.4. Abdominal Cerrahinin Hasta Üzerindeki Fiziksel ve Psikososyal Etkileri.....	18
2.4. Mobilizasyon/Erken Mobilizasyon.....	19
2.4.1. Erken Mobilizasyonun Cerrahideki Önemi.....	21
2.4.2. Erken Mobilizasyonun Cerrahideki Yararları.....	23
2.4.3. Erken Mobilizasyonun Cerrahideki Zamanlaması.....	25
2.4.4. Erken Mobilizasyonda Hemşirenin Rolü.....	25
2.5. Konfor Kavramı.....	26
2.5.1. Konfor Kuramı, Temelleri ve Gelişimi.....	27
2.5.2. Konfor Kuramının Düzeyleri ve Boyutları.....	30
2.5.3. Hasta Konforu ve Etkileyen Etmenler.....	34

2.5.4. Cerrahide Hasta Konforu ve Etkileyen Etmenler.....	39
2.5.5. Abdominal Cerrahide Hasta Konforu ve Etkileyen Etmenler.....	40
2.5.6. Hasta Konforunda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	42
3. GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1. Araştırma Soruları	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	43
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	43
3.3.1. Örneklem Ölçütleri	43
3.4. Araştırmanın Etik Kuralları ve Yasal Yönleri.....	44
3.5. Araştırmada Veri Toplama Gereçleri	44
3.5.1. Hasta Bilgi Formu	44
3.5.2. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (GHÖ)	45
3.5.3. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)	45
3.6. Araştırmanın Uygulanması	46
3.7. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirme Yapılması.....	47
4.BULGULAR	48
4.1. Hastaların Sosyodemografik Ve Hastalığa İlişkin Bilgilerine İlişkin Bulgular	48
4.2. Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeğine İlişkin Bulgular	53
4.3. Hastaların Genel Konfor Düzeylerine İlişkin Bulgular	56
5. TARTIŞMA.....	66
5.1. Hastaların Sosyodemografik Ve Hastalığa İlişkin Bilgilerine İlişkin Bulguların Tartışılması	66
5.2. Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması	67
5.3. Hastaların Genel Konfor Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
6.1. Sonuçlar.....	72
6.2. Öneriler.....	73
KAYNAKLAR.....	74
EKLER	85
Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	85
Ek 2. Etik Kurul Kararı	86
Ek 3. Kurum İzinleri	87

Ek 4. Sosyodemografik Özellikleri Hasta Bilgi Formu	88
Ek 5. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (GHÖ)	91
Ek 6. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)	93
Ek 7. Gönüllüleri Bilgilendirme Olur (Rıza) Formu.....	95
Ek 8. İntihal Raporu	96
Ek 9. Araştırmacının Özgeçmişi	97



TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Abdominal Cerrahi Sonrası Hastaların Erken Mobilizasyon Durumlarının Konfor Düzeyine Etkisi” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Tarih: 08.09.2021

Öğrenci Adı Soyadı: Gözde ÇANDIR

İmza:

ŞEKİL DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 2.1. ASA Sınıflandırması.....	12
Şekil 2.2. Anterior Abdominal Duvarı	14
Şekil 2.3. Abdomen Bölgeleri	14
Şekil 2.4. İnsizyon Tiplerine Örnek.....	16
Şekil 2.5. Konfor Kuramın Felsefik Temelleri.....	28
Şekil 2.6. Konfor Kuramın Mekanizma Süreci	30
Şekil 2.7. Konfor Kuramının Düzeyleri	31
Şekil 2.8. Konfor Kuramının Boyutları	32
Şekil 2.9. Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı.....	34

TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 2.1. En Fazla Uygulanan Açık (Major) Abdominal Cerrahi Tipler	15
Tablo 2.2. Abdominal İnsizyonları.....	17
Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	48
Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Bilgileri	50
Tablo 4.3. Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Maddeleri Puan Ortalamaları	53
Tablo 4.4. Mobilizasyon Öncesi ve Sonrasında Hastaların Kan Basıncı Ölçümlerinin Karşılaştırılması	54
Tablo 4.5. Mobilizasyon Öncesi ve Sonrasında Hastaların Nabız Değerlerinin Karşılaştırılması	55
Tablo 4.6. Mobilizasyon Öncesi ve Sonrasında Hastaların Solunum Sayılarının Karşılaştırılması	55
Tablo 4.7. Hastaların Genel Konfor Düzeylerinin Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testleri İle Karşılaştırılması	56
Tablo 4.8. Genel Konfor Ölçeğinin Alt Boyut İle Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinin Alt Maddelerinin Korelasyonları	59
Tablo 4.9. Hastaların Cinsiyete Göre Genel Konfor Düzeyleri	60
Tablo 4.10. Hastaların Medeni Durumuna Göre Genel Konfor Düzeyleri	60
Tablo 4.11. Hastaların Yaşlarına Göre Genel Konfor Düzeyleri	61
Tablo 4.12. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Genel Konfor Düzeyleri	62
Tablo 4.13. Hastaların Kilolarına Göre Genel Konfor Düzeyleri	63
Tablo 4.14. Hastaların Boylarına Göre Genel Konfor Düzeyleri	63
Tablo 4.15. Hastaların Alkol Kullanma Durumuna Göre Genel Konfor Düzeyleri	64
Tablo 4.16. Hastaların Sigara Kullanma Durumuna Göre Genel Konfor Düzeyleri	65

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: The Statistical Package for the Social Sciences
TDK	: Türk Dil Kurumu



1. GİRİŞ

Araştırmanın bu bölümünde; abdominal cerrahi sonrası hastaların erken mobilizasyon durumlarının konfor düzeyine etkisi ile ilgili problemin tanımına, araştırmanın amacına ve önemine yer verilecektir.

1.1. Problemin Tanımı

Son yıllarda teknolojinin gelişmesi ile hastaların iyileşmelerinde tedavi yöntemi olarak kullanılan cerrahi uygulama alanlarında artış olduğu görülmektedir. Teknoloji alanındaki gelişmelerin artması ile cerrahi alanında kullanılan tedavi yöntemleri hastaların daha çabuk iyileşmelerine yönelik olmaktadır (1). Bunlardan en yaygını preoperatif ve postoperative uygulamalardır. Preoperatif ve postoperatif hasta bakımındaki ilerlemeler sonucunda cerrahi girişimlerden, son zamanlarda müracet edilen tedavi metodundan çıkarak geniş anlamda uygulandığı görülmektedir. Cerrahi girişimler küçük veya büyük olsun, postoperatif sorunları ve riskleri de her zaman gündeme getirmektedir. Bu dönemde en sık rastlanılan sorunların içerisinde; üriner iltihap, atelektazi, üriner retansiyon, yara iltihapları ve parolitik ileus yer almaktadır. En sık olarak ince ve kalın bağırsak, mide, pankreas, safra kesesi, dalak ve karaciğer hastalıklarında abdominal cerrahi girişimleri yapılmaktadır. Abdominal cerrahi sonrasında yaşanan sorunların bir bölümü gastrointestinal sistem ile (GIS) ilgili olmaktadır. GIS'e bağlı sorunların arasında özellikle konstipasyon, bulantı ve kusma, abdominal distansiyon, gastrik dilatasyon ve parolitik ileusun yer aldığı görülmektedir. Bulantı ve kusma ameliyat sonrasında yaşanan sorunların arasında ağrıdan sonra en fazla yaşanan sorunlardan biri olmaktadır (2).

Abdominal distansiyon postoperatif erken dönemde, hastanın bağırsak ve midesinde gaz ve sıvı birikimi sonucunda genişlemeye yönelik olarak gelişmektedir. Abdominal distansiyonun oluşmasına sebep olan faktörlerin arasında; narkotik analjezik, stres tepkisi, travma ve abdominal bölgeye uygulanan cerrahi girişimler yer almaktadır. Ayrıca ameliyat sırasında bağırsakların el ile tutulması distansiyonun gelişmesine neden olabilmektedir. Hastaların postoperatif erken dönemde mobilize olamamaları, uygulanan opioid-nonpioid analjezik ilaçlar ve boşaltım gereksinimini yatakta giderme zorunluluğu konstipasyona neden olabilmektedir (3). Abdominal cerrahi girişimin sonrasında yaraya bağlı en fazla gelişen sorunlar; ameliyatın olduğu yerde hematoma, yara enfeksiyonu ve yara açılmasıdır.

Yara açılması, bütün abdominal cerrahi girişimlerin yaklaşık %1 ila %3'ünde görülebilmektedir. Hemşirelikte, hasta bakımının önemli bir boyutunu, postoperatif dönemde oluşan sorunların önlenmesi oluşturmaktadır. Preoperatif planlı hazırlıkların ve iyi bir ameliyat sonrası bakımın, sorunları oldukça fazla ölçülerde azalttığı görülmektedir. Erken postoperatif dönemde, hastanın bilincinin açılmasıyla başlayıp hastanın ayağa kalkıp yürümesine kadar geçen 72 saatlik zaman dilimini kapsamaktadır. Hemşirenin primer fonksiyonu olarak tanımlanan, hastanın bakım işlevlerine olan gereksinimleri bu zamanda fazla arttığı görülmektedir (4). Abdominal cerrahi girişimlerin uygulanmasında hastaların preoperatif ve postoperative dönemlerinin planlı ve uygun hemşirelik girişimleri ile sorunlarında azalma ve hastaların rahatlamaları açısından mümkün olabilmektedir. Postoperatif döneminin ilk zamanlarında hastalarda, mobilizasyonda sınırlılıkların olması, pulmoner semptom ve yorgunlukla karşı karşıya kaldıkları görülmektedir. Bundan dolayı erken mobilizasyonun, postoperatif tedavinin önemli bir komponenti şeklinde kabul edildiği görülmüştür (4, 5).

Erken mobilizasyonun sıradan olan fonksiyonların devamlı kazanılması ve destekleme sağlamasından ötürü, hızlandırılan cerrahi yöntem açısından önemli olduğu görülmektedir. Erken mobilizasyon yoğun bakım ünitesinde kalma zamanını azaltmaktadır. Solunum ve kardiyak komplikasyonun gelişmesinin önlenmesinde, işlevsel kapasitenin artırılmasında, tromboemboli riskinin azaltılmasında, anestezi nedeni ile mide ve bağırsakların eski çalışma seviyesine geçişinde daha hızlı olduğu, hastaların özgüvenin artmasında, morbidite ve mortalite riskinin azaltılması yönünden çok önemli bir süreç olmaktadır. Ayrıca erken mobilizasyon hastaların yaşam kalitelerini de arttırmaktadır (6). Erken mobilizasyonun cerrahi girişim sonrasında iyileşmeyi artırıp hastaların daha erken taburcu olmalarına yardımcı olduğu ve kan basıncının düzenlenebilmesinde de etkili olduğu görülmektedir.

Erken mobilizasyonun hastaların; pulmoner komplikasyonu, kas zayıflığını, insülin direnci, ağrı, ileus gibi oluşabilecek komplikasyonun önlenmesinde etkili olduğu, hastanede kalma süresinin ve maliyetin azalmasına neden olduğu ve hastaların konforunu arttırdığı görülmektedir. Hastanın ameliyat gününde 2 saat, ameliyat sonrasında taburcu olana değin günde 6 saatini yatak dışında geçirmeleri önerilmektedir (6,7). Abdominal cerrahi uygulanan hastada postoperatif süreçte ameliyata ilişkin komplikasyonları ve bir başka etmenlerden ötürü hastaların yaşam kaliteleri ve konforları da etkilenebilmektedir. Cerrahi girişimlerin hayatı garanti altına alan uygulamalar olmak ile birlikte, hastaların

ruhsal, biyolojik ve sosyal açıdan da travma oluşturan durumlar yaşadıkları görülmektedir. Hastalar cerrahi girişim süreci içinde pek çok fiziksel ve psikososyal sorun ile karşı karşıya kaldıkları ve bu yaşanan sorunlar hastaların konforunun bozulmasına sebep olmaktadır (7, 8, 9).

Konfor, rahatlık ve erinç sözcükleriyle benzer anlamı olarak kullanılır ve üzüntü, sıkıntı, tedirginlik olmama durumu, yorgunluk veya sıkıntı vermeme durumu olarak tanımlanmaktadır (9). Hemşirelik açısından konfor ise, kaliteli bakımının temeli olduğu ve Kolcaba, hemşirelik bakımının süreci içinde kişilerin konfor gereksinimlerinin karşılanabilmesinde rehber olarak konfor kuramından yararlanılması gerektiğini belirtmektedir. Konforu pek çok hemşirelik kuramının kaliteli bakımın bir parçası şeklinde kabul edilmekte olup Peplau'nun kuramındaki temel bir ihtiyaç şeklinde de kavramsallaştırmaktadır. Orlando'nun kuramında konfor, bedensel ve mental konfor değerlendirilerek tartışıldığı ve konforu arttıran önlemlerini anlatmaktadır. Roy'nun adaptasyon modelinde konfor, ruhsal konfora ulaşmak için konforun öneminden yararlanılmaktadır. Watson'un modelinde konfor, bakımın sıklık ile bir değişken olduğunu söylemektedir (10). Son olarak ise Katherina Kolcaba konforun kavramını analiz ederek, konforun üç düzeyde ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturarak orta düzey konfor kuramını geliştirdiği görülmektedir. Kolcaba tarafından geliştirilerek analiz edilen bu üç düzey ve dört boyutun konfor kuramında, yaşantıların bir bütün olduğunu ve uygulanan hasta bakımında bunların benzer sürede ele alınıp konforun sağlanması sürecinde yürütülmesi gerektiğini söylemektedir. (11).

Hemşirelerin cerrahi girişim öncesinde, esnasında ve sonrasında hastaların konforu için güvenli bir ortamda rahata ve sağlığına kavuşmalarını sağlaması, fiziksel, psikolojik, sosyokültürel ihtiyaçlarını temel alan bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimlerini uygulaması, fizyolojik ve davranış bilimlerinden yararlanıp hastaların planlaması, uygulaması ve değerlendirmesi gerekmektedir. Bu durumda hemşirelerin en temel görevleri arasında cerrahi aşamasında olan hastaların ve ailelerin gereksinim duydukları bakımı sağlayıp, en kısa zamanda normal yaşamlarına geri dönmelerini sağlamaktır. Hemşirelerin, hastalara bütüncül bir yaklaşımla bakım vermeyi planlaması ve bunu bilimsel temeller üzerine temellendirmesi gerekmektedir. Hastaların cerrahi girişim öncesinde açlık sürelerinin de doğru yönetilmesi ve oluşacak komplikasyonların önlenmesi hemşirelerin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır (12). Cerrahi girişimin yapısı, hızlı kararların alınması ve hayatı tehdit eden faktörler sebebiyle hemşirelerin, etkili,

güvenli ve kaliteli bakımı sağlaması gerekmektedir. Hemşirelerin bütüncül hasta bakımını uygularken hastalar hakkında yeterli bilgiyi sağlaması hastalar açısından oldukça önemli bir yaklaşımdır (12, 13).

Hasta konforunun üzerinde etkisi olan en önemli uygulamalardan birisi de abdominal cerrahi girişimler olarak görülmektedir. Hastanın tanı ve tedavisi amacı ile başvuru olan cerrahi girişimler, günümüzde en geniş şekilde uygulanan yöntem arasında yer almaktadır (13). Hastalar açısından bakıldığında; cerrahi girişimlerin oldukça önemli ruhsal, biyolojik ve sosyal travma şeklinde etkileri görülmektedir. Bu nedenle abdominal cerrahi girişimlerine maruz olan hastalar ruhsal yönden kendini denetleyemeyeceği kaygısını yaşamaktadır. Bu bağlamda bu çalışma abdominal cerrahi sonrası hastaların erken mobilizasyon durumlarının konfor düzeyine etkisini araştırmayı hedeflemektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın temel amacı, abdominal cerrahi sonrası hastaların erken mobilizasyon durumlarının konfor düzeyine etkisini ortaya koymaktır. Bu temel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır;

1. Abdominal cerrahi sonrası hastaların erken mobilizasyon düzeyi nedir?
2. Abdominal cerrahi sonrası hastaların konfor düzeyi nedir?
3. Sosyodemografik özellikler hastaların konfor düzeyini etkiliyor mu?

Abdominal cerrahi, hastaların fizyolojisini ve psikolojisini etkileyen bir tedavi yöntemi olduğu, kişilerin yaşamlarında önemli değişimlere neden olabilmektedir. Cerrahinin meydana getirdiği travmalar, immobilizasyon ya da inaktivite zamanı, cerrahinin sistemsel yan etkileri, karşılaşılan ruhsal sorunlar ve yaşam kalitesindeki değişimler, postoperatif dönemde karşılaşılan en önemli sorunlar olarak görülmektedir. Abdominal cerrahi sonrasında hastaların %35'inde postoperatif komplikasyonların geliştiği görülmüştür. Postoperatif komplikasyonların oldukça fazlası pulmoner kökenli olduğu (solunum ve pnömoni yetersizliği gibi) ve otuz günlük mortalite oranlarının %10 olduğu görülmektedir (14).

Abdominal cerrahi sonrasında, akciğer kapasitesinde ve volümünde azalmaların ortaya çıktığı görülmektedir. Bu durumun nedeni olarak cerrahiye alakalı tekniklerin, genel anestezinin etkileri, insizyon yerindeki ağrı ve bedensel etkinlikte azalma ile alakalı

olduğu gösterilmektedir (15). Yapılan çalışmalarda postoperatif dönemde görülen solunum kas disfonksiyonunun da bedensel inaktiviteyle ilişkilendirildiği görülmektedir. Ayrıca postoperatif pulmoner komplikasyon oluşumunda yetersiz inspiratuar eforun en fazla rol oynadığı ve hastalar, sekresyon ekspektorasyonda zorluk yaşamaktadırlar. Bunun yanında solunum yükünün arttığı, inspiratuar kas yorgunluğu ve bu yükü karşılayamayan alveoller kollapsı ve akciğer mekanizmasının bozulmasına yol açmaktadır. Farklı mekanizmaların etkisi ile görülen komplikasyonlar, hastanede kalma sürelerinin uzamasına neden olmakta, bu durum da ek komplikasyonların oluşum riskini arttırmaktadır (16).

Cerrahi ve postoperatif dönemde mevcut olan durumları (kateterler, drenler ve insizyonlar gibi) hastaların solunum mekanikleri ve mobilizasyonlarını etkilemektedir. Erken postoperatif dönemde hastaların, mobilizasyonlarında yetersizlik, yorgunluk ve solunum semptomları ile karşılaştığı görülmektedir. Bundan dolayı erken mobilizasyonun postoperatif tedavinin önemli bir komponenti olarak kabul edildiği görülmüştür (17). Erken mobilizasyonun yararının ilk defa 1940 yılında belgelenen iyileşme sürecini olumlu etkilediği ve postoperatif pulmoner komplikasyon insidasında azalmalar olduğu görülmektedir. Erken mobilizasyon hastadaki kazanımların sadece biyolojik değil ruhsal da olduğu ve hastalarda ortaya çıkan depresyonu ve anksiyeteyi de geriletmediği görülmüştür. Bütün bu kazanımlar hastaların rehabilitasyon süreçlerini de olumlu yönde etkilemektedir. Bu sebeple cerrahi sonrasında; erken mobilizasyonun, postoperatif tedavi protokollerinde olmasının temel teşkil ettiği görülmektedir. Bununla birlikte cerrahi sonrasında hastaların erken mobilizasyon ile beraber konfor düzeyleri de önemli olmaktadır (18).

Hastaların konforunun üzerinde etkisi olan en önemli uygulamalar arasında cerrahi girişimler olduğu görülmektedir. Hastalığın tedavisi ve tanısı amacı ile başvuru yapılan cerrahi girişimlerin, günümüzde en yaygın şekilde uygulanan yöntemler arasında yer aldığı görülmüştür (19). Fakat hastalar yönünden bakıldığında cerrahi girişimler, önemli ruhsal, biyolojik ve sosyal travmalar şeklinde görülmektedir. Bunun nedeni olarak da cerrahi girişimlere maruz kalan hastaların ruhsal yönden kendi bedenini ve hayatını dengeleyememe kaygısı yaşamaları olabilmektedir. Bütün bunların yanı sıra ölüm, ağrı ve organ kaybı gibi korkuların yaşandığı görülmektedir. Bu sebeple, cerrahi girişim geçiren hastanın konfor düzeyleri araştırılıp, eğer sorun var ise çözüm bulunup ve konfor düzeylerini attırmaya yönelik gerekli olan önlemlerin alınmasına gereksinim duyulmaktadır (19, 20). Ancak alan yazın incelendiğinde abdominal cerrahi sonrası hastaların erken mobilizasyon durumlarının konfor düzeyine etkisine yönelik

araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bundan dolayı bu araştırmanın yapılmasına yönelik ihtiyacın olduğu görülmüştür. Bu yönü ile araştırmanın alan yazına önemli yönde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hastalık

Hastalık tanımı çağdan çağa, zamandan zamana ve toplumdan topluma değişiklik göstermektedir (21). Hastalığın yalnızca hücre ve dokularda, fonksiyonel ve yapısal olarak anormal değişikliklerin gerçekleştiği bir durum olmadığı ve sadece biyolojik bir süreci kapsamadığı bilinmektedir. Zira benzer zamanda kültürel ve sosyal bir olgu olmaktadır. Bir toplum tarafından hastalık olarak görülen bir durum bir başka toplum tarafından hastalık olarak sayılmamaktadır. Farklı kültürlerde kişinin hasta konumunda olabilmesi için birtakım ölçütlere yönelik değerlendirildiği görülmektedir. Örnek olarak; kişinin kendisinden beklenen bir işi yerine getirip getirememesi, hastalıkların o toplumda sık görülmesi gibi ölçütleri bulunmaktadır (22).

Hastalıkların ortaya çıkmasındaki en önemli nedenler arasında çevresel ve bireysel etmenlerin olduğu görülmektedir. Buna yönelik olarak hastalık tanımlanırken, ilk olarak insanın bulunduğu çevresinden soyut düşünülmemesi gerektiği iç ortam kavramının tanımlandığı, sonrasında hastalığın hem iç ortamdaki dengesinin bozulmasıyla, hem de iç ortamla dış ortam bağının bozulmasından kaynaklandığı, hastalığın yalnızca bu dengelerin bozulmasından kaynaklanmadığı birtakım adaptasyon mekanizmaları ile bu dengelerin düzeltilmesi gayretinin de olması gerektiği belirtilmektedir (21, 22). İnsan yapısı iç ortamın sürekliliğini karşılamak için, tüm organlarla tam bir uyum içerisinde çalışmaktadır. Bu çalışmanın fizyolojik dengenin sürekliliğini sağlamaya özgü bir çalışma olmaktadır. Halbuki kişinin psikolojik durumu fizyolojik dengeyi de etkilemektedir. İnsan yapısının iç ortamı sürekliliğinin devam edebilmesi için fizyolojik ve psikolojik dengenin birlikte olması gerekmektedir (22). Bu bilgiler özetlendiğinde; hastalık nedenlerini sadece bir hastalığa bağlı olarak kaynaklandığı görülmemektedir. Hastalık anormal bir durum olduğu kişinin, bedensel, psikolojik, duygusal ve sosyal işlevlerini bir öncesine göre azaltabilmekte veya tamamen tüketebilmektedir. Hastalığın kişiler üzerindeki etkilerine bakıldığında;

- Çevresiyle olan uyumunu,
- Bireyler arası etkileşimini,
- İşine karşı yaptığı üretkenliğini,
- İşinden aldığı verimliliğini,
- Kendi içerisindeki denge durumunu bozabilmektedir.

Bundan dolayı bireyin yaşadığı hastalığa yapılacak olan tedavi ile birlikte kişinin yaşamış olduğu bu tip davranışların en aza indirgenmesi ya da tamamen ortadan kaldırılması sağlanabilmektedir (22).

2.2. Hastalık Nedenleri

İnsanın edindiği biyolojik özellikleri ile beraber iç ve dış çevresi ile etkileşim sonucunda gelişen ve değişen fiziksel, psikolojik, sosyalkültürel boyutlarının olduğu bir varlık olarak bilinmektedir. İnsanların bu değişime devamlı olarak uyum sağlaması, iyilik durumu, bütünlüklerinin sürekliliğinin olması beklenmekte ve istenmektedir. Bu durumun devam etmemesi hastalıkların meydana çıkmasıdır ki hastalık kişi için fizyolojik, psikolojik, çevresel, psikososyal, ailesel, sosyal ve psikoseksüel çok boyutlu bir olgu olduğu, bir hayat, varoluş ve kimlik krizi olmaktadır. Hastalıkların insan hayatındaki dengeleri bütünüyle değiştiren, kişinin; bedensel, entellektüel, duygusal, sosyal ve psikolojik işlevlerini önceki hallerine yönelik azaltan veya tüketen bir durum olduğu görülmektedir. Kişinin, çevresiyle uyumu, etkileşimi, üretkenliği, verimliliği, kendi içerisindeki denge durumunu bozmaktadır (23). Bu dengenin bozulması hayatı tehdit etmektedir. Bu sebeple hasta kişi ve ailesi; bilişsel, duyuşsal, davranışsal alanlarda ve kişilerarası ilişkide bir takım psikososyal sorunlar yaşayabilmektedir. Bu nedenle hasta kişinin göstermiş olduğu tepkilerini tanıması, verilen mesajların doğru alınıp değerlendirilmesi oldukça önemli olmaktadır (24).

Hastalık deneyiminin her bireye yönelik farklı yaşandığı ve bu farkı oluşturan pek çok faktörün bulunduğu görülmektedir. Hastaların bireysel deneyimleri, inançları, bilgileri, ihtiyaçları ve değerleri bağlamında hastalıklar açıklanmaya çalışılmaktadır. Leventhal ve arkadaşları her bir hastanın kendilerine hastalık temsili modeli oluşturulduğunu ileri sürmektedirler (25). Bu modele yönelik bireyler kendilerine soyut ve somut kaynak tarafından sunulan bilgiler bağlamında bilişlerinde hastalık ve hayatı tehdit oluşturan durumlar ile alakalı şemaları oluşturmaktadırlar. Bunların her bir hastada hastalıkların belirtileri, zamanı, sonuçları ve nedenleri ile alakalı kendi düşünceleri olmaktadır. Hastaların oluşturduğu bilişsel modelin tedavi ve durumların kontrolüyle alakalı inançlarını da içermektedir (25, 26). Ayrıca hastalıkların bilişsel modeli içerisinde bireyin toplumsal ve tıbbi yönden etkilerinin de olduğu görülmektedir. Bundan dolayı bireyin hastalık nedenleri içerisinde yaşanan durumlar olarak da görülebilmektedir. Heijman ve

DeRidder tarafından yapılan çalışmada hastalık nedenlerinin içerisinde en önemlilerinin tıbbi ve toplumsal açıdan hastalık nedenlerinin olduğunu söylemektedirler (26).

2.2.1. Tıbbi Açıdan Hastalık Nedenleri

Tıbbi açıdan hastalık nedenlerinin tarihsel sürecine baktığımızda, tıpla ilgilenenler arasında en açık şekilde kabul edilen bir tanım niteliği taşımaktadır. Tıbbi açıdan sağlık; hastalıkların rastgele uygun olan işaret ve semptomlarla ortaya çıkan, birkaç patolojik veya anormalliklerin yokluğu olarak tanımlanmaktadır (27). Bu tanıma yönelik sağlık, hastalık olmadığı süreçlerde veya hastalığın yokluğunda var olduğu görülmektedir. Tıbbi açıdan benzer sürede sağlığın ölçülebilmesinde ölüm kavramının kullanıldığı ve sağlık tanımı yapılırken hastalığa ve ölüme yönelik kavramlara yer verdiği görülmüştür. Buna göre bebeklerdeki ölüm sayısı ve kaba ölüm sayısına yönelik ölüm istatistiği bilhassa gelişmekte olan ülkelere yönelik bakıldığında, uluslararası seviyede sağlık statüsü ölçümünde kullanıldığı söylenmektedir. Tıbbi açıya yönelik; bireyleri, buldukları sakatlık derecelerine ve işlevlerine yönelik sınıflandırmalar yapılmasının mümkün olduğu görülmektedir (28).

Yapılan sınıflandırmalara bakıldığında;

- Tedavisi mümkün durumlarda,
- Hastalık ve sağlık durumlarının bozulmasına karşılık, bireylerin eylemlerini yerine getirdiği durumlarda,
- Bireylerin eylemlerini kısıtlamalara rağmen eylemlerini yapabildiği durumlarda,
- Bazı etkinliklerin kısıtlanmasına karşın bireylerin kendilerine yetebildikleri durumların bireylerin kendilerine yetmedikleri durumlar olarak ifade edilmiştir.

Tıbbi açıdan hastalık tanımlaması nesnel olarak yapılmalıdır. Bu tanımla birlikte hastalığın belirli semptomlar ile kendini gösteren patolojik bir anormallik anlamı taşımaktadır. Bu yönden bakıldığında tıbbi açıdan hastalık kavramı başka bir sınıflandırma ile karşımıza çıktığı görülmektedir. Hastalık sınıflandırmaları bulunduğu dönem ve coğrafyaya (ülkelere) göre değişiklik gösterdiği görülmektedir. Bu duruma göre hastalıkların bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyon enfeksiyonel hastalıklar olarak sınıflandırılmıştır. Bu açıklamalara istinaden hastalıkların sonu ölümlerle bitmeyen hastalıkların, akut ve yaşa bağlı olarak statüsünün bozulması ile kronik hastalıklar olarak sınıflandırılmıştır (28, 29). Kronik hastalıkların 20. yüzyılda gelişmiş ve gelişmekte olan

ülkelerde yaygın şekilde görülmeye başladığı bilimektedir. Tıbbi açıdan sağlık sınıflandırılması optimal sağlık halinden ölüme kadar ilerleyen geniş bir yelpazede sağlık düzeyinin ölçülmesine izin verdiği görülmektedir. Tıbbi açıdan yapılan ölçümler ile bedensel ve psikolojik olarak ilgili hastalığın ölçümüne bağlı olarak teşhis koyulabilmektedir (29).

2.2.2. Toplumsal Açıdan Hastalık Nedenleri

Sağlık ve hastalıkla alakalı konular genellikle fizyoloji ve tıp alanlarıyla alakalı olduğu düşünülmektedir. Fakat sağlık ve hastalık ruhsal ve sosyolojik boyutları da bulunduğu görülmektedir. Sağlık ve hastalığın psikolojik ve toplumsal nedenleri olabileceği gibi sosyolojik etkileri de beraberinde getirdiği görülmektedir. Bu olgulara dayalı günümüz dünyasında bireylerin uzun süren yaşam ve beraberinde daha fazla kronik hastalığı da beraberinde getirerek, önemli toplumsal olaylara meyil vermektedir. Akut ve kronik hastalıklar bireylerin sosyal yaşantılarını etkilemektedir. Akut hastalıklar kısa süren hastalıklar kategorisinde olduğundan sosyal yaşama etkilerinin az olması, yalnız daha uzun süren kanser, astım, AIDS, diyabet vb. hastalıkların sosyal yaşama etkilerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuçlardan hareketle kronik hastalığı bulunan kişilerin fizyolojik problemlerinin günlük yaşam aktivitelerini, yaşam şekillerini, sosyal kimliklerini ve benliklerini değiştirdiği görülmüştür. Bu tür hastalıklar kişilerin büyük ekonomik, ruhsal ve sosyal ve iletişim kaynaklı varoluş sorunlarıyla karşı karşıya kalmalarına sebep oluşturarak; akademik başarıda azalmaya, sosyal desteğin azalmasıyla toplumsal uyum problemlerine ve hayat akışının bozulmasına neden olmaktadır (30).

Kronik hastalığı olan bireylerin birçok sorunla başa çıkmak zorunda olmaları (tedavi edici diyetler, hastalık belirtilerini kontrol altında tutma, zamanı iyi kullanmak vb.) yaşamlarındaki en büyük gerçekleridir. Sadece kronik hastalığı olanlar değil sosyal ilişki içinde bulundukları kişiler de bu tür sorunlarla çaba gösterdikleri görülmektedir. Hastalığa ilişkin tepkiler bazı faktörlere (hastaların; yaşı, cinsiyeti, yaşadıkları çevrenin özellikleri, sosyal çevresi, eğitim düzeyi, tutum ve davranışları gibi) yönelik değişiklik gösterebilmektedir. Bireylerin hastalıklarına yönelik geliştirdikleri tepkiler, hastalıklarının gidişatını ve toplumsal etkileri yönünden son derece önemli olmaktadır (31). Bir başka ifadeyle; hastalığın her kişi için farklı ve kişinin kendisini algılayabilmesi; vücut fonksiyonundaki ve yapısındaki değişiklikler, toplumsal rolleri, ilişkileri, inanışları ve

kültürüne yönelik değişiklikler göstermektedir. Hastalığın ve sağlığın kültüre göre değişen bir kavram olduğu görölmektedir. Sağlığın korunabilmesi ve hastalığın tedavisinin toplumlara özgü uygulamaları bulunmaktadır. Bu sebeple kültürün, hastalık ve sağlığın devinimsel bir etkeni de olduğu görölmektedir. (32, 33).

2.3. Cerrahi Açıdan Hastalık

Cerrahi, vücuttaki yerel sorun ve sistematik cerrahi yöntemler ile tedavilerin yanında, genel prensip (yaralanma, yara iyileşmesi, metabolik ve endokrin cevap vb.) konularını içine alan ve gelişimleri yönünden birçok temel tıp ve cerrahi dallarını etkileyen bir teknik disiplin şeklinde söylenmektedir. Cerrahi açıdan yapılan ameliyat biçimlerinin çoğunluk ile organ ya da bağlantısı olduğu sistemler şeklinde vurgulanmaktadır. Yemek borusu (özofagus), mide, meme, guatr (tiroid bezi), safra yolları, ince-kalın bağırsak, karaciğer, rektum, fitik, safra kesesi, anüs, endoskopik ve laparoskopik cerrahi girişimlerin abdominal cerrahi alanına girmektedir (34).

2.3.1. Abdominal Cerrahi

Abdominal cerrahi girişimleri; pankreas, mide, dalak, safra kesesi, ince ve kalınbağırsak, karaciğerde meydana çıkan hastalıkları kapsadığı görölmektedir. Ameliyat yapılması gereken başlıca hastalıklarsa, peptik ülser, mide kanseri, kolorektal kanser, inflamatuvar hastalık, kist hidatik ve karaciğer tümörleri, divertiküler hastalık, piyojenik karaciğer absesi, polipler, herniler, karaciğer travmaları, obstrüksiyonlar, splenektomi, tümörler, hipersplenizim, morbid obezite, dalak rüptürü, safra taşları şeklinde olmaktadır. Abdominal cerrahiler, hastanelerdeki cerrahi girişimlerinin %70'ini kapsamaktadır (35).

Abdominal cerrahi elektif veya acil olarak yapılması gereken cerrahi girişimler şeklinde olmaktadır. Bu girişimler açık (major) ya da laparoskopik yöntem ile yapılmaktadır. Açık (major) cerrahi, asgari invaziv yaklaşımlara uygun olunmadığı olaylarda gerçekleştirilmektedir. Genel anestezinin kullanıldığı bu cerrahide ameliyatın süresi daha fazla olduğu, komplikasyon daha sık görüldüğü ve ameliyat sonrasında iyileşmelerin daha geç olduğu görölmektedir. Laparoskopik cerrahi ise, kamera yardımı ile genel anesteziyle minimum insizyonun kullanıldığı abdomen müdahalesi yapılan cerrahiler şeklinde belirtilmektedir. Bu cerrahi yöntemi açık cerrahi yöntemine kıyasla daha az

girişimin olduğu, daha az komplikasyona rastlanması ve hastanedeki kalış zamanını kısalttığından dolayı daha fazla tercih edilmektedir (34, 35).

ASA SINIFLANDIRMASI	
ASA 1.	Normal, sistematik bir bozukluklara sebep vermeyen cerrahi patolojinin dışında olan hastalık ya da sistemik sorunu bulunmayan sağlıklı bir birey.
ASA 2.	Cerrahi girişimleri gerektiren sebebe ya da diğer hastalıklara (diyabet, hafif düzeyde anemi, şişmanlık, kronik bronşit, amfizem, hipertansiyon vb.) yönelik hafif bir sistemik bozukluğu bulunan birey.
ASA 3.	Etkinliğini engelleyen, yalnız halsizlik vermeyen hastalıkları (sınırlı akciğer fonksiyonu, hipovolemi, ileri diyabet, latent kalp yetmezliği vb.) bulunan birey.
ASA 4.	Vücudunun gücünü bitirmesine sebep olan ve yaşamına devamlı tehdit unsuru oluşturan hastalıkları (karaciğer ve böbrek yetersizliği, şok, kalp ya da solunum hastalığı vb.) bulunan birey.
ASA 5	Ameliyat geçirse de geçirmese de 24 saat yaşama şansı olmayan, son olarak umudunun cerrahi girişim yapılabilen ölüm durumundaki birey.
ASA 6.	Belirtilen 5 grup içerisine sonrasından bu grup dahil edilmektedir. Bu grup ise organ bağışına müsait, beyin ölümü gerçekleşmiş hastalar kapsamaktadır.
*Acil cerrahi girişimi icap edildiğinde hastanın sınıflandırma rakamından sonra “E” harfi ilave edilmektedir.	

Şekil 2.1. ASA Sınıflandırması (36)

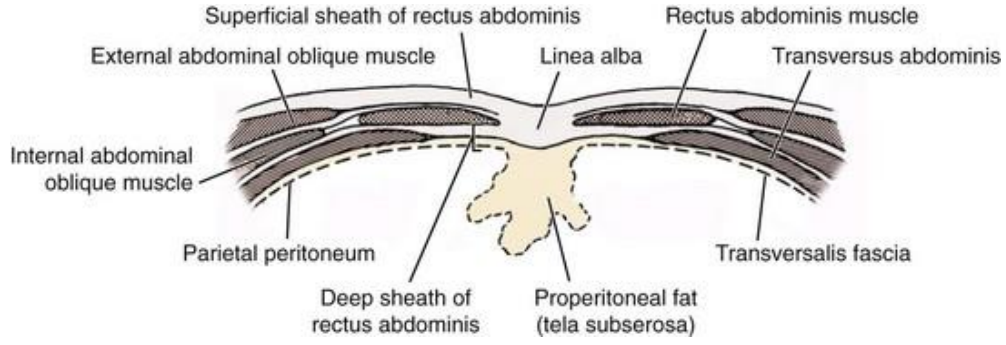
Ameliyat öncesinde hastanın hazır duruma getirilmesi oldukça önemli bir basamak olarak görülmektedir. Bu süreçte hastanın hazırlığında, anesteziistin hasta olan bireyi değerlendirmesi de bulunmaktadır. ASA; American Anestezistler Derneği, ameliyattan önce hastaları bedensel sağlık durumuna yönelik değerlendirdiği bir sistemdir. Bu değerlendirmenin temel amacı morbiditeyi azaltmak, hastanın istediği işlevselliğe mümkün olan en kısa sürede döndürmektir. Bu amaç doğrultusunda, hastanın anamnezi alınır, fiziksel muayenesi yapılır, perioperatif riski değerlendirilir, anesteziik işlemler için bilgilendirme yapılır ve onayı alındıktan sonra tüm bilgilerin belgelendirmesi yapılır. Buna yönelik anesteziik yaklaşımı ve özellikle monitorizasyon teknikleri belirlenmektedir (36).

2.3.2. Abdominal Bölge Anatomisi Ve Cerrahi Tipleri

Abdominal cerrahide, en uygun tekniğin seçilmesi, doğru olan yaklaşımın belirlenmesi ve cerrahiyi minimum risk ile gerçekleştirilmesi için abdominal bölgelerin anatomisi çok iyi bilinmesi gerekmektedir. Abdominal boşluğu, ön tarafta abdominal duvar, üst kısımda diyafragma ve alt kısımda pelvis ile sınırlanan boşluk olan kısımdır. Bu boşluk, anterolateralin muskülo ve aponötorik abdominal duvar ile kaplı, torasik boşluk'a diyafragma aracılığı ile ayrı olan, üst kısımda torasik kafesinin alt kısmında dördüncü intercostal boşluğunu saran, alt kısımda pelvik boşluğa doğru giden, seröz bir zarı bulunan peritonla kaplı, sindirim sistemindeki büyük bir kısmındaki, üreter, böbrekler ve dalağın bir kısmını içerisine alan boşluk şeklinde olmaktadır (37).

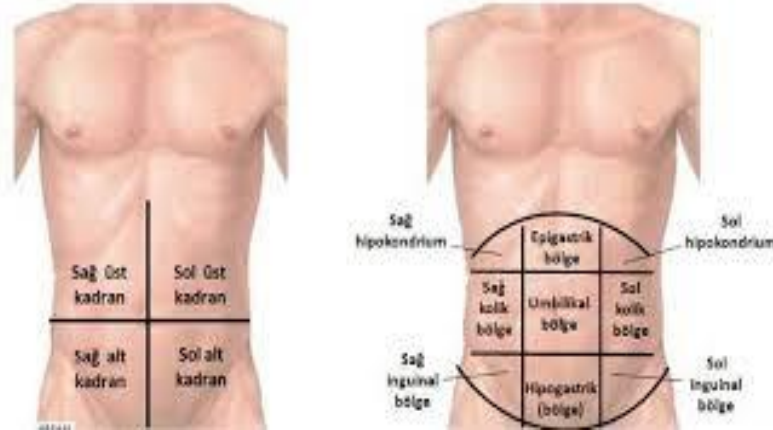
Abdominal duvarında, tüm bir yapıda olmasına karşın tanım amaçlı ön duvarın, sağda ve solda lateral ile arka duvar olması üzerine 4 alt bölüme ayrılmaktadır. Lateral duvar ile ön duvar sınırları belirli olmadığından dolayı genellikle anterolateral duvar sıfatı kullanılmaktadır. Anterolateral duvarı, toraksla pelvis arasında bulunmaktadır. Duvarın üst kısmını 7 ve 10'uncu kostalar kırkırdaklarında ve sternumun ksifoidin çıkıntıları, alt kısmının inguinal-ligament ve pelvik kemikleri belirlemektedir. Duvarın, deriden, subkutanöz dokudan, kaslardan ve aponörozlardan, derin fasyadan, extraperitoneal yağdan ve parietal peritoneumdan oluşmaktadır (Şekil 2.2). Abdominal duvarında beş tane kas bulunduğu görülmektedir. Bu kaslardan üçünün oblik ve düz yerleşimli olduğu, ikisinin ise vertikal yerleşimli olduğu bilinmektedir. Oblik ve düz yerleşilen kasların eksternalinternal oblik ve transversus abdominis; vertikal yerleşenlerse, rektus abdominalis pyramidalis şeklinde görülmektedir. Bu kasların fonksiyonlarına bakıldığında;

- Abdominal visserayı tüm yaralanmalara karşı koruduğu,
- Kusma, defekasyon, ürinyasyon ve doğumda gerekli olan kuvveti ürettiği,
- Anterolateral abdominal duvarının genişleme gücünü oluşturduğu,
- Gövde kısmının rotatuar, anterior, lateral fleksiyon hareketini gerçekleştirerek ve postürün sürdürmesine yardımcı olduğu,
- Abdominal visserayı sıkıştırıp intra abdominal basınç sağlayarak ve öksürmelere karşı durumlara yardımcı olabilmektedir (37).



Şekil 2.2. Anterior Abdominal (37)

Abdominal organları ve ağrılı bölgelerin lokalizasyonları için kliniklerde abdomenin dokuz ayrı bölgeye ya da genel hatları ile dört bölüme ayrılmaktadır (Şekil 2.3).



Şekil 2.3. Abdomen Bölgeleri (37)

Abdominal cerrahileri iki başlık şeklinde toplanmaktadır. Bunlar, laparoskopik ve açık (major) cerrahiler olmaktadır. Laparoskopik cerrahi, kamera yardımı ile genel anesteziyle minimum inzisyon kullanılıp abdomen bölgelere gerekli olan müdahalelerin yapıldığı cerrahiler olarak görülmektedir. Bu cerrahi yöntemi açık cerrahilere kıyasla daha az girişimli olup az komplikasyon ile karşıldığı ve hastanedeki kalma süresini kısalttığından dolayı daha fazla tercih edildiği görülmektedir. Morbid obezitede kullanılan sleeve gastrektomide, kolesistitli hastalarda kullanılan kolesistektomiler, disk hernisinde ve apandektomide laparoskopik yöntem kullanılmaktadır. Açık cerrahiler ise, minimum invaziv yaklaşımların uygun bulunmadığı zamanda, geniş enfeksiyon kaynağı ya da

metastaz varlığında gerçekleşmektedir. Umumi anestezi kullanıldığı bu cerrahilerin ameliyat süresi ve anestezi süresinin daha uzun olduğu, komplikasyonun daha sık görüldüğü ve postoperatif iyileşmenin daha geç gerçekleştiği görülmektedir (38).

Tablo 2.1. En Fazla Uygulanan Açık (Major) Abdominal Cerrahi Tipler (39)

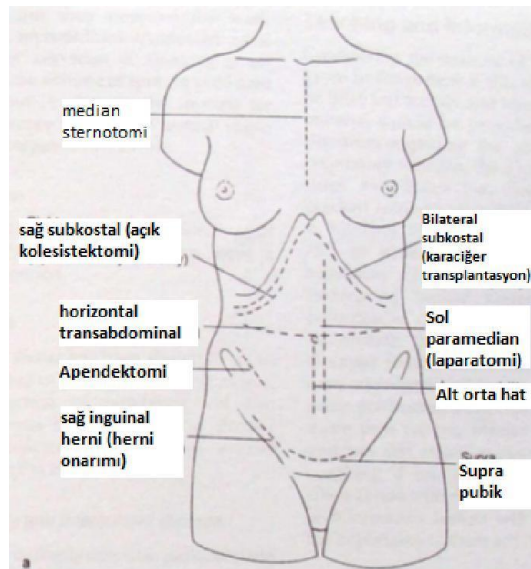
Cerrahi Uygulanan Bölgeler	Cerrahi Tipler
Karaciğer	Total – portokaval şantlar Distal splenorenal şantlar Kistoperikistektomi Lobektomi Transplantasyon Hepatektomi
Safra Kesesi	Koledok eksplorasyonu Koledokostomi Kolesistektomi
Böbrek	Transplantasyon Nefrektomi
Mide ve Duodenum	Radial subtotal distal - proksimal gastrektomi Vagatomi Parsiyel – subtotal – total gastrektomi Gastrojejunostomi Gastroduodonostomi Wedge rezeksiyonu Hemigastrektomi
Pankreas	Standart pankreatikoduedonektomi Regional pankreatektomi Radial pankreatikoduedonektomi Distal pankreatektomi Total pankreatektomi
Bağırsak	Rezeksiyon ve uç uca anastamoz Loop kolostomi Hartmann kolostomi İleostomi Hemi – total kolektomi

2.3.3. İnsizyon Tipleri

Yerinde olan bir abdominal insizyona yönelik üç başlıca taban unsurun olması gerekmektedir. Bunlar;

- Abdominal boşluğuna en uygun ve hızlı girişin olması (ulaşabilirliğin),
- Ehliyetli alana ulaşılabilecek büyüklüğe sahip olması (genişletilebilirliğin),
- Cerrahi sonrasında yaraların bakımı yapılması, komplikasyon gelişimleri, ağrılarda his durumu ve kozmetik kaygı yönünden insizyon seçimlerinin olması (güvenirliğin) (40).

İnsizyon, patoloji bulunan bölgelere ulaşabilirlik desteklenmeli, gerekli olduğunda genişletilmesine izin verilecek şekilde olması gerekmektedir. Bir insizyonda büyüklük ve yeterlilik seçiminin yapılacağı ameliyat tipine, hastaların klinik görünüşüne ve cerrahların tecrübelerine bağlı olmaktadır. En geniş uygulanan ve popüleritesi olan insizyon safra kesesi ameliyatları için; koher subcostal insizyonları, jinekolojik cerrahileri için; pfannenstiel infraumbilikal insizyonları, apendektomiler için ise; McBurneyle Rockey Davies insizyonları şeklinde görülmektedir. Bilateral subcostal insizyonların üst abdomen transplantasyon whipple'ye yönelik geniş kapsamlı cerrahiler için kullanımı uygun olur iken, alt abdomenlerde rektosigmoid ve kolon bileşkelere müdahaleler için median kullanıldığı görülmektedir (41). Abdominal cerrahilerde kullanılan bir başka insizyonları Şekil 2.4'de ve Tablo 2.2'de ayrıntılı bir şekilde gösterilmektedir.



Şekil 2.4. İnsizyon tiplerine örnek (42)

Tablo 2.2. Abdominal insizyonları (43)

Horizontal İnsizyonları	Üst batın transvers insizyonu Ters L-shaped insizyon Transvers Periumblikal insizyon Pfannenstiel insizyon Cherney/Modifiye Cherney insizyon Maylard insizyon Kustner insizyonu Rockey-Davis insizyonu Morley insizyonu
Ekstraperitoneal yaklaşım insizyonları	J-Shaped Ekstraperitoneal insizyon Ekstraperitoneal Paramedian insizyon Modifiye Gibson insizyonu Ekstraperitoneal Pfannenstiel insizyon Sunrise insizyon
Vertikal İnsizyonları	Midline (median) insizyon Pararektal insizyon Paramedian (transrektal) insizyon McEvedy insizyonu Battle-Jalaguer-Kammerer-Lennander insizyonu
Oblik insizyonları	Masson insizyonu Klasik McBurney insizyonu Marwedel insizyonu İnguinal insizyon McBurney Gridiron insizyonu
Diğer insizyonlar	Torako/abdominal insizyonları Minilaparotomi insizyonları
Laparoskopik-Robotik insizyonları	

2.3.4. Abdominal Cerrahinin Hasta Üzerindeki Fiziksel ve Psikososyal Etkileri

Abdominal cerrahi girişimlerin nedenleri, hastalar arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Abdominal cerrahi girişimlerinin küçük veya büyük olması, planlanmış veya acil olsun, hastaları hem fiziksel hemde psikososyal olarak etkilemektedir. Cerrahi girişim sonrasında hastaların iyileşebilmeleri ve hayatları için gerekli olan temel ihtiyaçların karşılanabilmesi için belli bir süre boyunca hemşire bakımına ve sonrasında ailelerinin desteğine gereksinim duydukları bir süreç başlamaktadır. Ameliyat olmak için hastaneye başvuran hastaların ve ailelerinin bakım süreci içinde hemşirelerin davranış ve tutumları, hastaların hastanedeki yaşanan deneyimlerini olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (44). Abdominal cerrahi girişim başarılarını ve hastaların bakımlarındaki memnuniyetini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlar; cerrahi girişimlerinde doğru tekniğin kullanılması, beceri ve bilgiyle uygulanılmasının yanında cerrahi girişim öncesinde ve sonrasında bakımın mükemmel ve nitelikli şekilde gerçekleştirilmesi olarak sıralanmaktadır. Kıdak ve Aksaraylı, hastaların memnuniyetini değerlendirmek amacı ile yapmış oldukları çalışmada, hemşire bakımından memnun olan hastaların tedavi ve bakım hizmetinden de memnun kaldıklarını söylemektedirler (45).

Her ameliyat kendisine özel sorunlar oluşturabilmektedir. Bu sorunların hastalar üzerinde oldukça önemli etkileri bulunmaktadır. Bu durum hastalar üzerindeki fiziksel etkilerinin, kişilerin genel sağlık durumlarını yansıtan bir durum olduğu ve kişilerin günlük yaşamlarındaki işleri yapabilmeleri için önemli bir beceri olarak görülmektedir. Bu becerilerin pek çok hastalığı da (Kardiyak, KOAH, Osteoporoz ve Artrit hastalıkları vb.) etkilediği görülebilmektedir. Abdominal cerrahi girişimin insanın fiziki olarak stresör (ağrı, tedaviler, beden imajında değişiklikler, ilaçlar ve aile ilişkilerinde bozulmalar gibi) şeklinde algıladığı ve bunun sonucunda stres tepkilerini oluşturabilmektedir (46). Hastaların yaşadığı stres ve anksiyete nedeni ile hipofiz bezi ve sempatik sinir sisteminin uyarıldığı görülmektedir. Bunun sonucunda farklı kardiyovasküler, solunum ve metabolik solunum sisteminde farklılıklar meydana çıkabilmektedir. Cerrahi girişim sonrasında insanın bedeni mikroorganizmalara karşı koruyan ilk bariyer olan derinin bütünlüğünü bozabilmektedir. Bu durum hastaların enfeksiyon unsurlarına karşı korumasız duruma getirmektedir. Ameliyat esnasında dokuların zarar görmesi kan damarlarının da zarar görmesine sebep olmaktadır (47). Bu durumun kontrol altına alınamayan kanamaların olmasına, elektrolit ve sıvı kayıplarına, hipovolemik şok tablolarının gelişmesine sebep olabilmektedir. Abdominal cerrahi girişimlerin bir organa yapılması sonucunda organın bir

kısmı veya tamamının çıkarılmasına, girişim esnasında organ yerinin değişmesi ve cerrahinin genel etkileri organ işlevlerini olumsuz olarak değişmesine sebep olmaktadır.

Yapılan abdominal cerrahi girişimlerin, bir organın ampute edildiği, meme dokusunun çıkarılmasına, stoma açılmasına yönelik insanın bedeninde kalıcı fiziksel değişikliklerle sonlanabilmektedir. Denizgil ve Sönmez'in yapmış oldukları çalışmada, meme kaybı yaşayan kadınların fiziki algılarında ve cinsel hayatında total mastektominin olumsuz yönde etkilediği, meme koruyucu cerrahi girişiminde ise sonucu olumlu olarak etkilediğini söylemişlerdir (48). Abdominal cerrahi girişimler sonucunda hastalarda psikolojik anlamda; umutsuzluk, korku, şaşkınlık, kaygı ve üzüntü gibi duyguların yaşandığı görülmektedir. Hastaların bu gibi duyguları yaşamalarının nedenleri olarak anesteziyen uyanamama, ölüm, ameliyat sonrasındaki ağrı, sakat kalma, ailesine eskisi kadar yardımcı olamama, kanser olma ve iş yapma potansiyelini kaybetme gibi düşüncelerden kaynaklandığı görülmüştür. Bundan dolayı hastaneye yatan kişinin özel bir bakıma gereksinim duyduğu ve fiziksel anlamda çevresine bağımlı bir kişi olabileceğini düşünmesine neden olmaktadır (49).

2.4. Mobilizasyon/Erken Mobilizasyon

Hastaların yatarak tedavi görmesi ile mobilizasyonun önemi 1940 yılında ortaya konulan ve zamanla yapılan araştırmalar sonucunda erken mobilizasyonun operasyon sonrasında bakımın önemli bir parçası olduğu görülmektedir. Hızlı cerrahinin pek çok bakım ögesini bir araya getirerek hastanın iyileşmesinin geliştirilmesi, hastanedeki kalış süresinin azaltılması ve morbiditesinin düşürülmesini amaçlamaktadır. Erken mobilizasyon, olağan işlevlerin tekrar kazanılmasını desteklemeyi sağladığından dolayı hızlandırılmış cerrahiler için önemli bir bileşen olarak kabul edilmektedir. Hızlandırılmış cerrahilerde, kanıt temelli yönden erken mobilizasyonun düşük kanıt düzeylerinde olmalarına karşın oldukça önemli öneri yöntemi olmaktadır (50). Operasyon sonrasındaki dönemde önemli bir öge olarak görülen erken mobilizasyonun vital bulgulara stabil kalması kaydı ile operasyon sonrasında ilk 24 saatin içinde önerilen mobilizasyon şekli olarak görülmektedir. Köse tarafından yapılan araştırmada, erken mobilizasyonun yaşam bulgularını normal değerinde koruduğu, kardiyak stabilitenin sağlandığı ve kullanılabilir olduğu gösterilmiştir (51).

1899 yılında Chicago’da ilk defa bir cerrah olan Dr. Emil Reis tarafından erken mobilizasyon tanımı yapıldığı görülmektedir. Erken mobilizasyonla ilgili araştırmalar 19. yy sonlarına doğru yapılmaktadır. Kaslardaki gücün azalmasını önlemek düşüncesiyle cerrahi uygulama sonrasında erken zamanda mobilizasyon kabul edilmektedir. Buna ilave olarak, bedensel ve kas kaybı yetersizliği, immobilizasyon, pnömoni ve tromboembolizm vb. olumsuz etkileriyle ilgili kanıtların meydana gelmesi neticesi fazla yatak istirahatlerin önlenmesinin önemini meydana çıkarmaktadır. 2. Dünya Savaşında, bu kavramların yaralı olan askerlerin savaş alanlarına daha çabuk dönebilmeleri için yardımcı olduğu görülmektedir (52).

Açık (major) cerrahi operasyon sonrasında yoğun bakıma alınan hastaların invaziv kateter ve drenlerin olması ile devamlı ventilasyon ihtiyacı gibi nedenler ile hareketsizlik yönünden risk altında olduğu görülmektedir. Yoğun bakım bölümlerinde yatan ve hastanedeki yatışlarında erken dönemde mobilize edilemeyen ciddi hastaların, nöropsikolojik işlevlerinde değişiklik, düşük yaşam kalitesi ve kalıcı güçsüzlükler yaşanmaktadır. Hastada kas zayıflığının gelişmesinin iki temel sebebi mekanik ventilasyon ve hareketsizlik olarak görülmektedir. Erken mobilizasyonda, düzenliliklerin, ekip işbirliğinin yanında yönetim gerektiren karmaşık müdahale ve dikkatli hasta değerlendirilmesinin yapılması gerekmektedir. Nörolojik stabilite, kardiyovasküler ve solunumla hasta güvenliği sağlanılmadan erken mobilizasyonun uygulanmaması gerekmektedir. Erken mobilizasyon esnasında oksijen desatürasyonu, disfonksiyonu ya da intravasküler kateterlerinin çıkarılması, hemodinamik değişiklikler, drenlerin çıkarılması ve kalp durması gibi olumsuz sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir (53).

Kateterlerin yeniden yerleştirilmesinin enfeksiyon riskleri ile yoğun bakımdaki kalma süresini arttırdığı ve bu sebeplerden dolayı hastalarda stres ve ağrıların oluştuğu görülmektedir. Hastalar için güvenli mobilizasyon önemli olmaktadır. Hastalar kateter ve drenlerin yerinden çıkması gibi kaygıyı arttıracak fikirlere sahip olabilmektedirler. Erken mobilizasyonda komplikasyon oluşmadan uygulanabilmesi için hastaların mobilize edilmeden önce tıbbi stabilitesinin yapılması gerekmektedir. Tıbbi stabilite; normal organ işlevinin korunabilmesi için ehliyetli perfüzyonlara sahip olunması olarak tanımlanmaktadır. İstirahat esnasında kalp hızının 110 dakikadan düşük ise, yaklaşık arteriyel kan basıncının 60-110 mm hg aralığında ve saturasyon %80’den yüksekse hastaların tıbbi stabilitesi mobilizasyona uygun olmaktadır. Hastaların tıbbi stabilitesinin

devamlılıkları sağlanıp, mobilizasyonun uygulanması için yoğun bakımda disiplinli ve iletişimleri iyi olan ekipmanın önemi vurgulandığı görülmektedir (54).

Erken mobilizasyonla ilgili ilk çalışmalar 1944 yılında 100 hastada erken mobilizasyon, 100 hastada yatak istirahati yapılıp karşılaştırılarak ve sonuç olarak da erken mobilize yapılanlarda coroner tromboz ve pulmoner emboli gibi komplikasyonun gelişmediği izlenmektedir. Tekrar benzer yıllarda erken mobilizasyonla ilgili konferanslar düzenlenmektedir. Erken mobilizasyon yeni bir uygulama gibi görünse de 19. yüzyıldan itibaren ilgi gören ve ilgi çeken bir konu olmaktadır. Yoğun bakımlarda, ciddi olan hastalarda immobilizasyondan sonra oluşan kas zayıflığı ilk sırada olması üzerine pek çok komplikasyonun üstüne çalışmalar dikkate alınıp ciddi hastaların rehabilitasyonu ve erken mobilizasyonu dikkat edildiği görülmektedir (55).

2.4.1. Erken Mobilizasyonun Cerrahideki Önemi

Mobilizasyonla alakalı olarak literatürde net bir tanım görülürken genel olarak mobilizasyon/erken mobilizasyon ilgili yapılan bir tanım; mobilizasyonun bedensel işlevlerini yitiren bir organ veya bedensel işlevlerinin yeniden kazanabilmesine yardımcı olduğu, erken mobilizasyonun ise yatan hastalara normal uygulamaya yönelik daha erken sürede mobilize edildikleri en kısa sürede hastaneden taburcu edilmelerini sağladığı şeklinde tanımlanmaktadır (55). Cerrahi sonrasında iyileşmenin, yalnızca yapılan cerrahi girişiminin olmadığı benzer sürede cerrahi sonrasında multidisipliner yaklaşımlara ve kanıta bağlı uygulanan bakımlara bağlı olduğu görülmektedir. Kuzey Avrupa ülkelerinde (Hollanda, İskoçya, Norveç ve Danimarka) 2001 yılındaki kanıta bağlı tıp kuralına uygun şekilde “ERAS” veya “Fast-Track” şeklinde isimlendirilen protokoller geliştirilerek ve bu sistemlerde uygulanmaya başlanmaktadır. Bu protokollerin temel oluşumlarına bakıldığında;

Ameliyat Öncesinde;

- Hastanelere kabul öncesinde danışmanlıklar,
- Karbonhidrat ve sıvı yüklemesinin yapılması,
- Açlık sürelerinin uzatılmaması gerektiği,
- Bağırsak hazırlıklarının yapılmaması veya seçici şekilde yapılabilmesi,
- Antibiyotik profilaksinin uygulanabilmesi,
- Tromboprofilasinin uygulanabilmesi,

- Premedikasyonun yapılmaması.

Ameliyat Sırasında;

- Kısa verimli anestetik ajanın kullanılabilmesi,
- Orta torakal epidural anestezi-analijezinin uygulanabilmesi,
- Drenlerin kullanımının olmaması,
- Su ve tuz yüklenmesinden kaçınılması,
- Normoterminin sağlanabilmesi.

Ameliyat Sonrasında ise;

- Orta torakal epidural anestezi-analijezinin uygulanabilmesi,
- Nazagastrik tüpün kullanılmaması,
- Bulantının ve kusmanın önlenmesi,
- Su ve tuz yüklenmesinin kaçınması,
- Katetelerin erken zamanda çıkarılması,
- En erken zamanda ağızdan beslenmenin başlanması,
- Nonopioid oral analijezinin-NSAID'nin kullanılması,
- Erken mobilizasyonun yapılması,
- Bağırsak hareketinin uyarı yapılması,
- Sonuç ve takiplerin denetlenmesi olarak karşımıza çıkmaktadır (56, 57, 58, 59).

ERAS'ın ana hedefi, hastaların iyileştirilmesi ve cerrahi sonrasında iyileşmeyi hızlandırmaktır. Erken mobilizasyon, cerrahi sonrasında hızlı iyileşmedeki programın en önemli etmenlerinden biri olarak görülmektedir. Erken mobilizasyon konuyla ilgili net bir süre verilirse de ERAS protokolünün hastaların ameliyat sonrasındaki ilk yirmi dört saatte mobilizasyon yapılması gerektiği ve ameliyat günün iki saat, takip edilen günlerdeyse taburcu olana kadar gün içerisinde altı saat yatağın dışında kalması önerilmektedir (57, 60). Hastaların ameliyat sonrasında erken zamanda mobilize edilmesi, hareketsizliklere dayalı komplikasyonun önlenmesi (DVT, pnömoni, kardiyak iş yükünün artması, atelektazi, üriner retansiyona dayalı idrar yolları enfeksiyonu, akciğerlerde sekresyon birikimi, basınç ülseri gibi), homeostatik dengenin sürdürülebilmesi, anesteziye dayalı bozulan bağırsak işlevlerinin tekrar kazanılabilmesi ve ağrının şiddetinin azalması gibi biyolojik faktörler bulunmaktadır. Bunların beraberinde, kişinin kendisini daha güzel hissetmesi, memnuniyet düzeyinin artması, anksiyete ve deliryumun önlenmesine yönelik ruhsal yararları da bulunmaktadır. Bütün bu yararların

hastaların hastanede kalma sürelerini ve maliyetini azalttığı, yara iyileşmelerini hızlandırdığı ve GYA minimum zamanda bağımsızlıklarını kazanmada olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Yapılan araştırmalarda, ameliyat sonrasında erken mobilizasyon komplikasyonlarında %50 oranda azalma olduğu görülmektedir (49, 61).

Morris ve arkadaşları (62) ameliyat sonrasında erken mobilizasyonun aktivitesini değerlendirmek için oluşturdukları klinik uygulama klavuzu, erken mobilizasyonun yapıldığı hastalarda hastanede kalma sürelerinin 4 günden 3-2.8 güne, ağrı şiddetininse 4'ün altına indiğini belirtmektedir. Yoğun bakımlarda ventilatöre bağlı hastaların erken mobilizasyonun aktivitesinin değerlendirilmesi açısından yapılan bu araştırmada, DVT ve basınç ülserinin gelişiminde azalma, ventilator ile bağlantılı pnömoni ve hastanede kalma sürelerinde azalmalar olduğunun sonucuna varılmaktadır (63). Erken mobilizasyonun yukarıda yer alan yararlarına rağmen, bulantıda artışın olduğu, düşük hemodinamiye ve ağrının şiddetinde artış gibi olumsuz faktörlerinin olduğu söylenmektedir. Erken mobilizasyona karar verilmeden önce mobilizasyona kısıtlılık getirecek etmenlerin (etkinlik toleransı, üriner kateterlerin ve drenlerin varlığı, cerrahi girişimin türü, şiddetli ağrı, hastaların yaşı, hastaların biyolojik, ve ruhsal durumları gibi) değerlendirilmesi gerekmektedir (49, 64).

2.4.2. Erken Mobilizasyonun Cerrahideki Yararları

Erken mobilizasyon ile ilgili yapılan çalışmalar neticesinde gözlemlenen birçok yararlarının olduğu görülmektedir. Bu yararlar aşağıda sıralanmaktadır;

- Solunum ve kardiyak komplikasyonların oluşması önlenmekte,
- Tromboemboli riskini azaltmakta,
- Kişinin özgüveni artmakta,
- Mekanik ventilasyondan ayrılma süresi azalmakta,
- Hayat kalitesi artmakta,
- İşlevsel kapasitesi arttırılmakta,
- Hastanede kalma süresini azaltmakta,
- Bağırsakların ve midenin eski çalışma düzene geçişi daha hızlı olmakta,
- Yoğun bakımda kalma süresi azalmakta,
- Mortalite ve morbidite riski azalmaktadır (64,65).

Ciddi hastalara uygulanan erken mobilizasyon müdahaleleri, hastaların bedensel işlevlerini, ruhsal durumlarını ve yaşam kalitelerini geliştirirken, yatak istirahati/dinlenmesine yönelik morbiditeyi önlemede uygulanmaktadır. Hastaların erken dönemde mobilize edilmesi, mekanik ventilasyon sürelerini, delirium ve hastanede kalma sürelerini azaltmasından dolayı sağlık hizmetinin maliyetini düşürülmesiyle ilişkilendirilmektedir (66). Hastaları ayağa kaldırmak için kullanılan aletler ve yürüteçlerin teknolojik gelişmeler sonucunda fizyoterapist ve hemşirelerin mobilizasyon uygulamalarını geliştirmektedirler. Erken mobilizasyon temel olarak aktif ve pasif şeklinde sınıflandırılmaktadır. Aktif mobilizasyonda, verilen yönergeleri yardımcı ya da yardımsız şekilde uygulayabilen hastalara kullanılmaktadır. Erken mobilizasyon hastaların tıbbi stabiliteyi yapıldıktan sonra ve hasta eğitimleri verildikten sonrasında aşamalı şekilde gerçekleştirilmektedir.

Mobilizasyon süreci içinde öncelikle hastanın bir süre yatak içerisinde ardından yatak kenarından bacaklarını aşağıya indirilerek oturtulmalıdır. Bu sırada hastaların yaşam bulgularının kontrol altında tutulması gerekmektedir. Hastaların dengelerinin sağlanması için oturmaya teşvik edilmesi gerekmektedir. Vital bulguların takibiyle hasta ayağa kaldırılmalıdır (67). Yer çekimine karşın bacakların ve gövdenin gücünden dolayı, hastaların ayakta kalabilmesi için gerekli olan yardım ve destek sağlanmalıdır. İlk aşamada hasta yalnızca kısa süreli ayakta durabilse bile güvenli olarak ayakta durana kadar denemelere ara verilmeden devam edilmesi gerekmektedir. Ardından hasta, yatak yanında bulunan sandalyeye oturtulmalı ve yaşam bulguları devamlı değerlendirilmelidir. Hasta kendisini iyi hissediyor ise birkaç adım atabilmesi için desteklenmelidir. Bu mesafeyle hastaların bağımsız etkinlikleri aşamalı şekilde artırılmalıdır. Pasif mobilizasyon, hemşirelerle iş birliği yapmayan hastalara yönelik uygulanabilen hareketler olarak açıklanmaktadır. Pasif mobilizasyonun supine pozisyonda sol veya sağ lateral ya da fowler ve prone pozisyonlara geçilmesi şeklinde olmaktadır (68).

Cerrahi müdahale sonrasında erken mobilizasyona engel oluşturan durumlarla da karşılaşmaktadır. Bu engellerin hastalardan, yoğun bakım ekiplerinden ve organizasyondan kaynaklı problem şeklinde üç bölümde incelenmektedir. Hastalardan kaynaklanan sorunların; delirium-ajitasyon, biyolojik dengesizlik, ruhsal durum, hastalık reddi, anestezi, kaygı, düşük Glasgow Koma Skalası ve ağrıyı içermektedir. Yoğun bakım ekiplerinden kaynaklanan sorunlar; takım üyelerinin arasında işbirliklerin olmaması, kültür, planlama, iletişim, liderlik eksiklikleri ve deneyimsiz personel olmaktadır.

Organizasyondan kaynaklı sorunları ise; personel, ekipman ve fon eksiklikleri ve zaman kısıtlamaları gibi sebeplerden ötürü hastaların uygun mobilizasyonların olmaması veya komplikasyon gelişme varsayımlarının artmasıdır (69).

Bartolo ve arkadaşlarının 103 hastasında beyin hasarı olan aktif ve pasif erken mobilizasyon uygulamasının hastalarda fonksiyonel ve klinik iyileşmelerin olduğu görülmüştür (69). Yapılan bir araştırmada 108 açık elektif abdominal onkoloji ameliyatı olan hastaların randomize kontrolleri neticesinde denetimli egzersiz sağlanan erken postoperatif mobilizasyon programının uygun ve güvenli olduğu ve fonksiyonel kapasiteyi arttırdığı görülmektedir (70).

2.4.3. Erken Mobilizasyonun Cerrahideki Zamanlaması

Yapılan araştırmalarda bu konuya ilişkin olarak net bir zaman tespitinin henüz yapılmadığı görülse de “*fast track*” cerrahi kapsamında radikal cerrahi olan yoğun bakım hastalarının bile birkaç vital bulgularının stabil olması kaydı ile hastaların ilk yirmi dört saat içinde mobilizelerin yapılmasının önerildiği görülmektedir (71 ,72). Diğer taraftan ameliyat sonrasında 6 ya da 8 saat aralıkta yatağın kenarında birkaç adım atmaları şeklinde uygulanan mobilizasyon erken mobilizasyon şeklinde belirtilmektedir. Buradan yola çıkarak, mümkün olan en erken dönemde hastaların mobilizasyonlarının sağlanması ve gerektiği zamanda da istirahatte bulunulması en uygun yaklaşımdır. Sonuç olarak ameliyat sonrasında erken mobilizasyonları desteklenen hastaların daha minimum sorunlarının geliştiği görülmüştür. Cerrahi sonrasında işlev kaybının ve bir başka sekonder morbiditenin önlenmesi için erken mobilizasyon önemli görülmektedir. Bu nedenle ameliyat sonrasında hastalar erken zamanda ayağa kaldırılmalarının oldukça fazla önem taşımaktadır.

Ameliyat sonrasında erken mobilizasyon yalnızca multidisiplinli ekip yaklaşımı ile mümkün olmaktadır. Erken mobilizasyonun işlevsel bağımsızlığı ve yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir (73 ,74).

2.4.4. Erken Mobilizasyonda Hemşirenin Rolü

Cerrahi girişimler sonrasında mobilizasyon kararları genellikle hekim orderi ile uygulanmakta olup ERAS protokolünde erken mobilizasyonun multidisipliner ekip

tarafından uygulanması gerektiği söylenmektedir. Yapılan ameliyat sonrasında uygulanan mobilizasyonların hemşirelerin etkinlikleri üzerine incelemeler yapıldığında; yeterli sayıda kanıtın olmadığı görülmektedir (62, 75, 76, 77, 78). Araştırmalarda erken mobilizasyonların ameliyat sonrasındaki zamanda sürekli olarak dikkat edilemeyen hemşire bakımlarının olduğu görülmektedir. Hemşire bakımlarındaki bu aksamalara (hastaların işlevsel kapasiteleri ve GYA katılımlarındaki azalmalar gibi) yol açtığı hastalardaki bağımlılık seviyelerinde artmaları yönünden hemşirelerin iş yüklerinde artış görülebilmektedir. Bundan dolayı hemşirelerin erken mobilizasyona engel sağlayacak etmenleri yakından incelemeleri gerekmektedir (79).

Erken mobilizasyonu olumsuz şekilde etkilenmesinin en önemli nedenleri arasında ortostatik hipotansiyon, şiddetli ağrı, bulantı ve kusma, katater ve dren gösterilmektedir. Hemşire, ameliyat öncesinde ve sonrasında olağan ağrıların değerlendirilmesini ve yönetimlerini yapmaktadır. Olağan bir ağrının değerlendirilmesi yapılarak yalnızca hekimlerin order ettikleri farmakolojik tedavisini uygulamak ile yetinmediği non/farmakolojik ağrıların tedavi metodlarını da bağımsız rolünü kullanarak uygulanması gerekmektedir (79, 80). Hastalarda ağrı şiddetinin azalması ve ağrı yönetiminin sağlanabilmesi bulantı-kusma gibi bir başka ameliyat sonrasındaki problemlerin önüne geçmektedir. Benzer dönemde hemşirelerin cerrahi drenlerindeki değerlendirmelerin yapılması, bakımların uygulanması ve en minimum zamanda drenin çıkarılmasında aktif rol oynaması gerekmektedir. Erken mobilizasyonlara engel etkenler hemşireler tarafından optimize edilip güvenli ve uygun çevrenin sağlanması sonrasında hastalar desteklenip mobilizasyon basamağına geçilmesi gerekmektedir. Mobilizasyonun öncesinde hastaların hemodinamisinin değerlendirmesi yapıldıktan sonra uygun ise hastalar aşamalı şekilde hemşireler tarafından mobilizasyonun yapılması ve mobilizasyonun öncesinde ve sonrasında hastaların yaşam bulgularının ölçülüp kaydedilmesi gerekmektedir (49, 81).

2.5. Konfor Kavramı

Bir kavram şeklinde konforun kökeninin Fransızca (confort) dayandığı ve buradan da Türkçe'ye geçmesi ile olan bir kelime olduğu görülmektedir (82). Türk Dil Kurumunun sözlüğüne bakıldığında; günlük yaşamı kolaylaştıran rahatlık şeklinde tanımlanan kelimenin Türkçe eş anlamlısı rahatlık olduğu söylenmektedir (83). Fakat konfor kavramını hemşirelik bakımındaki sözlük anlamında aynı olduğu; fakat disipline özgü bazı

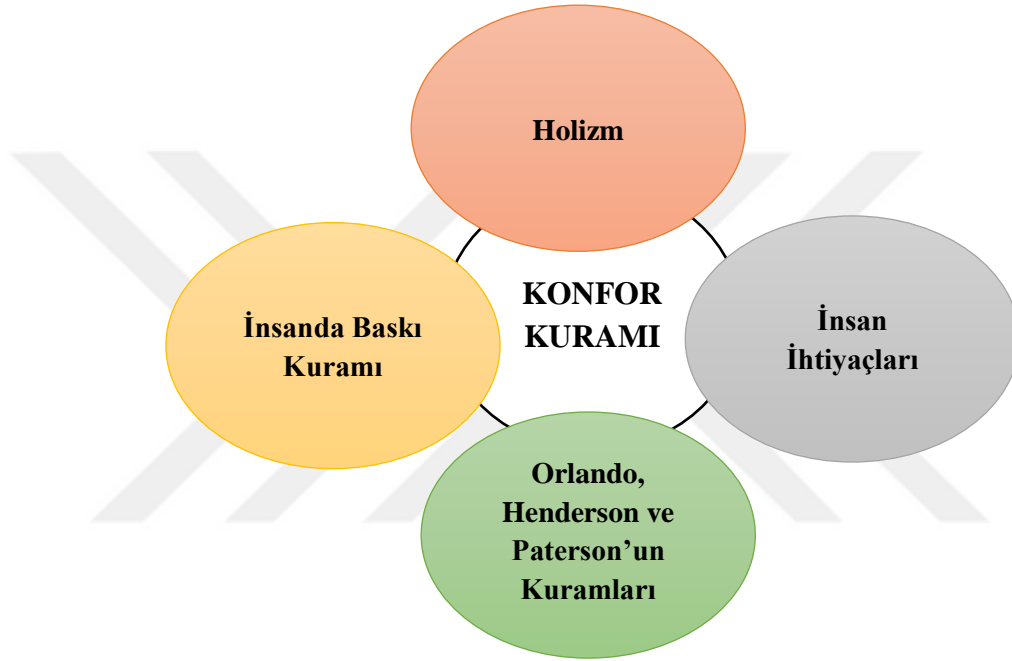
anlamının da olduğu gör÷lmektedir. Çünkü hemşirelik bakımı konforu, günlük yaşamı kolaylaştırabilen bir rahatlık ortaya çıkarmanın öncesinde hastaların sağlıklı hallerine geri döndürmeye yardımcı olması amacı ile yapılan bakım hizmetleriyle bütünlük taşıyan bir kavram olarak gör÷lmektedir. Dolayısı ile hemşirelik bakımındaki konforun, hemşireler tarafından yapılan istenen, hasta-aile merkezli ve kaliteli bir bakımın sonucu şeklinde tanımlanmaktadır (84). Konfor kavramını ayrıntılı incelenen bir kuramı olan konfor kuramındaki konfor, kuramı geliştiren Kolcaba tarafından, kişinin ihtiyaçlarıyla alakalı yardım, huzurun sağlanması ve sorunların üstünden gelmeye bağlantılı bedensel, psikospiritüel, çevre ve sosyal bütünlük içinde karmaşık yapılara sahip beklenen bir sonuç şeklinde ifade edilmektedir.

Konfor, hemşirelik bakımı için oldukça önemli olan bir kavram olmaktadır. Zira, toplumun sağlığının ve yeteneklerinin korunabilmesi, iyileştirilebilmesi ve bunlar için ifade edilen süreçlerin uygulanabilmesi için yapılan etkinlikler şeklinde tanımlandırılan hemşireliğin hastanın sağlığına kavuşabilmesi süreci içinde çok önemli bir meslek olduğu gör÷lmektedir (85). Bu sebeple hemşirelerin, hastanın sağlığına kavuşabilmesi süreci içindeki bu önemli görevleri yönünde kişilerin sağlığına kavuşabilmesi süreci içindeki dinamik kuvvet şeklinde belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerin ayrılmaz bir parçası olan hemşirelik mesleğinin temelindeyse hastaların konforunun sağlanması ve bakım hizmetleri bulunmaktadır. Bu durumu Watson Bakım Kuramı'nda, hem hastaların iyileşebilmelerine hem de hemşirelerin kendilerini gerçekleştirmelerine yardımcı olan süreç şeklinde tanımladıktan sonra hemşirelik ana ve ahlaki bir ölkü ve manevi bir ideal şeklinde gör÷lmektedir. Bu neden ile hemşirelik bakımının kişinin ihtiyaç hissettiği konfor ihtiyaçlarının karşılanabilmesine odaklandığı ve hemşirelerin, hastalara, konforu etkileyen faktörleri ortadan kaldırmaya çalışıp, hastanın kuvvet kazanabilmesine, yenilenebilmesine yardım sağlamaktadır (86, 87, 88).

2.5.1. Konfor Kuramının Temelleri ve Gelişimi

Konfor kuramının, Katherine Kolcaba tarafından konfor kavramın üzerine yapılan uzun vadeli araştırmalar neticesinde geliştirilen bir kuram olduğu gör÷lmektedir (89). Tarihsel temellerinin Watson'un Bakım Kuramı ve Nightingale araştırmalarına dayandığı kuramın temellerini 1980 yıllarına dayanmaktadır. Kolcaba 1980 yılında yapmış olduğu araştırmalarda konfor kavramını 4 ana felsefi bakış açısıyla incelediği ve Konfor

Kuramı'nı kuramsal temellerini oluşturduğu görülmüştür. Kuramın temellerinin oluşumunu sağlayan bu 4 ana felsefi bakış açılarını holizm (bütüncülük) tümünün kendini oluşturabilen parçalar toplamının daha çok olduğu öne sürülen felsefi düşünce şeklinde söylenmektedir. İnsan ihtiyaçları, kişilerin karşılamaya çalıştıkları veya karşılayamadıkları temel insan ihtiyaçları şeklinde ifade edilmektedir. Murray İnsanda Baskı Kuramı ve Orlando, Henderson ve Peterson tarafından geliştirilen üç orta seviye (Middle Range) kuramı olarak söylenmektedir (Şekil 2.5) (89, 90).



Şekil 2.5. Konfor Kuramının Felsefik Temelleri (90)

Kolcaba Konfor Kuramındaki holizm, kişinin bedensel, bilişsel, psikolojik ve duygusal hayatlarının bir bütün olduğu ve kişinin hayatını sürdürmesi için bunların eş güdümlü şeklinde algıladıklarını içermektedir. Bu sebep ile kişinin bütün bu özellikleriyle beraber ele alınması ve konfor sağlama sürecinin buna yönelik yürütülmesi gerekmektedir. Zira, kişiler etrafında bulunan karmaşık uyarana bir bütün şeklinde cevap verdikleri görülmektedir. Kuramın felsefik altyapısındaki bir başkası olan insan ihtiyaçlarıysa, kişinin hayatını sürdürebilmesi için gereksinim duyduğu ve hastalık sonrasında geri kazanmayı istediği her çeşit gereksinim şeklinde söylenmektedir. Bunlardan birtakımlarının işlevsel sağlığın beraberinde, sosyal destek almak, anlaşılma, ekonomik güvence ve barınma gibi ihtiyaç olarak bilinmektedir. Bunun tamamının bütüncül şöyle ki holistik bir bakış açısıyla karşılanmaktadır (90). Kuramın 3. felsefik altyapısının olduğu insanda baskı kuramıysa bir

psikolog olan Murray ve arkadaşlarının geliştirdiği görülmektedir. Bu kurama yönelik kişiler üstünde baskı kuran farklı kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı kuvvetlerin (alfa baskı) bulunduğu ve bunların toplam etkisinin kişiler tarafından bir bütün şeklinde algılanabilmektedir (beta baskı). Konfor kuramında buradan hareket ile sağlık bakımı ihtiyaçları ve hemşirelik bakımının alfa baskısı şeklinde tanımlandığı, bunun hastalar tarafından algılanmasıyla beta baskısı şeklinde olduğu görülmektedir. Dolayısı ile konfor algısının bunlar sonucunda meydana çıktığı ve sağlık yönelimi şeklinde tanımlanan bir süreç içinde hastaları olumlu şekilde etkilemektedir (91).

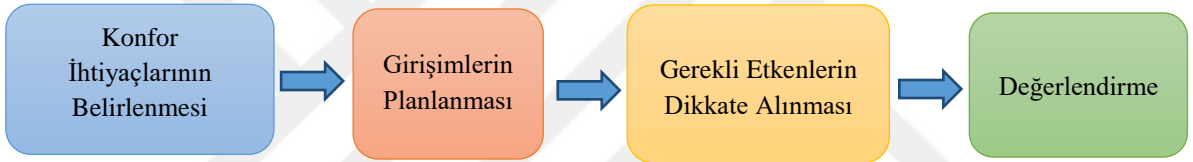
Son olarak da konfor kuramının felsefik temelleri içerisinde dördüncü olan Orlando, Henderson ve Paterson tarafından geliştirilen üç orta seviye kuramında Orlando etkileşim kuramındaki kişi, ihtiyaçları karşılanmadığı takdirde sıkıntı çeken bir kişi şeklinde tanımlanmaktadır. Hemşirenin bu sıkıntıların giderilmesi yönünde becerisi olan kişi olarak görülmektedir. Bu neden ile konfor kuramının ferahlama seviyesi buradan alınmaktadır. Henderson ise kişinin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için keşfetme ve öğrenme, solunum, eğlence, uyku ve dinlenme, ibadet etme ve iletişim kurmaya yönelik 14 çeşit biyolojik ve ruhsal gereksinimin karşılanabilmesi gerektiğini savunmaktadır. Konfor kuramında rahatlama seviyesi ise buradaki gereksinimlerin hoşnutluk, sakinlik ve huzurla karşılanmasındaki gerekliliklere bağlanıp meydana çıkmaktadır. Paterson kuramındaysa konforu; özgürlük, büyüme ve sağlık gibi kavramların altında bulunan bir kavram şeklinde kabul edildiği görülmektedir. Dolayısı ile hastaların karşılaştıkları sorunların üstesinden gelebilmeleri için bu gereksinimleri karşılanması gerekmektedir (92).

Kolcaba felsefi temellerini oluşturduğu sonraki zamanlarda yaptığı araştırmalarda ise hemşirelerin hem hasta bakımlarında hem de kendisinin çalışma ortamlarını geliştirmede konfor kuramını kullanacağına inanıp konforun kavramsal araştırmalarını yapmaktadır. Bu araştırmalarda konforu sağlama girişimleriyle gerçekleştiren hasta bakımlarını hem hastaların hem de hemşirelerin memnuniyetlerini arttıracaklarını belirtmektedir. Zira Kolcaba, konforu karşılanmayan hastaların eksiklik hissettikleri ve bu eksikliğin gerekli olan ihtiyaçlarının karşılanmasıyla ortadan kalktığı görülmektedir. Neticede, 1988 yıllarında konfor kuramını üç seviye (ferahlama, rahatlama, üstünlük) ve dört kapsamı (fiziksel, çevresel, sosyokültürel ve psikospiritüel) oluşturan taksonomik yapılarını oluşturmaktadır (92, 93).

2003 yılındaysa Kolcaba'nın yürüttüğü araştırmalarından daha sonra konfor kuramını geliştirip "*Konfor kuramı ve uygulama, bütüncül sağlık bakımının ve çalışma için*

bir görüş” isimli kitabını yayınlamaktadır. Bu araştırmayla beraber konfor kuramının kuramsal ve kavramsal temellerini tamamlamış olmaktadır. Kolcaba’nın konfor teorisinin özetle dört basamaktan oluşan süreçleri içerdiği görülmektedir. Bu süreçlere sırası ile bakıldığında;

1. Hastaların konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi.
2. İhtiyaçların karşılanabilmesi için gerekli olan girişimlerin planlanması.
3. Girişimlerin başarı ile sonuçlanabilmesi için gerekli olan unsurların göz önüne alınması.
4. Girişimlerin değerlendirilmesi şeklinde olmaktadır. İzlenen bu süreç neticesinde konforun artış göstereceği ve sağlığın güçlenmesine yönelik olarak davranışların daha çok güçleneceği hedeflenmektedir (Şekil 2.6) (93).

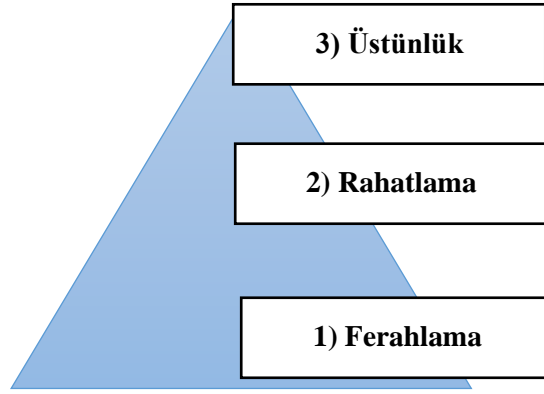


Şekil 2.6. Konfor Kuramın Mekanizma Süreci (93)

2.5.2. Konfor Kuramının Düzeyleri ve Boyutları

Kolcaba’nın kendi zamanına yönelik hemşirelik araştırmasını ayrıntılı olarak analiz ettiği ve dört ana felsefik temele bağlı şekilde kuramının temellendirme sonucunda konfor kuramının üç seviye ve dört kapsamdan oluştuğunu söylemektedir. Oluşumu yapılan bu üç seviye hastaların kişisel konfor gereksinimlerinin karşılanması büyüklüğüne yönelik şekilde oluşturulmaktadır. Bir başka ifadeyle konfora yönelik ihtiyaç duyduklarının karşılanması seviyesi konfor kuramının üç seviyesini ortaya çıkarmaktadır. Bu seviyelere sırası ile bakıldığında;

1. Ferahlama
2. Rahatlama
3. Üstünlük şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Şekil 2.7) (93).



Şekil 2.7. Konfor Kuramının Düzeyleri (93)

- **Ferahlama Düzeyi**

Konfor kuramının ilk aşamasını oluşturan ve kişinin konforu için gerekli olan gereksinimlerinin karşılanmasının başlanması sonucu sıkıntılardan kurtulmasıyla hissettikleri durumlar belirtilmektedir. Bu seviye, Orlando kuramındaki gereksinimleri karşılanan hastaların yaşadıkları duygulara karşılık olarak gelmektedir. Benzer şekilde Henderson'un kuramındaki hastaların on dört ana biyolojik gereksinimden bir ya da birkaçının karşılanmasıyla sezilen bir durum olarak görülmektedir. Ferahlama seviyesi hastaların eski görevlerine dönebilmesi, tedavilerinin devam etmesi ya da huzurlu bir ölümün gerçekleşmesi açısından önemli bir basamak olmaktadır (93, 94).

- **Rahatlama Düzeyi**

Konfor kuramının ikinci aşamasını oluşturan ve kişinin sıkıntılardan kurtulduğu, sonrasında huzur veya rahatlık ve sakinlik içerisinde olma durumu şeklinde belirtilmektedir. Bu basamakta hastaların sıkıntılarında kurtulmalarının bir adım ilerisinde rahatlama ve memnuniyetlerden söz ettiği ya da memnuniyetlerini belirtme durumuna gelmektedir. Rahatlama seviyesi, bedensel ve bilişsel deneyimlerle çevresel biçimlerden etkilendiği ve hastaların iyileşmelerine önemli katkı sağlamaktadır. Dolayısı ile etkili bir performans için gerekli bir durum olmaktadır (93, 94).

- **Üstünlük Düzeyi**

Kişinin sorunlarının üstesinden gelmesi yani kendine ait problemleri ve şikayetleriyle baş edebilmesi durumu şeklinde belirtilmektedir. Üçüncü basamak olan bu seviyede hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasıyla birlikte ferahladıkları ve rahatladıkları bu üstünlük seviyesine ulaşıp performanslarını meydana çıkardığı ve problemleriyle baş etme

gücünü kazanmaktadır. Bir de Kolbaca konfor kuramını taksomik şekilde dört boyutta ele almaktadır. Bu boyutlar holistik felsefedeki bütüncül tutumlarına yönelik temellendirmektedir. Aşağıda sırası ile boyutlara bakıldığında;

1. Fiziksel konfor,
2. Psikospiritüel konfor,
3. Sosyo-kültürel konfor
4. Çevresel konfor şeklinde görülmektedir (Şekil 2.8) (94).



Şekil 2.8 Konfor Kuramının Boyutları (94)

- **Fiziksel Konfor Boyutu**

Hastaların fiziksel konforlarının karşılanabilmesi için fizyolojik olarak konfor durumlarının da elverişli olması gerekmektedir. Dolayısı ile kişinin hastalıklarına karşı cevaplarından oluşan fiziksel konforun hastaların fiziksel duyularıyla alakalı olduğu ve ilk olarak ağrı durumlarına yönelik sıvı elektrolit dengeleri, kan kimyasalları, oksijenlenme durumları, gevşeme ve dinlemeleri, mide ve bağırsak işlevleri, homeostatik mekanizmaları, beslenme ve hidrasyon gibi biyolojik şekillerini içerisine almaktadır. Kolcaba, bunlardan herhangi birinde engelin olması kişiye ağrı oluşturacağından ötürü hastaların konforları etkilenecektir. Bu sebep ile Kolcaba hastaların konfor ihtiyaçlarının karşılanması gereken ilk konunun ağrı olduğunu söylemektedir. Ardından bir başka biyolojik durumlarının tedavi yoluna gidilmesi gerektiğini belirtmektedir (95).

- **Psikospiritüel Konfor Boyutu**

Hastaların bilişsel, duygusal ve psikolojik şekilde konfor durumlarının olmaları olarak belirtilmektedir. Bundan ötürü kişinin psikospiritüel duyularıyla alakalı olan bu

boyutun biliş ve manevi oluşumlardan oluştuğu ve kendinin farkında olması, değer görmesi, kendisine güveni, benlik algısı, cinsellik ve öz saygı gibi duyguları içerisine almaktadır. Kolcaba psikospiritüel konforun sağlanabilmesi için masaj yapma, ağız bakımı verme ve dokunma gibi hastaları rahatlatıcı girişimlerle bilgilendirilmesi, sorularının yanıtlandırılması, aileleriyle birlikte olması ve özel ziyaretçilere izin verilmesi, ziyareti kolaylaştırılması ve iletişim kurmasının sağlanması şeklinde uygulamaların yapılması gerekmektedir. Bir de özellikle cerrahi girişimleri uygulanan hastada kaygı psikospiritüel konforun azalması en önemli etken olarak görülmektedir. Bu sebeple kaygının azalması için araştırmalar yürütülmesi gerekmektedir. Bununla beraber hastada görülen anksiyete yani korku, stres ve kafa karışıklığı gibi unsurlar azaltılmalı ya da tam anlamı ile ortadan kaldırılmasına yönelik çabalar gösterilmesi gerekmektedir (96, 97).

- **Çevresel Konfor Boyutu**

Hastaların etrafındaki çevresinin yani dış etmenlerin etkilerini belirtmektedir. Bundan ötürü çevresel konforun boyutu hastaların çevresinde bulunan ve onların bedensel ve bilişsel fonksiyonlarını ve dolayısı ile iyileşme süreçlerini etkileyen çevresindeki eşyalar, aydınlık, koku, sıcaklık, pencereden görünen manzara, ses ve güvenlik gibi etmenlerin bütününe içerisine almaktadır. Kolcaba hastaların konforunu sağlamak için konfor unsurlarını kontrol altına alındığı ve rahatlatıcı bir pozisyona dönüştürmede oldukça fazla önem taşımaktadır. Çevresel konforun kilit anahtar boyutu şeklinde tanımlandığı ve tıbbi hatalar, hastane enfeksiyonları, hastaların mahremiyetlerine saygının gösterilmemesi gibi etmenler de çevresel konforun azalmasına neden olmaktadır (98).

- **Sosyo-Kültürel Konfor Boyutu**

Hastaların aileleri, diğer sosyal kurumlar ile etkileşimleri ve kişiler arası bağlantılarını belirtmektedir. Bundan ötürü sosyo kültürel konforun hastaların aileleri ile bağları, manevi hayatı, örf ve adetleri, alışkanlıkları ve gelenekleri gibi sosyal kültürel biçimlerini içerisine almaktadır. Kolcaba bakım hizmetleri hastaların yaşam biçimleri, gelenekleri, aileleri ile olan bağları ve giyim tarzları özelliklerine duyarlı bir şekilde sunulmaktadır. Fakat, bunlara hassas olan bakım hizmetlerinin sağlanmasıyla hastaların sosyo kültürel konforuna ulaşmaları sağlanacaktır. Aksine kültürel biçimlerin ve geleneklerin önemsenilmemesi ve uygulanmamasına yönelik uygulamaların ilk olarak sosyo kültürel konforunu genel anlamda olumsuz yönde etkilemektedir. Bir de kişinin sosyal destek yöntemlerinin yetersizlikleri, bakım giderlerinin karşılanmaması durumu gibi etmenler de konforu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple hastaların konforunu

arttırmak için sosyo kültürel boyutların da göz önüne alınması gerekmektedir (99, 100). Buna yönelik olarak konfor kuramının taksomik yapısı Şekil 2.9'da gösterilmektedir.

Konfor	Düzeyleleri		
Boyutları	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Psikospritüel			
Çevresel			
Sosyokültürel			

Şekil 2.9. Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı (100)

2.5.3. Hasta Konforu ve Etkileyen Etmenler

Konforun temeli insan ihtiyaçlarından biri olduğu ve genellikle sağlık bakımına ihtiyaç görüldüğü süre dikkate alınarak yapılması gerekmektedir. Hastanede yatan hastaların konforu hem fiziksel hemde duygusal anlamda hastane deneyimi için oldukça önemli olmaktadır. Konfor veya rahatlığın insanoğlunun doğduğu andan başlayarak aranan bir durum ve ulaşılması istenilen bir hedef olduğu görülmektedir. Bir bebeğin kucağa alınması ile sakinleştiği, yaralanan bir çocuk okşanıldığında ağlamasının durduğu, yaşlı bir kişinin yanında oturup dokunsal temasın uygulanması sonucunda rahatlama göstermesi konforun özellikleri arasında görülebilmektedir (101). Günümüz koşullarında konfor kavramını hemşire bakım kalitesinin bir parçası olduğu; rahat, huzurlu ölüm, hastaların hızlı iyileştiği, hastaların stresiyle baş edebildikleri ve kendilerini rehabilite edebildikleri görülmektedir. Olumsuz şartların pek çoğu rahatsızlık şeklinde adlandırıldığı ve özellikle rahatsızlık sebebi ve sonucun olmasıyla birlikte bulunmaktadır. Konforun rahatlığa karşın rahatsızlık sebeplerinin ortadan kalkması veya etkisini azaltmak ile elde edilebilmektedir. Hemşireler rahatsızlıkların kaynağının genellikle hastalardan etkilenmeden öncesinde tanımladığı ve bu kaynaktan uzaklaştırmaya yönelik girişimlerde bulunmaktadırlar. Hemşireler hasta bakımlarında konfor düzeylerini belirleyip verdikleri hizmetlerin kalitelerini ölçer ve hastaların bakımında beklenen sonuçları değerlendirir, benzer sürede

bakımları konusunda yazılı kayıt oluşturmaktadır. Cerrahi girişimlerin hayatı güven altına alan uygulama olmak ile birlikte hastalar için fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel açıdan travma oluşturmaktadır. Hastaların cerrahi girişim süreci içinde pek çok fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel sorun ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Tüm bu sorunların hastaların konforlarının bozulmasında önemli bir faktör olmaktadır (102). Hasta konforunun etkilenmesine sebep olan faktörler aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

- **Hasta Konforunu Etkileyen Fiziksel Etmenler**

Hastaların konforunu etkileyen fiziksel faktörler arasında; homeostatik dengenin bozulması, susuzluk hissinin olması, ağrı, endotrakeal aspirasyon, uykusuzluk yaşanması, yetersiz beslenme veya beslenme şeklinin değişmesi ve mekanik ventilasyon uygulamalarına yönelik şekilde hastaların konforunu olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Bunun yanında ağrının olması da hastaların fiziksel konforunun bozulmasında oldukça önemli bir unsur olmaktadır. Kontrol altına alınamayan ağrılar; serebrovasküler otoregülasyonda azalma, immünosupresyon, katabolizma sürecinin uzaması, taşikardi, intrakranial basıncında artma, miyokardın oksijen ihtiyacına artışın olduğu ve diyafram ve göğüs hareketinin azalmasına bağlı solunum sistemiyle alakalı komplikasyonun gelişmesinin mekanik ventilasyona bağlı kalmasının ve yoğun bakım sürecinin uzamasına sebep olmaktadır. Bu durum morbitie ve mortalite riskin artması ve uygun olan sürecin bozulması, delirium gelişmesini kolaylaştırdığı, ruhsal şekilde stres bozukluğuna, anksiyeteye, post travmaya ve depresyona neden olabilmektedir (103).

Fiziksel boyutta hastaların konforunu etkileyen faktörler arasında bir diğeri uyku eksikliği olduğu görülmektedir. Uykunun kişiyi sorumluluk ve stresten uzaklaştırıp rahatlattığı, fiziksel ve psikolojik yönden tekrar enerji toplamasını yardımcı olan sağlık ve iyileşme için zorunlu bir süreç olmaktadır. Uyku eksikliğinin immün sisteminin etkilenmesiyle iyileşmelerde gecikme, doku yenilenmesinde bozulma ve infeksiyon direncinde azalmalar görülmektedir. Nörolojik sistemin etkilenmesiyle nörokognitif disfonksiyon, ajitasyon, ağrı toleransında azalma, ajitasyon, depresyon, delirium ve post travmatik sendrom meydana çıkmaktadır. Kardiyovasküler sistemin etkilenmesiyle ölüm, aritmi, kalp yetmezliğinde kötüleşme geceleri kan basıncında yükselme gelişmektedir. Solunum sisteminin etkilenmesiyle ise apne, hipoapne, üst hava yollu kaslarında zayıflama ve ventilatörden ayrılmanın gecikmesi olarak görülmektedir (104).

Fiziksel boyutta hastaların konforunu etkileyen faktörler arasında bir diğeri beslenme yer almaktadır. Zamanında ve yeterli besin destekleri hastalıkların tedavileri için temel olduğu ve yoğun bakımda kalma zamanını azaltmaktadır. Yoğun bakım hastalarının bir çoğu mekanik ventilasyon, bilinç seviyesinde azalma veya sedasyon sebebiyle oral beslenemedikleri görülmektedir. Bu hasta için enteral beslenme tüpü tercih edilmektedir. Erken başlayan enteral beslenmelerin hastanede kalma zamanını kısalttığı ve maliyeti düşürdüğü görülmektedir. Enteral tüp ile beslenme orofanjeal veya gastrik içeriklerin aspirasyonu, gastro ösefajial reflü riskini arttırmaya yönelik komplikasyonlara sebep olmaktadır. Bir de ağız bakımının yoğun bakım hastaların iyilikleri ve sağlıklarının devam etmesi yönünde de oldukça önemli görülmektedir (105).

Fiziksel boyutta hastaların konforunu etkileyen faktörler arasında bir diğeri ise mekanik ventilasyon ve endotrakeal tüp olduğu görülmektedir. Mekanik ventilasyon deneyimi olan hastaların çoğunluğunda konuşamama, yeterli açıklamanın yapılmaması, trakeal aspirasyonu, susuzluk ve bağımlılıktan ötürü sıkıntılar çektiklerini söylemektedir. Mekanik ventilasyonu, hastanın kontrol hissiyatını azaltan önemli bir stres faktörü olmaktadır. Endotrekeal tüpün uygulamasında, sedasyon ihtiyacının artması, katekolamin deşarj, ajitasyon ve kırıdamaya yönelik endotrakeal tüp sponte veya hastaların müdahalelerine yönelik şekilde çıkmasıyla kardiyak arrest, acı ve ağrı gibi komplikasyonlar ve ölümler gelişebilmektedir. Endotrakeal tüp, mantar enfeksiyonu, oral irritasyonu, trakeal veya farenjial travmaları, ülserasyonu, tükürük bezlerinde artışı, akciğer enfeksiyonu, ventilator ile alakalı pnömöni riskinde artışa sebep olmaktadır (106). Susuzluk hissinin mekanik ventilasyona yönelik yoğun bakım hastalarının devamlı olarak deneyimledikleri, arada taburcu olduktan sonrasında da ruhsal etkilerin sürüp giden konforunda bozulma sebebi olarak görülmektedir. Hemşirelerin sorunun ne olduğunu anlamaması veya çözüm bulamaması susuzluğun stresli olarak yoğun bakım anısı şeklinde kalmalarına sebep olabilmektedir. Susuzluk hislerine katkı sağlayan faktörlerin anksiyete, dehidratasyon, farklı ilaç kullanımı, mekanik ventilasyon, elektrolit bozukluğu ve korku şeklinde ortaya çıkabilmektedir (107).

- **Hasta Konforunu Etkileyen Psikospiritüel Etmenler**

Hastalıkların veya uygulanan girişimlere yönelik şekilde hastaların bedensel imajının bozulması, benlik saygınlıklarının azalması, riskli sağlık durumları, girişimlere ve ortama yönelik hastaların anksiyete ve korku hissetmeleri, tüketilen ilaçlar ve bedensel ortam nedeni ile hastaların düşüncelerinin bozulması, maneviyat ihtiyacının

karşılanmaması ve mahremiyet alanının bozulması neticesinde hastaların konforu olumsuz yönde etkilemektedir. Psikospiritüel boyutun hastanın konforunu etkileyen bir başka faktörün hastaların kendilerini güvende hissetmeleri olarak görülmektedir. Hastanede yatan hastaların hemşirelerin varlıkları, hemşirelerin işlerinde uzman oldukları inancı hastada kendilerini güvende hissetmelerini sağlamaktadır (106, 107, 108). Hemşirelik bakımının teknik bakım ile uyumlu olması hastalarda kaliteli bakımının olduğunu göstermektedir. Yapılan bir araştırmada hemşirelerin hem bilginin hem de emosyonel desteğini sağladığı bildirilirken, doktorun primer bilgi kaynağı olarak algılandığı görülmektedir. Hastaların, devamlı olarak yer değişikliğinin olması, gürültülü ve hareketli ortamda bulunması, rüya ve kabus görülmesi, bulunan ortamda pencerenin olmaması, invazif girişimleri, uykusuzluk, yetersiz veya fazla uyarının olması, iletişim bozukluğu, düşünce süreci içinde deliryuma ve bozulmalara sebep olmaktadır (108). Anksiyete, hastada yoğun bakım süreciyle ilgili hatırladığı olumsuz bir deneyim olarak görülmektedir. Çevreden kaynaklanan kokuların olması, personelden kaynaklanan iletişimin kötü olması, hastaların yanlarındaki personelin sürekli kendi aralarında konuşması, her çeşit konu ve girişimle ilgili bilgilendirme yapılmaması, uykuların bölünmesi, beden imajının bozulması, güven kaybının olması, ilişkilerinde değişikliklerin olması, amaçlarının tehlikeye düşmesi, çalışma performansında değişme, kontrolünü kaybetme duygusu, maddi kayıp ve diğer kişilere bağımlı olma durumu anksiyete neden olmaktadır (109).

- **Hasta Konforunu Etkileyen Çevresel Etmenler**

Hasta konforunu etkileyen çevresel boyuttaki ortamda bulunan ısı, gürültü, aydınlatma, alarm seslerinin olması ve hastaların yataklarında rahat olmaması konforlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Gürültü eğiliminin olması, sorunların ve bunalımların ağırlaşması, çabuk sinirlenmeye ve kızgınlıklara yol açmaktadır. Ani ve aralıklı gürültünün bireyde kalp ritiminde, solunum miktarında ve kan basıncında artmaya neden olmaktadır. Dikkat dağınıklığı yaşanması uyku durumunun bozulmasına sebep olmaktadır. Yoğun bakımda yatan hastaların en fazla yakındıkları gürültünün kaynağını personellerin konuşması ve gülmesi, tıbbi araç gereçlerden çıkan seslerin olduğunu söylemektedirler (110).

- **Hasta Konforunu Etkileyen Sosyokültürel Etmenler**

Hastaların aileleriyle ve arkadaşlarıyla sözlü veya sözsüz iletişim bağlantısı kuramamaları, aileler ve hastaların genel sağlık durumları ve yapılan uygulamalarla alakalı

yeterli bilginin alınamaması, yoğun bakım ortamı ve sağlık sorunlarından ötürü toplum tarafından dışlanması sosyokültürel boyutta hastaların konforunu etkilemektedir. Bazı çalışmalarda, yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların; ailelerinin varlığını hissetmeleri, sosyal desteğin yapılması, hasta ve ailelerin memnuniyetlerinde artışın olduğu gibi pozitif sonuçların olduğu da bildirilmektedir. Yoğun bakımda kalan hastaların tedavilerinin maliyetinin yüksek olduğu görülmektedir (110). Ekonomik sıkıntılarda hasta ve aileleri etkileyen ve sosyokültürel boyutta oldukça önemli bir sorun olmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların çoğunluğunun yatağa bağımlı olmaları, tamamı ile bakıma muhtaç olmaları ve bilinçlerinin kapalı olmaları, sağlık hizmetlerinin sunumu, iletişim ve ilişkilerinin kurulmasında ve sürdürülmesindeki süreci içinde sağlık personelleri zorlanabilmektedir. Bu süreçte hastaların sosyokültürel boyutu kadar psikospiritüel boyutu da konforu önemli derecede etkilemektedir. Yalnız hastaların durumları ne olursa olsun sağlık hizmeti sunumunda verimli iletişim ve ilişkilerini olumlu yönde etkilemektedir (110).

Hastane ortamında bulunan stresli çalışma çevresi, acil durum, gürültü, hemşirenin fiziksel bakım veya teknolojiyle yoğun bir şekilde uğraşması ve hastaların bilinç seviyesindeki bozukluk gibi iletişime engel oluşturan durumlardan sadece birkaç tanesi şeklinde olmaktadır. Olumsuz iletişim veya şefkatin gösterilmemesi davranışları hastada üzüntü, depresyon içeren ruhsal veya anksiyetenin konforsuzluğu arttıracakı söylenmektedir. Hemşirelerin olumsuz davranışlar göstermesi hastaların iyileşmelerine engel olmaktadır. Hastalarda korku, utanma ve kızgınlık gibi acı gösteren davranışların deneyimledikleri zaman stresi oldukça fazla arttırdığı, öz saygının azalması, iyileşme için sarf ettikleri kıymetli enerjileri tükenebilmektedir (111). Hastaların birçoğu entübeyken iletişim engeline yönelik endişe yaşanabilmektedir. Hastaların yakınma ve gereksinimlerini sesli olarak söyleyememeleri, kendi tüplerine temas girişiminde olması hemşireler tarafından tehdit şeklinde algılandığı ve hemşireler tarafından yanlış anlaşılmasına sebep olmaktadır. Bundan dolayı hastalarda umutsuzluk hissi, engellenme, panik, anksiyete, güvensizlik, endişe, tanımlanamayan ağrı, kızgınlık, korku, sıkıntı ve sosyokültürel boyutu kadar fiziksel, psikospiritüel ve çevresel boyutu da konforun bozulmasına sebep olabilmektedir (110, 111).

2.5.4. Cerrahide Hasta Konforu ve Etkileyen Etmenler

Cerrahi, ilaçla veya diğer tedavi yöntemleri ile iyileştirilemeyen hastalıkların, yaralanmaların, vücut yapısındaki bozukluğunu ameliyat ile onarılmasına veya hastalıklı olan organının kesilip çıkarılması ile iyileşmesini sağlayan tedavi yöntemi olarak bilinmektedir. Hastalara cerrahi uygulamalarının yapılması ve sonrasında konfor düzeylerinin rahat olması oldukça önemli olmaktadır. Bundan dolayı hastaların cerrahi uygulama sonrasında konforunun sağlanması gerekmektedir. Konfor, temelde insanların ihtiyaçlarından biri olduğu ve özellikle sağlık bakımına ihtiyaç duyulan süre dikkate alınması gerekmektedir. Hastanede yatan hastaların konforlarının hem duygusal hem de fiziksel açıdan hastane deneyimlerinin etkili olduğu görülmektedir. Konfor veya rahatlığın insanların doğum anından başlayarak aranan bir durum ve ulaşılması istenilen bir hedef olmaktadır. Bebeğin kucağa alınması ile sakinleşmesi, yaralanan bir çocuğun okşandığında ağlamasının durması, yaşlı olan bir kişinin yanında oturupta dokunma temasının uygulanması sonucu rahatlama konforunun gösterilmesi oldukça önemli olmaktadır (112). Hayat boyunca anlamlı bir ihtiyaç şeklinde bulunan konforun hemşirelik alanında yeni bir kavram olmadığı görülmüştür. Pek çok hemşirenin kuramdaki rahatlık düzeyini ve rahatlama üzerindeki önemini dile getirmektedir. Florence Nightingale'den bu zamana güncel, geçerli ve önemli bir kavramın olduğu bulunan konforun bütüncül hemşirelik bakımını tartışma getirmeyen ana bir unsur şeklinde ele alınmaktadır.

Günümüzde konfor kavramının, hemşirelik bakımında kaliteli bir parçası olduğu, rahatlık, sorunsuz hastanın daha erken iyileştikleri, hastalığın stresiyle daha iyi baş ettikleri, daha güzel rehabilite olması ve daha huzurlu ölümün gerçekleştiğini belirtmektedir (112, 113). Olumsuz şartların pek çoğu rahatsızlık şeklinde adlandırıldığı ve genelde rahatsızlık sebebi ve sonucu bir arada bulunmaktadır. Konforun, rahatlığın tersi, rahatsızlığın sebeplerinden ortadan kaldırma veya etkisinin azaltılmasıyla elde edilmektedir. Hemşireler rahatsızlık kaynaklarını genelde hastalar etkilenmeden önce tanımlandığı ve bu kaynağı uzaklaştırmak için girişimlerde bulunmaktadırlar. Proaktif bir yaklaşım ile rahatsızlık durumun meydana çıkmadan konfor oluşturulmaktadır. Kolcaba 1926 yılında Harmer hemşirelerin çevresel rahatlığın sağlanmasının önemini tartışmaktadır. Ağrıların giderilmesi ve ağrıların vermiş olduğu rahatsızlıkların azalmasında iyi uygulamaların yapılması en önemli noktalardan biri olarak görülmektedir. İrurita ve Williams hemşireliklerin rahatlık kavramı üzerine temellendiği ve rahatlık kişinin kuvvetlendirme sürecinde olduğunu belirtmektedir. Konforları yetersiz olan hastaların

kuvvetsiz kişiler olduğu iyileşebilmeleri için güçlendirmeye gereksinim duyduklarını savunmaktadır. Kolcaba ve Wycle'nin rahatlıkları sağlanan hastaların çok hızlı iyileştiklerini ve daha çok baş ettiklerini buldukları görülmektedir (112, 113). Yapılan araştırmalarda konforun ihtiyaçlarına odaklanan hemşirelerin girişimleri bakım kalitesi ve hasta memnuniyetiyle bağlantılı olduğunu belirtmektedirler.

Perioperatif süreci içinde konfor ile ilgili bir teorik çerçeve oluşturduğu, hastaların konforlarını sağlayabilecek insanların hemşirelerin bilgilendirmede ve donanım kazanmalarını sağlamaktadır. Teorilere göre, hastaların eski sağlıklarına kavuşabilmelerinde ve tedavi sonrasında izlemedeki konforun sağlanması amacının ameliyat öncesinde fonksiyonları tekrar kazanmada ve ileriki zamana karşı güven duyma konusunda hastaları güçlendirmektedir. Cerrahi girişimi uygulanan hastaların konforlarının sağlanabilmesi ve sürdürülebilmesinin bakım amaçlarının arasında yer almaktadır. Bakımın bütüncül yaklaşım ile konforun dört boyutunu da içerisine alacak şekilde planlanması gerekmektedir. Fakat bu şekilde hastaların kendilerini rahat, konforlu ve sorunun üstesinden gelebilecek güçte hissettikleri görülmektedir (114).

2.5.5. Abdominal Cerrahide Hasta Konforu ve Etkileyen Faktörler

Abdominal cerrahi girişimlerinde hastaların biyolojik, ruhsal ve sosyal işlevlerini değiştiren kontrollü bir travmanın olduğu, teknolojik ve bilimsel gelişmeler neticesinde son 200'ü aşkın yıldır hayatı tehdit eden bir yöntemden çıkıp, hastaların umut kaynağı durumuna gelmektedir. Cerrahi girişim sonrasında erken zamanda hastaların % 20 ila 80 oranlarında iyileşememe korkusu, ağrı, kaygı, huzursuzluk, anksiyete gibi durumlardan yakındıklarına yönelik yapılan çalışmalarda dikkat çekilmektedir. Ameliyat sonrasındaki yönetimin yeterli bulunmadığı durumda yaşanan fiziksel ve psikolojik açıdan fark edileceği seviyede arttığı görülmektedir. Abdominal cerrahide hasta konforunun sağlanması ve sürdürülmesi hasta açısından oldukça önemli olmaktadır. Hastalar kendilerini daha rahat ve güvende hissedebilmektedir (114).

Konfor, rahatlık ve erinç sözcükleri ile benzer anlamda kullanıldığı ve tedirginlik olmama durumu, üzüntü, sıkıntı vermeme ya da yorgunluk ve sıkıntı gibi durumları şeklinde tanımlanabilmektedir. Hemşirelikte ise fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyal boyutlarını içerisine alarak sorunun üstesinden gelebilmesi ve huzur sağlanmasına bağlı çok boyutlu karmaşık bir kavramın olduğu ve hemşirelik bakımının beklenen ve istenilen bir

sonucu olmaktadır (114). Abdominal cerrahi girişimleri uygulanan hastalarda psikospiritüel konforunu etkileyen en önemli faktörün kaygı olduğu görülmektedir. Abdominal cerrahi girişiminden sonra hastalarda, uygulanan ameliyattan kaynaklı olarak özel sorunların yaşanabilmesiyle beraber, genel olarak da pek çok sorunlarda yaşanabilmektedir. Hastaların hastanede kalma zamanlarının kısa olması, abdominal cerrahi ünitesinde ameliyat için gününün belirlenmesi ve kabul edilmesi, ameliyat öncesindeki hazırlıkların evlerinde hasta tarafından yapılmasına yönelik sebepler, hastalar ve yakınları tarafından ameliyat öncesinde ve sonrasında uygun görülen bakımın ve eğitimin almalarında eksikliklerinin olması ve abdominal cerrahi sonrasında evde bakım etkinliklerini yaparlar iken olumsuz faktörlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (115).

Abdominal cerrahi girişimlerin hastalarda sarsıntılı değişiklikler yaşamalarına sebep olmaktadır. Bundan dolayı bu durumun yaşanması kaçınılmaz olmaktadır. Bu değişikliklerin yaşanması hastaların konforlarında azalma ve pek çok faktöre yol açabilmektedir. Hemşireler genellikle kişinin bedensel yakınmaları ile ilgilenir iken, ruhsal ve konforlarına göz ardı edebilmektedir. Hastaların konforunun sağlanabilmesi için ilk olarak fiziksel ve psikolojik faktörlerin önüne geçilmesi gerekmektedir. Bu zaman zarfında hemşireler hastaların konforunu sağlanabilmesine, hastaların bakımlarına önem verilmeli ve bu durumun sürdürülebilmesi ve giderilebilmesi için planlamanın yapılması gerekmektedir (116).

Abdominal cerrahi girişimlerin uygulanması hastalarda ağrının oluşmasına neden olduğu ve konforunun azalmasına sebep olabilmektedir. Hastalar tarafından algılanan ağrıların artması konforlarını azaltabilmektedir. Temelde hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasında ilk olarak konforlarının sağlanabilmesi ve ağrıların giderilebilmesi yer almaktadır. Benzer sürede konforun hastaların memnuniyetlerinin sağlanabilmesi açısından oldukça önemli bir etken olmaktadır. Hastaların memnuniyetlerinin sağlanabilmesi için hastalara yeterli olarak bilgilerin verilmesi ve kendilerini evinde gibi hissetmeleri için yardımcı olunması gerekmektedir. Hastaların holistik yaklaşım ile konfor ihtiyaçları ve bunun gibi ihtiyaçların karşılanabilmesine yönelik girişimleri sağlanması gerekmektedir. Hastalara yönelik planlanan bakıma katılabilmelerine yönelik cesaretlendirme yapılması önemli olmaktadır. Buna yönelik olarak konforların sağlanmasıyla birlikte bakımlarındaki kalitenin arttığı ve ameliyat sonrasında konforunun ve abdominal cerrahi bakımının hedefine daha da kolay ulaşılacaktır (117).

2.5.6. Hasta Konforunda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hastaların ameliyata girmesi ile başlayan; ameliyat sırasındaki dönemi, anestezi işlemlerin başlaması, hastaların ayılma odalarına ya da yoğun bakım ünitelerine taşınmalarına kadar sürmektedir. Hastalar bu zamanda anestezi ve ameliyat nedeni ile pek çok komplikasyon yönünde risk altında olmaktadır. Hastalarda bilinçlilik, hareketlilik, tam farkındalık, biyolojik ve bireysel fonksiyonların kısmen veya tamamen sınırlı olduğu görülebilmektedir. Bir de hastalar ameliyathaneye girdiklerinde ağrı, kontrol kaybı, ölüm, vücut işlevlerinde değişim, bilinmeyen korku ve yaşam tarzındaki değişiklik gibi sebeplerden ötürü anksiyete yaşayabilmektedir. Konfor kavramının günlük yaşamı kolaylaştıran rahatlık şeklinde de tanımlanmaktadır. Hastalar son noktaya kadar stresli olmaları, sağlık bakım ihtiyaçlarının sağlanabilmesi, hemşirelerin kişiye özgü bir kavram olan konfora bağlı hemşirelik girişimlerini uygulanıp hastaların minimum düzeyde sıkıntı çekmelerini, ferahlamalarını, daha huzurlu olmalarını ve sorunların üstesinden gelebilmelerini sağlamaktadır (118).

Hastaların ameliyat veya yapılacak işlemler esnasında deneyimledikleri rahatsızlıkların (anksiyete, ağrı, hipotermi, bulantı ve kusma gibi) hastaların konforunun azalmasının temel sebebi şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Hemşirelerin hastalara yönelik yapacakları her bir işlem öncesi, sonrası ve sırasında hastalarda rahatsızlık oluşturacak yönlerini azaltmada veya ortadan kaldırmaya yönelik gerekli olan bütün hemşirelik girişimleri sağlaması gerekmektedir (118). Ameliyat zamanında da yine hemşirenin, bireyin konforunu, güvenliğini, mahremiyetine, onurunu, personellerin koordinasyonunu, biyolojik ve ruhsal durumla sirküle ve steril hemşirelik etkinliklerinin yerine getirmede sorumlu kişi olarak söylenmektedir. Bu rol ve sorumlulukların, bütüncül bakış açısı, empatik yaklaşımın ve dikkatli iş yapabilme yeteneklerini kullanarak hastaların ameliyat sırasında bakım ihtiyaçlarını yerine getirmektedir. Böylelikle hastaların daha konforlu ve rahat bir bakım almaları sağlanmaktadır. Bütün bu uygulamalarla hastaların bakım kalitesini arttırarak daha hızlı iyileşebilmelerine ve yaşam kalitelerinin artmasına yardımcı olduğu ve katkı sağladığı görülmektedir (119).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Soruları

1. Abdominal cerrahi sonrası hastaların erken mobilizasyon düzeyi nedir?
2. Abdominal cerrahi sonrası hastaların konfor düzeyi nedir?
3. Sosyodemografik özellikler hastaların konfor düzeyini etkiliyor mu? vb. sorulara cevap oluşturması amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarla 15.11.2020 ve 28.02.2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde yatan hastalar oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyip belirtilen tarihler arasında örnekleme alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm bireyler araştırmanın örneklemini oluşturdu.

3.3.1. Örneklem Ölçütleri

Örnekleme Alınma Ölçütleri;

- 18 yaştan büyük olan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olan ve sözel ve yazılı onayı alınan,
- Bilinci açık olan,
- Sadece abdominal cerrahi operasyonu geçiren,
- Herhangi ortopedik, nörolojik ve psikiyatrik problemi olmayan,
- Psikiyatrik ilaç kullanmayan,

- Hemodinamisi mobilizasyon için uygun olan,
- Ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde mobilize olan,
- Pulmoner emboli ve derin ven trombozu veya riski olmayan,

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan,
- Sözel iletişim kurulamayan,
- Klinikte ameliyata bağlı komplikasyon gelişen,
- Hemodinamisi unstabil ve bilinci bozuk olan,
- Motor fonksiyonlarını azaltan herhangi bir ilaç kullanan,
- Nörolojik problemi olan hastalar (inme vb.) çalışma dışı tutulacaktır.

3.4. Araştırmanın Etik Kuralları ve Yasal Yönleri

Araştırmanın etik kuralı, etik kurul formu ve tez öneri formuyla başvuru sonrasında araştırmanın etik kurul izninin 29.09.2020 tarihinde 2020/074 numaralı izniyle kabul edildi (EK-1). Araştırmanın Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde gerçekleştirilmesi için 12.11.2020 tarihinde 96172664-799 sayılı yazıyla il sağlık müdürlüğünde gerekli olan izin alındı (EK-2).

3.5. Araştırmada Veri Toplama Gereçleri

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara veri toplama formları yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Veri toplama formu “Hasta Bilgi Formu”, “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ve “Genel Konfor Ölçeği” olmak üzere üç bölümde gerçekleştirildi.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu oluşturulan; hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, meslek, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, daha önce geçirilmiş ameliyat durumu gibi hastanın sosyodemografik ve hastalığına ilişkin 23 sorudan oluşturuldu (EK-3).

3.5.2. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (GHÖ)

Cerrahi girişim sonrasında dört aktivitenin yapılması esnasında hareketliliğe bağlı objektif gözlemler değerlendirilmektedir. Heye ve arkadaşlarının 2002 yılında cerrahi girişim sonrasında hareketliliğe bağlı hasta algısını ve objektif gözlemlerini ölçmek amacı ile geliştirdikleri görülmüştür (120). Ölçeğin Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ayoğlu tarafından 2011 yılında gerçekleştirilmiştir (121). Heye'nin araştırmasında olduğu gibi elektif abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların yapmış oldukları dört etkinlikten (yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme) oluşan ağrı ve güçlük seviyesi değerlendirilmektedir. Bağımlılık ve bağımsızlık durum derecesi 1 ile 5 arasında numaralandırılmaktadır. 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 göstermektedir. Dönme, oturma, ayakta durma ve yürüme puanları toplanıp ortalama puan değerleri hesaplanmaktadır. Heye ve arkadaşlarının araştırmasında ölçeğin Cronbach alfa değerini, cerrahi girişim sonrası birinci gün için 0.93, ikinci gün için ise 0.94 olarak bulunmuştur. Gözlemciler arası/puanlayıcılar arası güvenirliliğin değerlendirilmesi için araştırmacı hemşire dahil dört araştırmacı tarafından dört farklı yaşlarda olan hastayla farklı seviyelerde dört cerrahi girişim sonrasında hareket etkinliğini gösteren videoteypler ile değerlendirilmiştir. Gözlemciler arası / puanlayıcılar arası güvenirlilik düzeyi 0.87 ve 0.94 arasında değişiklik gösterdiği ve standartla karşılaştırıldığında araştırmacı hemşirenin değeri ise 0.94 olarak bulunmuştur. Ölçek puanının hesaplanmasında, ölçek içinde bulunan dört aktiviteye ilişkin puanların toplanmasıyla global gözlemci hareketlilik puanı elde edilmektedir. Ölçekte en düşük dört, en yüksek 20 arasında puanlanmaktadır. Puanın artması ile hastaların hareket becerilerinin yetersiz, puanın düşmesi de cerrahi girişim sonrasında hareket edebilmelerinin iyi-yeterli olduğunu göstermektedir. Geçerlik/güvenirlilik çalışmasında, Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.73 olarak saptandı (120, 121) (EK- 4).

3.5.3. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)

Kolcaba 1992 yılında Genel Konfor Ölçeği'ni geliştirmiştir (122) Kuşoğlu ve Karabacak geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasını 2004 yılında yapmıştır (123). Genel

Konfor Ölçeği, konforun kuramsal etmenlerini oluşturan üç düzey (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) ve dört boyutun (fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel) yer aldığı taksonomik yapısı rehber alınıp oluşturulduğu, konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi, konforu oluşturan hemşirelik girişimleriyle beklenen konforun artması neticesine ulaşma durumunun değerlendirilmesi için kullanılmaktadır. Ölçekte toplam 48 madde yer almakta ve bu maddelere yönelik cevaplar; 1. Kesinlikle katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3. Katılıyorum, 4. Kesinlikle katılıyorum şeklinde dördümlü likert tipi ölçek aracılığıyla alındı. Araştırmada kullanım kolaylığından ötürü dördümlü likert tip tercih edildi. Pozitif/Negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenlerinin karışık şekilde verildi. Buna yönelik pozitif ifadelerde yüksek konfora 4 puan, düşük konfora 1 puan verildiği, negatif maddelerdeyse yüksek konfora 1 puan, düşük konfora ise 4 puan işaretleme yapıldı. Değerlendirmede negatif maddelerin tersi alınarak pozitif maddelerle toplandı. Ölçekte 48-192 arasında puan alındı. Toplam puan ölçekte bulunan ifadelerin sayısına bölünüp, sonuç “1” ile “4” aralığında gösterildi. Ölçeğin geçerlik güvenirliğinde çıkan Cronbach alfa değeri 0.85 olarak bulundu (123) (EK-5).

3.6. Araştırmanın Uygulanması

* **Ön Uygulama:** Bu araştırmaya başlamadan önce 10 hastaya ön uygulama yapıldı. Veri toplama formlarının işlerliği değerlendirildi. Ön uygulama sonrasında gerekli olan düzenlemeler yapılarak araştırma kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın uygulanmasına başlandı. Ön uygulama gerçekleştirilen hastaların verileri araştırma dışı tutuldu.

* **Araştırmanın Uygulanması:** Araştırmayla ilgili olan etik kurul ve izinler alındıktan sonra SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde araştırmanın uygulanmasına başlandı. Örneklem alınma ölçütlerine uyan, gönüllüleri bilgilendirme ve olur (rıza) formunu okuyup araştırmaya katılmaya kabul ederek imzalayan hastalara 15.11.2020-28.02.2021 tarihleri arasında uygulandı (EK-6). Araştırmacı veri toplamadan önce hastaya kendini tanıtip araştırmanın amacı açıklandı. Hasta yazılı veya sözlü olarak bilgilendirilme yapıp yazılı onay aldıktan sonra araştırmacı hasta bilgi formunu yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Araştırmacı hastaya mobilizasyon öncesi mobilizasyon hakkında bilgi verdi. Hastanın erken mobilizasyon süresi cerrahi prosedürün tipine ve hastanın genel durumuna göre planlandı. IV damar

yolu, foley katater, dren gibi ortam engelleri var ise öncelikle güvenli çevre sağlandı. Yataktan kaldırılırken yatak başı yükseltip, yatak kenarlıkları indirilip, yatak tekerleklerinin kilitli olduğu kontrol edildi. Mobilizasyon öncesi hasta bir süre yatak içinde bir süre de yatak kenarında oturtuldu. Mobilizasyon öncesi, yatakta oturur pozisyon aldıktan 2 dk sonra ve mobilizasyon sonrası yaşam bulguları kaydedildi. Mobilizasyon sırasında hastaya karşı tarafa bakması, baş dönmesi, ağrı, bulantı gibi durumları iletmesi söylendi. Mobilizasyon oda içerisinde sağlandı. Mobilizasyon tamamlandıktan sonra hasta tekrar yatağına alındı. Baş dönmesi, bulantı, halsizlik vb. durumlardan dolayı mobilizasyonunu tamamlayamayan hastaların mobilizasyonu sonlandırıldı. Mobilizasyon sonrası araştırmacı tarafından gözlemci hareketlilik ölçeği, hasta tarafından ise genel konfor ölçeği dolduruldu.

3.7. Verilerin İstatiksel Olarak Değerlendirme Yapılması

Bu araştırmanın verilerini bilgisayar ortamında değerlendirilerek yapıldı. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 21.0 (The Statistical Package for the Social SciencesPC Version 21.0) paket programıyla değerlendirildi. Verilerin normal olarak dağılımlarındaki uygunlukları Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testiyle değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiklerde; sayı, yüzde, standart sapma ve ortalama şeklinde gösterildi. Normal dağılımları uygunlukları göz önüne alınarak sosyodemografik özellikler ve tanıtıcı bilgileri için kesikli değişkenlerin karşılaştırılmalarında Ki-Kare Önemlilik Testi, ortalamaların karşılaştırılmasında bağımlı-bağımsız Kruskal-Wallis H Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanıldı. İstatiksel anlamlılık düzeyini $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Bu araştırma için Cronbach Alpha katsayısı tekrarlanarak yapıldı.

4. BULGULAR

Abdominal cerrahi sonrası hastaların erken mobilizasyon durumlarının konfor düzeyine etkisini incelemek amacı ile yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular 3 başlık altında incelendi. Bunlar;

1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bilgilerine Yönelik Bulgular,
2. Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeğine İlişkin Bulgular,
3. Hastaların Genel Konfor Düzeylerine İlişkin Bulgular.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bilgilerine Yönelik Bulgular

Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin bilgilerine yönelik bulguları Tablo 4.1 ve Tablo 4.2’de açıklamaları ile birlikte verildi.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=252)

Sosyo-Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	113	44,8
	Erkek	139	52,3
Medeni Durum	Bekâr	66	26,2
	Evli	186	73,8
Yaş	20-30	38	15,1
	31-40	33	13,1
	41-50	46	18,3
	51-60	39	15,5
	61-70	45	17,9
	71-80	38	15,1
	81-90	12	4,8
	91 ve üstü	1	0,4
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	39	15,5
	Okur yazar	23	9,1
	İlköğretim	98	38,9
	Ortaöğretim	64	25,4
	Önlisans	8	3,2
	Lisans ve Üstü	20	7,9

Vücut Ağırlığı	50-60 kg	51	20,2
	61-70 kg	46	18,3
	71-80 kg	48	19
	81-90 kg	38	15,1
	91-100 kg	16	6,3
	101 ve üzeri	53	21
Gelir durumu	Geliri giderinden az	134	53,2
	Geliri giderine denk	117	46,4
	Geliri giderinden çok	1	0,4
Boy	1.50-1.60 cm	80	31,7
	1.61-1.70 cm	91	36,1
	1.71-1.80 cm	64	25,4
	1.81-1.90 cm	13	5,2
	1.91 ve üstü	4	1,6
Meslek	Emekli	29	11,5
	Kamu	19	7,5
	Serbest Meslek	95	37,7
	İşsiz	25	9,9
	Ev Hanımı	84	33,3
Sağlık Güvencesi	Sağlık Güvencesi Yok	16	6,3
	SGK	154	61,1
	Bağkur	34	13,5
	Yeşilkart	41	16,3
	İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü	7	2,8
Alkol Kullanma Durumu	Evet	21	8,3
	Hayır	199	79
	Bırakmış	32	12,7
Sigara Kullanma Durumu	Evet	74	29,4
	Hayır	125	49,6
	Bırakmış	53	21

Hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1.1’de görülmektedir. Hastaların %52.5’i erkek, %73.8’i evli, %18.3’ü 41-50 yaş aralığında, %38.9’u ilköğretim mezunu, %20.2’si 50-60 kg. ağırlığında, %53.3’ünün geliri giderinden az, %37.7’si 150-160 cm boy uzunluğunda, %37.5’i serbest meslek sahibi, % 61.1’i SGK’lı, %79’u alkol kullanmayan ve %49.6’sı da sigara kullanmayan olarak belirlendi.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Bilgileri (N=252)

Yapılan Ameliyatlar	n	%	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Kolon CA	25	9,9	9,9	9,9
Total gastrektomi	20	7,9	7,9	17,9
İnsizyonel herni	2	,8	,8	18,7
Whipple	14	5,6	5,6	24,2
Sleeve gastrektomi	47	18,7	18,7	42,9
Pankreatit	3	1,2	1,2	44,0
İleus	28	11,1	11,1	55,2
Mezenter iskemi	4	1,6	1,6	56,7
Apandisit	4	1,6	1,6	58,3
Akut batın	3	1,2	1,2	59,5
Apendektomi	2	,8	,8	60,3
Mesane CA	1	,4	,4	60,7
Peptik ülser perforasyonu	18	7,1	7,1	67,9
Rektum CA	14	5,6	5,6	73,4
Mini gastrik bypass	7	2,8	2,8	76,2
İnce bağırsak rezeksiyonu	3	1,2	1,2	77,4
Rektal prolapses	1	,4	,4	77,8
Diyafram hernisi	1	,4	,4	78,2
Subtotal gastrektomi	5	2,0	2,0	80,2
Kolesistektomi	15	6,0	6,0	86,1
Koledokoenterostomi	5	2,0	2,0	88,1
Ateşli silah yaralanması	3	1,2	1,2	89,3
Dalak perforasyonu	1	,4	,4	89,7
Debulking	2	,8	,8	90,5
Splenektomi	5	2,0	2,0	92,5
Gastrointestinal kanama	1	,4	,4	92,9
Delici kesici alet yaralanması	8	3,2	3,2	96,0
Karaciğer kist hidatik	2	,8	,8	96,8
Karaciğer laserasyonu	1	,4	,4	97,2
Batın içi kanama	1	,4	,4	97,6
Histerektomi	1	,4	,4	98,0

Karaciğer nakli verici	2	,8	,8	98,8
Total özofoktemi	1	,4	,4	99,2
Böbrek nakil alıcı	1	,4	,4	99,6
Böbrek nakil verici	1	,4	,4	100,0
Total	252	100,0	100,0	
Yoğun Bakımda Kalma Süresi	n	%	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
1 gün	86	34,1	34,1	34,1
2 gün	123	48,8	48,8	82,9
3 gün	33	13,1	13,1	96,0
4 gün	5	2,0	2,0	98,0
5 gün	4	1,6	1,6	99,6
7 gün	1	,4	,4	100,0

Yukarıdaki tablo incelendiğinde; yapılan ameliyatlarda en sık olanlar sleeve gastrektomi (%18,7), ileus (%11,1), kolon ca (%9,9), total gastrektomi (%7,9) gibi hastalıkların ön planda olduğu görüldü. Yoğun bakımda kalma süreleri incelendiğinde ise; 252 hastanın %48.8'inin 2 gün yoğun bakımda kaldıkları belirlendi. Diğer yoğun bakımda kalan hastaların günlerine kıyasla daha fazla olduğu görüldü.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Bilgileri (N=252) (Devamı)

Kronik Hastalıklar	Yok	134	53,17
	Var	116	46,83
Var Olan Kronik Hastalık	Hipertansiyon	58	23
	Diabetes Mellitus	32	12,70
	Kalp Yetmezliği	20	8,83
	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	8	3
Sağlık algılama biçimi	İyi	151	6,3
	Orta	91	61,1
	Kötü	10	13,5
Önceden geçirilen ameliyat deneyimi	Ameliyat olmamış	88	34,9
	İyi	121	48
	Orta	30	11,9
	Kötü	13	5,2

Ameliyata karşı tutum	Olumlu	144	57,1
	Olumsuz	26	10,3
	Kararsız	82	32,5
Ameliyat öncesi eğitim alma durumu	Eğitim almış	237	94
	Eğitim almamış	15	6
Ağrı ölçeği	0 Ağrı yok	16	6,3
	1 şiddetinde	39	15,5
	2 şiddetinde	53	21,0
	3 şiddetinde	68	27,0
	4 şiddetinde	55	21,8
	5 şiddetinde	11	4,4
	6 şiddetinde	5	2,0
	7 şiddetinde	4	1,6
	8 şiddetinde	1	,4
	9 şiddetinde	0	0
	10 şiddetinde	0	0
Ağrı Yeri	Kesi yeri ağrısı	248	61,38
	Dren yeri ağrısı	152	3,71
	Karın ağrısı	1	0,02
	Bel ağrısı	3	0,07
Ağrı Kesici	Parasetamol FLK	225	55,42
	Diklofenak Sodyum AMP (IM)	2	0,05
	Tramadol HCL AMP (IV)	179	44,53
Ameliyat Sonrası Konfor	Ağrının olmaması	240	35,14
	Rahat uyuyabilmek	227	33,24
	Erken ayağa kalkabilmek	216	31,62
Ameliyat sonrası konfor algısını etkileyen faktörler	Ağrı	242	69,14
	Gürültü	106	30,29
	Uykusuzluk	2	0,57
Ameliyat sonrası konfor önerileri	Ameliyat öncesi yeterli bilgi ve eğitim verilmesi	201	39,64
	Erken taburcu olmak	235	46,36
	Hastanın fiziki koşullarının iyileştirilmesi	71	14

Hastaların, %53.17'sinin kronik hastalığının olmadığı, %23'ünün hipertansiyonu olduğu, %61.1'inin sağlığını iyi algıladığı, %48'inin daha önceden iyi düzeyde ameliyat deneyimi olduğu, %57.1'inin ameliyata olan tutumunun olumlu olduğu, %94'ünün

ameliyat öncesi eğitim aldıkları belirlendi. Ağrı şiddetine bakıldığında, %27'sinin ağrı ölçeği değerlendirmesine göre 3 şiddetinde ağrısı olduğu, %61.39'unun kesi yeri ağrısı olduğu, %55.42'sinin ağrı kesici olarak Parasetamol FLK. kullandığı bulundu. Ameliyat sonrası konfor durumuna bakıldığında; hastaların %35.14'ü ağrının olmaması olduğunu ifade ettiler.

4.2. Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Hastaların gözlemci hareketlilik ölçeğine ilişkin bulguları Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5 ve Tablo 4.6'da açıklamaları ile birlikte verildi.

Tablo 4.3. Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Maddeleri Puan Ortalamaları (N:252)

Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Maddeleri	n	%	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme				
Hasta bağımsız olarak döndü	76	30,2	30,2	30,2
Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak döndü	61	24,2	24,2	54,4
Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile döndü	100	39,7	39,7	94,0
Hasta dönmek için hemşireye bağımlıydı	15	6,0	6,0	100,0
Yatak Kenarında Oturma				
Hasta bağımsız olarak yatak kenarında oturdu.	8	3,2	3,2	3,2
Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak yatak kenarında oturdu.	13	5,2	5,2	8,3
Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yatak kenarında oturdu.	100	39,7	39,7	48,0
Hasta yatak kenarında oturmak için hemşireye bağımlıydı	131	52,0	52,0	100,0
Yatak Kenarında Ayağa Kalkma				
Hasta bağımsız olarak yatak kenarında ayağa kalktı.	10	4,0	4,0	4,0
Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak yatak kenarında ayağa kalktı.	23	9,1	9,1	13,1
Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yatak kenarında ayağa kalktı.	102	40,5	40,5	53,6

Hasta yatak kenarında ayağa kalkmak için hemşireye bağımlıydı.	112	44,4	44,4	98,0
Hasta yardıma rağmen yatak kenarında ayağa kalkamadı	5	2,0	2,0	100,0
Hasta Odasında Yürüme				
Hasta bağımsız olarak odada yürüdü.	17	6,7	6,7	6,7
Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak odada yürüdü.	57	22,6	22,6	29,4
Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile odada yürüdü.	95	37,7	37,7	67,1
Hasta odada yürümek için hemşireye bağımlıydı.	68	27,0	27,0	94,0
Hasta yardıma rağmen odada yürüyemedi.	15	6,0	6,0	100,0

Hastaların yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmede; %39,7'sinin sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile döndüğü, hastaların yatak kenarında oturmada; %52'sinin hemşireye bağımlı olduğu, hastaların yatak kenarında ayağa kalkmada; %44,4'ünün hemşireye bağımlı olduğu ve hastaların odasında yürümede; %37,7'sinin sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yürüdükleri saptandı.

Tablo 4.4. Mobilizasyon Öncesi ve Sonrasında Hastaların Kan Basıncı Ölçümlerinin Karşılaştırılması (N:252)

	Birim	N	Ort.	SS	Korelasyon Katsayısı ve prob.	t testi	p-değeri
Kan Basıncı	Öncesi	252	127/50	11.65	0,742	-0,335	0,473
	Sonrası	252	130/75	16.63			
					P:0,000		

H₀: Kan basıncında tedavi öncesi ile tedavi sonrası fark yoktur.

H₁: Kan basıncında tedavi öncesi ile tedavi sonrası fark vardır.

% 95 güven düzeyinde kan basıncında tedavi öncesi ile tedavi sonrası fark yoktur. Tedavi öncesi kan basıncı ortalaması 127/50, tedavi sonrası kan basıncı ortalaması 130/75 olarak hesaplandı. Tedavi öncesi standart sapma 11,65, tedavi sonrası standart sapma 16,63

olarak saptandı. Tedavi öncesi ile tedavi sonrası arasında pozitif yönlü güçlü bir korelasyon vardır ve istatistiksel açıdan ve klinik olarak anlamlı değildir. (r: 0,742, p: 0,000). Ortalamaları arasında fark yoktur (t: -0,335, p: 0,473). H₀: Kabul.

Tablo 4.5. Mobilizasyon Öncesi ve Sonrasında Hastaların Nabız Değerlerinin Karşılaştırılması (N:252)

	Birim	N	Ort.	SS	Korelasyon Katsayısı ve prob.	t testi	p-değeri
Nabız	Öncesi	252	80	1,647	0,856 P:0,000	-0,294	0,769
	Sonrası	252	88	1,492			

H₀: Nabız sayısında tedavi öncesi ile tedavi sonrası fark yoktur.

H₁: Nabız sayısında tedavi öncesi ile tedavi sonrası fark vardır.

% 95 güven düzeyinde nabız sayısında tedavi öncesi ile tedavi sonrası fark yoktur. Tedavi öncesi nabız sayısı ortalaması 80, tedavi sonrası nabız sayısı ortalaması 88 olarak hesaplandı. Tedavi öncesi standart sapma 1,647, tedavi sonrası standart sapma 1,492 olarak bulundu. Tedavi öncesi ile tedavi sonrası arasında pozitif yönlü güçlü bir korelasyon vardır ve istatistiksel açıdan ve klinik olarak anlamlı değildir (r: 0,856, p: 0,000). Ortalamaları arasında fark yoktur (t: -0,294, p: 0,769). H₀: Kabul.

Tablo 4.6. Mobilizasyon Öncesi ve Sonrasında Hastaların Solunum Sayılarının Karşılaştırılması (N:252)

	Birim	N	Ort.	SS	Korelasyon Katsayısı ve prob.	t testi	p-değeri
Solunum	Öncesi	252	16	0,749	0,597 P:0,000	-2,839	0,005
	Sonrası	252	20	0,604			

H₀: Solunum sayısında tedavi öncesi ile tedavi sonrası fark yoktur.

H₁: Solunum sayısında tedavi öncesi ile tedavi sonrası fark vardır.

% 95 güven düzeyinde solunum sayısında tedavi öncesi ile tedavi sonrası fark vardır. Tedavi öncesi solunum sayısı ortalaması 16, tedavi sonrası solunum sayısı ortalaması 20 olarak hesaplandı. Tedavi öncesi standart sapması 0,749, tedavi sonrası standart sapması 0,604 olarak bulundu. Tedavi öncesi ile tedavi sonrası arasında pozitif yönlü normal bir korelasyon vardır ve istatistiksel açıdan anlamlıdır (r: 0,597, p: 0,000). Ortalamaları arasında fark vardır ve istatistiksel açıdan anlamlı olmasına rağmen klinik olarak anlamlı değildir (t: -2,839, p: 0,0,005). H₁: Kabul.

4.3. Hastaların Genel Konfor Düzeylerine İlişkin Bulgular

Hastaların genel konfor düzeylerine ilişkin bulguları Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15, Tablo 4.16'da açıklamaları ile birlikte verildi.

Tablo 4.7. Hastaların Genel Konfor Düzeylerinin Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testleri ile Karşılaştırılması (N: 252)

Normallik Testi						
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	N	P	Statistic	N	P
Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	,426	252	,000	,555	252	,000
Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	,475	252	,000	,516	252	,000
Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum	,273	252	,000	,830	252	,000
Yardıma gereksinim duyduğum güvenebileceğim kişiler var	,454	252	,000	,435	252	,000
Egzersiz yapmak istemiyorum	,436	252	,000	,604	252	,000
Durumum beni bunaltıyor	,295	252	,000	,831	252	,000

Kendimi güvende hissediyorum	,435	252	,000	,593	252	,000
Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	,313	252	,000	,755	252	,000
Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	,427	252	,000	,639	252	,000
Sevdiğimi bilmek beni mutlu ediyor	,471	252	,000	,516	252	,000
Bulduğum ortamdan memnunum	,313	252	,000	,789	252	,000
Gürültü dinlenmemi engelliyor	,225	252	,000	,873	252	,000
Kimse beni anlamıyor	,374	252	,000	,688	252	,000
Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	,347	252	,000	,800	252	,000
Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	,456	252	,000	,558	252	,000
Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	,300	252	,000	,801	252	,000
İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	,434	252	,000	,561	252	,000
Burada olmaktan hoşlanmıyorum	,344	252	,000	,801	252	,000
Şu anda kabızım	,297	252	,000	,839	252	,000
Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	,442	252	,000	,631	252	,000
Bu oda beni ürkütüyor	,367	252	,000	,752	252	,000
Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	,387	252	,000	,723	252	,000
Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var	,441	252	,000	,527	252	,000
Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	,346	252	,000	,768	252	,000
Açım	,242	252	,000	,842	252	,000
Doktorumu daha sık görmek istiyorum	,441	252	,000	,491	252	,000
Bu odanın ısısı iyi	,463	252	,000	,490	252	,000
Çok yorgunum	,371	252	,000	,753	252	,000
Ağrıyla başa çıkabiliyorum	,366	252	,000	,763	252	,000
Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	,358	252	,000	,740	252	,000
Memnunum	,337	252	,000	,769	252	,000

Bu sandalye/yatak rahatsız	,404	252	,000	,682	252	,000
Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	,370	252	,000	,723	252	,000
Özel eşyalarım burada değil	,444	252	,000	,537	252	,000
Kendimi buraya ait hissetmiyorum	,420	252	,000	,679	252	,000
Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	,393	252	,000	,650	252	,000
Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	,461	252	,000	,577	252	,000
İnançlarım bana huzur veriyor	,476	252	,000	,471	252	,000
Sağlığı hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	,453	252	,000	,424	252	,000
Kendimi kontrol edemiyorum	,372	252	,000	,705	252	,000
Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	,247	252	,000	,851	252	,000
Bu oda berbat kokuyor	,261	252	,000	,740	252	,000
Tek başıyım ama yalnızlık hissetmiyorum	,278	252	,000	,805	252	,000
Kendimi huzurlu hissediyorum	,374	252	,000	,732	252	,000
Kederliyim	,333	252	,000	,803	252	,000
Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	,403	252	,000	,632	252	,000
Burada yaşamak kolay	,383	252	,000	,742	252	,000
Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	,407	252	,000	,634	252	,000

Örneklem hacmi $p=0,000<0,05$ olduğundan ölçekler normal dağılım göstermediği için nonparametrik testlerin yapılması uygundur.

- **Güvenilirlik Analizi**

Ölçeğin güvenilirliği incelendiğinde %45,3 güvenilirliğe sahip olduğu belirlendi.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,453	58

Yukarıdaki rotasyonlu faktör yükleri Liderlik ölçeğinin hesaplanan maddelerine yapılan analizler neticesinde, ölçeğin 48 maddeden ve 3 boyuttan oluştuğu görüldü. Faktör analizleri incelendiğinde; birinci faktör yüzde 32,412'sini ikinci faktör 28,372'sini üçüncü faktör yüzde 5,801 açıklamakta toplam da 3 faktör toplam yüzde 66,585'i açıklamaktadır.

Tablo 4.8. Genel Konfor Ölçeğinin Alt Boyutları ile Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinin Alt Maddelerinin Korelasyonları

Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinin Alt Maddeleri					
Genel Konfor Ölçeğinin Alt Boyutları	Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme	Yatak kenarında oturma	Yatak kenarında ayağa kalkma	Hasta odasında yürüme	Toplam
Ferahlama	,126*	,163**	,177**	,095	,085
Rahatlama	,010	,047	,004	,077	,034
Üstünlük	,127*	,167**	,156*	,135*	,146
Toplam	,097	,125	,112	,098	,088

Genel Konfor Ölçeğinin boyutlarının Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinin maddeleri arasındaki korelasyonlarına bakıldığında; konforun rahatlama boyutuyla yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme arasında ileri derecede pozitif bir ilişki ($r=,126$, $p<0,05$), yatak kenarında oturma arasında ileri derecede pozitif bir ilişki ($r=,163$, $p<0,01$), yatak kenarında ayağa kalkma arasında ileri derecede pozitif bir ilişki ($r=,177$, $p<0,01$), hastanın odasında yürümesi ($r=,095$ $p<0,01$) arasında pozitif bir ilişki bulundu. Konforun rahatlama boyutuyla yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme arasında pozitif bir ilişki ($r=,010$,

$p < 0,05$), yatak kenarında oturma arasında pozitif bir ilişki ($r = 0,047$, $p < 0,05$), yatak kenarında ayağa kalkma arasında pozitif bir ilişki ($r = 0,004$, $p < 0,05$), hastanın odasında yürümesi ($r = 0,077$, $p < 0,05$) arasında pozitif bir ilişki bulundu. Konforun üstünlük boyutuyla yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme arasında ileri derecede pozitif bir ilişki ($r = 0,127$, $p < 0,05$), yatak kenarında oturma arasında ileri derecede pozitif bir ilişki ($r = 0,167$, $p < 0,01$), yatak kenarında ayağa kalkma arasında ileri derecede pozitif bir ilişki ($r = 0,156$, $p < 0,01$), hastanın odasında yürümesi ($r = 0,135$, $p < 0,01$) arasında pozitif bir ilişkinin olduğu saptandı.

Tablo 4.9. Hastaların Cinsiyete Göre Genel Konfor Düzeyleri (N:252)

	Birim	n	Sıra ortalaması	Mann-Whitney U testi	Z değeri	p-değeri
Cinsiyet	Kadın	113	113,40	6032	-3,172	0,002
	Erkek	139	142,62			
	Toplam	252				

H₀: Hastaların cinsiyetler arasında genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur.

H₁: Hastaların cinsiyetler arasında genel konfor düzeyleri arasında fark vardır.

% 95 güven düzeyinde cinsiyetler arasındaki genel konfor düzeyleri arasında fark vardır. Kadınların genel konfor düzeylerine yönelik sıra ortalaması 113,40, erkeklerin genel konfor düzeylerine yönelik sıra ortalaması 142,62 olarak hesaplandı. Man-whitney u testi değeri 6032 ve z değeri -3,172 ve istatistiksel açıdan anlamlıdır ($z = -3,172$, $p = 0,002$). **H₁:** Kabul.

Tablo 4.10. Hastaların Medeni Duruma Göre Genel Konfor Düzeyleri (N:252)

	Birim	n	Sıra ortalaması	Mann-Whitney U testi	Z değeri	p-değeri
Medeni durum	Bekar	186	130,46	5401	-1,452	0,147
	Evli	66	115,33			
	Toplam	252				

H₀: Hastaların medeni durumlar arasında genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur.

H₁: Hastaların medeni durumlar arasında genel konfor düzeyleri arasında fark vardır.

% 95 güven düzeyinde hastaların medeni durumları arasında genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur. Bekar olan hastaların genel konfor düzeyleri sıra ortalamasının 130,46, evli olan hastaların genel konfor düzeyleri sıra ortalaması 115,33 olarak hesaplandı. Man-whitney u testi değeri 5401 ve z değeri -1,452 ve istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($z=-1,452$, $p: 0,147$). H_0 : Kabul.

Tablo 4.11. Hastaların Yaşlarına Göre Genel Konfor Düzeyleri (N:252)

	Birim	n	Sıra ortalaması	Kruskall Wallis h testi	p-değeri
Yaşlar	20-30	38	116,21	9,317	0,231
	31-40	33	103,41		
	41-50	46	144,88		
	51-60	39	136,76		
	61-70	45	130,63		
	71-80	38	122,84		
	81-90	12	109,96		
	91 ve üstü	1	185,50		
	Toplam	252			

H₀: Hastaların yaşlar arasında genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur.

H₁: Hastaların yaşlar arasında genel konfor düzeyleri arasında fark vardır.

% 95 güven düzeyinde hastaların yaşları arasında genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur. 20-30 yaş arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 116,21, 31-40 yaş arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 103,41, 41-50 yaş arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 144,88, 51-60 yaş arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 136,76, 61-70 yaş arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 130,63, 71-80 yaş arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 122,84, 81-90 yaş arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması

109,96, 91 yaş ve üstü yaş arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 185,5 olarak hesaplandı. Kruskall Wallis H testi değeri 9,317 ve istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p: 0,231). H₀: Kabul.

Tablo 4.12. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Genel Konfor Düzeyleri (N:252)

	Birim	n	Sıra ortalaması	Kruskall Wallis h testi	p-değeri
Eğitim durumu	Okuryazar değil	39	121,64	6,031	0,303
	Okuryazar	23	149,24		
	İlköğretim	98	123,74		
	Ortaöğretim	64	118,81		
	Ön lisans	8	168,56		
	Lisans ve üstü	20	131,10		
	Toplam	252			

H₀: Hastaların eğitim durumları arasında genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur.

H₁: Hastaların eğitim durumları arasında genel konfor düzeyleri arasında fark vardır.

% 95 güven düzeyinde hastaların eğitim durumları arasında genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur. Okur yazar olmayan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 121,64, okur yazar olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 149,24, ilköğretim mezunu olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 123,74, ortaöğretim mezunu olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 118,81, önlisans mezunu olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 168,56, lisans ve üstü mezunu olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 131,10 olarak hesaplandı. Kruskall Wallis H testi değeri 6,031 ve istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p: 0,303).H₀: Kabul.

Tablo 4.13. Hastaların Vücut Ağırlığına Göre Genel Konfor Düzeyleri (N:252)

	Birim	n	Sıra ortalaması	Kruskall Wallis h testi	p-değeri
Kilo	50-60 kg	51	119,56	6,065	0,300
	61-70 kg	46	112,46		
	71-80 kg	48	135,35		
	81-90 kg	38	132,41		
	91-100 kg	16	105,94		
	101 kg ve üstü	53	139,32		
	Toplam	252			

H₀: Hastaların Vücut Ağırlığına göre genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur.

H₁: Hastaların Vücut Ağırlığına göre genel konfor düzeyleri arasında fark vardır.

% 95 güven düzeyinde hastaların Vücut Ağırlığına göre genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur. Vücut Ağırlığı 50-60 kg arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 119,56, Vücut Ağırlığı 61-70 kg arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 112,46, Vücut Ağırlığı 71-80 kg arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 135,35, Vücut Ağırlığı 81-90 kg arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 132,41, Vücut Ağırlığı 91-100 kg arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 105,94 ve Vücut Ağırlığı 101 kg arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 139,32 olarak hesaplandı. Kruskall Wallis H testi değeri 6,065 ve istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p: 0,300).H₀: Kabul.

Tablo 4.14. Hastaların Boylarına Göre Genel Konfor Düzeyleri (N:252)

	Birim	n	Sıra ortalaması	Kruskall Wallis h testi	p-değeri
Boy	150-160 cm	80	134,82	8,055	0,090
	161-170 cm	91	129,50		
	171-180 cm	64	121,44		
	181-190 cm	13	105,35		
	191 cm ve uzun	4	41,63		
	Toplam	252			

H₀: Hastaların boylarına göre genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur.

H₁: Hastaların boylarına göre genel konfor düzeyleri arasında fark vardır.

% 95 güven düzeyinde hastaların boylarına göre genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur. Boyu 150-160 arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 134,82, boyu 161-170 arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 129,50, boyu 171-180 arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 121,44, boyu 181-190 arasında olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 105,35, boyu 191 cm ve uzun olan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 41,63 olarak hesaplandı. Kruskall Wallis H testi değeri 8,055 ve istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p: 0,090>0,05). H₀: Kabul. % 10 anlam düzeyinde ise anlamlıdır.

Tablo 4.15. Hastaların Alkol Kullanma Durumuna Göre Genel Konfor Düzeyleri (N:252)

	Birim	n	Sıra ortalaması	Kruskall Wallis h testi	p-değeri
Alkol kullanma durumu	Evet	21	99,67	11,218	0,004
	Hayır	199	134,40		
	Bırakmış	32	94,97		
	Toplam	252			

H₀: Hastaların alkol kullanma durumuna göre genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur.

H₁: Hastaların alkol kullanma durumuna göre genel konfor düzeyleri arasında fark vardır.

% 95 güven düzeyinde hastaların alkol kullanma durumuna göre genel konfor düzeyleri arasında fark vardır. Alkol kullanan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 99,67, alkol kullanmayan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 134,40, alkolü bırakan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 94,97 olarak hesaplandı. Kruskall Wallis H testi değeri 11,218 ve istatistiksel açıdan anlamlıdır (p: 0,004<0,05).H₁: Kabul.

Tablo 4.16. Hastaların Sigara Kullanma Durumuna Göre Genel Konfor Düzeyleri (N:252)

	Birim	n	Sıra ortalaması	Kruskall Wallis h testi	p-değeri
Sigara kullanma durumu	Evet	74	104,93	13,365	0,001
	Hayır	125	142,70		
	Bırakmış	53	118,40		
	Toplam	252			

H₀: Hastaların sigara kullanma durumuna göre genel konfor düzeyleri arasında fark yoktur.

H₁: Hastaların sigara kullanma durumuna göre genel konfor düzeyleri arasında fark vardır.

% 95 güven düzeyinde hastaların sigara kullanma durumuna göre genel konfor düzeyleri arasında fark vardır. Sigara kullanan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 104,93, sigara kullanmayan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 142,70, sigarayı bırakan hastaların genel konfor düzeylerinin sıra ortalaması 118,40 olarak hesaplandı. Kruskall Wallis H testi değeri 13,365 ve istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p: 0,001 < 0,05$). H₁: Kabul.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde abdominal cerrahi sonrası hastaların erken mobilizasyon durumlarının konfor düzeyine etkisini, bunları etkileyen kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklerin saptanması, mobilizasyonun konfor düzeyinde bulunan boyutları nasıl etkilediğinin belirlenmesi amacı ile planlandı. Araştırmanın sonunda elde edilen bulgular literatüre dayandırılarak tartışıldı.

5.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Bilgilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların %73,8'inin evli olduğu, %18,3'ünün yaş aralığının 41-50 olduğu, %38,9'unun ilköğretim mezunu olduğu, %21'inin 101 ve üzeri kilogram vücut ağırlığına sahip olduğu, %53,2'sinin gelirinin giderinden az olduğu, boy aralıklarında %36,1'inin boy aralığının 1.61-1.70 olduğu, meslek sahibi olanların %37,7'sinin serbest meslekte olduğu, %61,1'inin sağlık güvencelerinin SGK olduğu, %79'unun alkol kullanmadığı, %46,6'sının sigara kullanmadıkları saptandı. Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımlarına bakıldığında %52,3'ünün erkek, %44,8'inin kadın olduğu, %18,3'ünün 41-50 yaş aralığında olduğu görüldü. Yapılan literatür incelemesinde; Zengin tarafından yapılan bir çalışmada %51,8'nin erkek olduğu ve %19,7'sinin 45-50 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir (124). Yine Akyüz tarafından yapılan benzer bir çalışmada hastaların %47'sinin erkek olduğu ve %20,9'unun da 40-50 yaş aralığında olduğu bulunmuştur (125). Bakır ve Yurt tarafından yapılan bir başka çalışmada da hastaların %51,6'sının erkek olduğu ve %18,7'sinin 40-45 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (126). Benzer olan araştırma bulgularının bu çalışma bulgularını desteklediği görüldü.

Hastalığa ilişkin bilgiler incelendiğinde; yapılan ameliyatlar arasında en fazla görülenlerin %18,7 oranında Sleeve gastrektomi, %11,1 oranında İleus, %9,9 oranında Kolon ca, %7,9 oranında Total gastrektomi, %7,1 oranında Peptik ülser perforasyonu ve %5,6 oranında Whipple olduğu, %48,8'lik oranla yoğun bakımda kalma sürelerinin 2 gün olduğu tespit edildi. Literatürlerde yapılan ameliyatların sonrasında konfor düzeyini etkileyen en önemli faktör olarak ağrı çekmenin hastalarda endişe/kaygı/anksiyete gibi

durumların yaşanmasına neden olduğu belirtilmektedir Yılmaz ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada hastaların %62,13'ünde gerçekleştirilecek olan ameliyatta ağrı çekme düşüncesinden dolayı ameliyat öncesinde endişe duyduklarını ve bu durumun konfor düzeylerini etkiledikleri bulmuşlardır (127). Rothoug ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastaların ameliyat sonrasında ağrı yaşadıklarını ve bu durumdan kaynaklı ağrının geçmeyeceğine yönelik endişe ve kaygı duyduklarını tespit etmişlerdir (127). Literatür bilgisi ve yapılan çalışmalar ile bu çalışma arasında da benzerlik olduğu görülmektedir.

Hastaların, %53,17'sinin kronik hastalığının olmadığı, %23'ünün hipertansiyonu olduğu, %61,1'inde sağlık algılama biçiminin iyi yönde olduğu, %48'sinde önceden geçirilen ameliyat deneyiminin iyi yönde olduğu, %57,1'inde ameliyata karşı olan tutumun iyi yönde olduğu, %94'ünde ameliyat öncesinde eğitim aldıkları, %27'sinde orta şiddette ağrı görüldüğü, %61,38'inin kesi ağrısı nedeniyle ağrısı olduğu, %55,42'sinin ağrı kesici kullandıkları, %33,14'ünde ameliyat sonrası konfor durumu olarak ağrının olmaması, %69,14'ünde ameliyat sonrası konfor algısını etkileyen faktörlerin ağrı olduğu, %46,36'sında ameliyat sonrası konfor önerilerinde erken taburcu olmak istedikleri yönünde olduğu saptandı. Bu çalışmada hastaların sağlık algılama biçimleri, önceden geçirilen ameliyat deneyimi ve ameliyata karşı olan tutumun iyi yönde olmasının konfor düzeyini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Ancak hastaların en fazla konfor düzeylerini etkileyen durumun ameliyat sonrasında yaşanan ağrı yönünde olduğu görüldü. Buna benzer olarak Şahin, yapmış olduğu çalışmada hastaların sağlık algılama biçimleri, önceden geçirilen ameliyat deneyimi ve ameliyata karşı olan tutumlarının iyi yönde olduğunu belirtirken, hastaların ameliyat sonrasında yaşadıkları ağrının konfor düzeylerini oldukça olumsuz yönde etkilediğini bulmuştur (128). Yapılan çalışmanın bulguları ile bu çalışma bulguları örtüşmektedir.

5.2. Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeğine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Ameliyat sonrasında hemşirelik bakımında bozulan homeostatik dengenin tekrar düzenlenebilmesinde, bütün sistemin normal işlevlerini sürdürebilmesi ve ameliyata ait komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınması için etkili bir hemşire bakımının olması gerekmektedir (129). Etkili bir ameliyat öncesi-sonrası hemşirelik bakımıyla komplikasyonların gelişmesi engellenerek hastaların erken zamanda iyileşmeleri ve günlük

yaşamlarına dönmeleri sağlanmaktadır. Erken zamanda ayağa kalkmada cesaretlendirme, komplikasyonların engellenmesinin yanında hastaların bağımsızlıklarını erken zamanda elde etmelerinde önemli rol oynamaktadır. Hastalar tolere edebildikleri ölçüde hareket ettirilmeli ve hareketlerinde cesaretlendirilmelidirler. Ameliyat sonrası süreçte hastada derin solunum ve öksürük egzersizleri yapmada, ayağa kalkma ve yatakta dönmede isteksizlik görülebilmektedir (130). Bunların dışında, ameliyat esnasında ve iyileşme döneminde hareketsizlik, hareket sınırlaması, anestezi, analjezikler, ameliyat sonrasında komplikasyonların sebepleri arasında görülmektedir. Ameliyat sonrası dönemdeki komplikasyonlar bir başka komplikasyonları da beraberinde getirdiği, hastaların hastaneden kalma sürelerinin uzamasına ve ekonomik kayıplarına sebep olmaktadır. Ameliyat sonrası ağrı kontrolü ve yönetimi, derin solunum egzersizleri ve erken mobilizasyonla desteklenen hastalarda daha az komplikasyon geliştiği görülmektedir. Erken mobilizasyon gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde ve erken mobilizasyonun sağlanabilmesi konusunda hemşireler önemli rol ve sorumluluklar üstlenmektedirler (131). Ayoğlu'nun araştırmasında hastaların en çok yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönemlerinde zorlandıkları ve yatak kenarında oturma hareketini yaparken yardıma gereksinim duyduklarının saptamıştır (121). Bu çalışmada ameliyat sonrasında mobilize edilen hastaların %39,7'sinin yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönemlerinde sözlü ve fiziksel yardım aldıkları görüldü. Diğer bir durum olarak hastaların %52'sinin yatak kenarında oturmada hemşireye bağımlı oldukları görüldü. Buna yönelik olarak Yolcu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada ameliyat olan hastaların en çok yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmelerinde ve yatak kenarında oturma esnasında oldukça zorluk yaşadıkları ve bu yüzden yardım için hemşireye gereksinim duyduklarını bulmuşlardır (132). Yolcu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma bulguları bu çalışmayı destekler niteliktedir. Hastaların %44,4'ünün ayağa kalkmada hemşireye bağımlı oldukları görüldü. Mahmudova ve Dönmez'in yapmış oldukları çalışmada kolesistektomi ameliyatı sonrasında hastaların ayağa kalkabilme pozisyonlarını etkileyen etmenleri incelediklerinde hastaların %99,5'inin ameliyat sonrasında ayağa kalkabilmeleri esnasında yardım aldıklarını saptamışlardır (133). Kavrazlı tarafından ameliyat sonrasında hastaların iyileşmelerindeki durumların ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirmesinin yapıldığı araştırmasında kalp ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrasında hareket edebilmeleri ve mobilizasyonları sırasında başka cerrahi hastalarına göre daha fazla sorun yaşadıkları ve daha çok yardıma gereksinim duydukları saptanmıştır (134). Kavrazlı'nın çalışması ile bu çalışma benzerlik göstermektedir. Bu durumun da bize hastaların hareket edebilmelerinin

ve mobilizasyon sırasında geçirmiş oldukları ameliyatın türü ve derecesinin hasta açısından oldukça önemli olduğunu düşündürmektedir.

Cerrahi girişim sonrasında erken mobilizasyonun iyileşmeyi hızlandırdığı, hastanede kalma sürelerini ve morbiditeyi azalttığından dolayı önerilerek, atelektazi, pnömoni, gastrointestinal sistemi rahatsızlığı ve dolaşım sorunlarının görülme sıklığını düşürdüğü bildirilmektedir (135). Erken ayağa kalkabilmenin bu yararlarına karşın ani hareketlere ilişkin olarak ortostatik hipotansiyon ve ağrıya sebep olduğu ve bu sebeple mobilizasyonun ertelendiği görülmektedir. İlk ayağa kalkma esnasında dolaşım sisteminin değişime uyumunu kolaylaştırdığından pozisyon değişiminin yapılmasının gerektiği önerilmektedir (136). Mahmudova ve Dönmez'in yapmış oldukları araştırmada ameliyat sonrasında hastaların ayağa kalmalarını etkileyen etmenleri incelediklerinde hastaların ameliyat sonrasında ayağa kalkmalarıyla kan basıncı, nabız ve solunumundaki sayısal değerlerin ayağa kalkma öncesindeki değerlere kıyasla anlamlı derecede yükseldiğini saptamışlardır (133). Yolcu ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir diğer çalışmada ise ameliyat sonrasında hastaların hareket seviyeleri ve hareket seviyeleriyle bağlantılı etmenlerin değerlendirilmesinde; mobilizasyon sonrasında hastaların kan basıncında, nabzında ve solunum değerlerinde anlamlı derecede artış bulmuşlardır (132). Bu çalışmada, mobilizasyon öncesi ve mobilizasyon sonrasındaki hastaların kan basıncı ölçümleri, nabız değerleri ve solunum sayılarındaki karşılaştırmada tedavi öncesi ile tedavi sonrası arasında pozitif yönlü güçlü bir korelasyon bulunduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olmasına rağmen klinik olarak anlamlı olmadığı saptandı. Bu sonuç mobilizasyon öncesi ve sonrasındaki yaşam bulgularında olası değişiklikler yönünde hastaların ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma esnasında dikkatli olunması, hemodinamik parametrelerin yakından izlenip ve mobilizasyon esnasında hastanın konforunun sağlanabilmesinin önemine dikkat çekmektedir.

5.3. Hastaların Genel Konfor Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ameliyat süreci içindeki hemşirelik bakımında hemşire, hastanın ameliyata girdiği andan itibaren hasta savunucusu rolü üstlenerek hastaların konforunu, güvenliğini sağlamada, mahremiyetini, saygınlığını, ruhsal ve biyolojik durumun korumada, cerrahi alan kontrollerinde, asepsi ilkelerini sürdürmede ve doğru hasta hareketlerinin sunulmasında hasta ihtiyaçlarını bir temele dayandırıp yürüten uzman kişi olarak

görülmektedir. Bütün rol ve sorumluluklarını dikkate alarak hastaların konforunu ve ihtiyaçlarını karşılamaktadır (136). Bu çalışmada hastaların genel konfor düzeyiyle alakalı ölçekte yer alan maddelerin Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile karşılaştırılarak faktör analizleri incelendi. Hasta sayısı 252 olduğu için Kolmogorov-Smirnov analiz sonuçları baz alınarak yorumlandı. Faktör analizleri sonuçlarına bakıldığında; birinci faktör %32,412'sini ikinci faktör %28,372'sini üçüncü faktör %5,801 olarak görüldü. Bu üç faktörün toplam analiz değerleri %66,585 sonucuna ulaşıldı. Çalışmanın analiz sonuçları normal dağılım gösterdiği yönünde görüldü. Kubat'ın yaptığı çalışmada Kolmogorov-Smirnov testiyle konfor düzeyi ile ilgili ölçekte bulunan maddelere bulunduğu faktör analiz sonucu değerinin %61,858 olduğunu belirtmiştir (137). Kubat tarafından yapılan çalışmada bulunan faktör analiz sonucu değeri, yapılan çalışmada bulunan faktör analiz sonucu ile birbirine yakın sonuç olduğu görülmüştür.

Genel konfor ölçeği alt boyutları Gözlemci Hareketlilik Ölçeği maddelerindeki korelasyon sonuçlarının pozitif yönde ilişkinin olduğu sonucuna varıldı ($p<0,01$, $p<0,05$). Buna benzer olarak Kuşuoğlu ve Karabacak tarafından yapılmış olan araştırmada, genel konfor ölçeğinin alt düzeylerinin ve memnuniyet ölçeğinin alt ölçekleri arasında korelasyon sonuçlarının pozitif yönde ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (123). Araştırmada hastaların konfor düzeyleri cinsiyetler arasında farkın olduğu görüldü. Erkek sıra ortalamasının 142,62, kadın ortalamasından 113,40 daha yüksek olduğu ve durumun anlamlı olduğu bulunurken, hastaların konfor düzeyleri medeni durum arasında farkın olmadığı, bekâr olanların sıra ortalaması 130,46 evli olanların sıra ortalamasından 115,33 yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı görüldü ($p<0,147$). Carik tarafından yapılan araştırma bulgularının bu çalışma bulguları ile paralel olduğu görüldü (138).

Konfor, hastaların ve ailelerinin oldukça fazla yaşam kalitesine sahip olmalarına etken olan önemli bir kavram olmaktadır. Yaş, medeni durum, eğitim durumu, cinsiyet, boy ve kilo durumu, alkol ve sigara kullanma gibi durumların hastaların konfor düzeyleri arasındaki farkın olup/olmadığı yönünde görülmektedir (139). Bu çalışmada hastaların konfor düzeyleri ile yaş aralığı arasında farkın olduğu görüldü. Yaş aralığındaki 41-50 yaş aralığı sıra ortalamasının 144,88 ile diğer yaş aralığı sıra ortalamalarına kıyasla daha fazla olduğu görülürken istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü ($p: 0,231$). Araştırmada hastaların konfor düzeyleri ile eğitim durumu arasında farkın olmadığı görüldü. Eğitim durumu önlisans mezunu olanların ortalamalarının 168,56 ile diğer mezunlara kıyasla daha

fazla olduğu görülürken istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü (p: 0,303). Bir diğeri, hastaların konfor düzeyleri vücut ağırlığı farkları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü. Vücut ağırlığı 101 kg ve üzerinde olanların ortalaması 139,32 diğeri vücut ağırlığı sıra ortalamalarına kıyasla daha fazla olduğu görülürken istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü (p: 0,300). Anlamlı çıkmamasının nedeni olarak değişkenlerin birden fazla olması ve bu durumdan dolayı normal dağılım gösterememesinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmada hastaların konfor düzeyleri alkol kullanma durumu arasında farkın olduğu görüldü. Alkol kullanmayanların sıra ortalaması 134,40, alkol kullanan ve alkolü bırakanlara kıyasla sıra ortalamalarının fazla olduğu görülürken istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görüldü (p: 0,004<0,05). Son olarak hastaların konfor düzeyleri sigara kullanma durumu arasında farkın olduğu görüldü. Sigara kullanmayanların ortalamasının 142,70, sigarayı kullanan ve bırakanların ortalamasından daha fazla olduğu görüldü. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde anlamlı olduğu görüldü (p: 0,001<0,05). Bu araştırmanın analiz çalışmasında non-parametrik (Anova) testler kullanılarak hazırlandı. Bu test bağımsız iki veya daha fazla grubun bir bağımlı değişkene ait olan ortalamalar arasındaki anlamlı farklılığın olup olmadığını tespit edilmek için amacıyla kullanıldı. Analizde veri değerleri sıralı şekilde getirilip, sıra toplamları grup büyüklüğüne bölünerek sıra ortalamaları hesaplandı. Hesaplamalar sonucunda değişkenler arasında normal bir dağılım gösterdiği görüldü. Buna yönelik olarak Mace'nin yaptığı çalışmada non-parametrik (Anova) testlerini kullanarak hastaların konfor düzeylerini alkol ve sigara kullanma durumlarındaki farkın anlamlı olduğu sonucunu bulmuştur (140). Bu durumda Mace'nin yaptığı çalışma yapılan çalışma arasında benzerliğin olduğu yönünde görülmüştür. Bunun sonucunda hastaların konfor düzeyleri alkol ve sigara kullanma durumlarının konforu etkilediği yönünde görülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yapılan araştırmanın sonucunda;

- Hastaların sosyodemografik özelliklerinde erkek hastaların kadın hastalardan daha fazla olduğu,
- Evli olan hastaların bekar olan hastalardan daha fazla olduğu,
- 41-50 yaş aralığındaki hastaların daha fazla olduğu,
- Eğitim durumlarında ilköğretim mezunu olan hastaların daha fazla olduğu,
- 101 kg. ve üzeri ağırlıktaki hastaların fazla olduğu,
- Gelir durumunun geliri giderinden az olan hastaların daha fazla olduğu,
- 1.61-1.70 boy aralığındaki hastaların daha fazla olduğu,
- Serbest meslekte olan hastaların daha fazla olduğu,
- Sağlık güvencelerinin SGK olan hastaların yoğun olduğu,
- Alkol ve sigara kullanmayan hastaların daha fazla olduğu sonucuna ulaşıldı.
- Hastaların hastalığa ilişkin bilgilerinde, yapılan ameliyatlardan en fazla yapılanlar arasında sleeve gastrektomi, ileus, kolon ca, total gastrektomi, peptik ülser perforasyonu ve whipple olduğu,
- Yoğun bakımda kalma sürelerinin en çok 2 gün olduğu,
- Sağlık algılama biçimi, ameliyat deneyimi ve ameliyata karşı olan tutumun iyi yönde olduğu,
- Ameliyat öncesinde eğitim alındığı yönünde olduğu,
- Ağrı ölçeğindeki ağrı şiddetinin orta şiddette görüldüğü,
- Ağrı yerinin kesi yeri ağrısı olduğu,
- Ağrı kesici kullandıkları yönünde olduğu,
- Ameliyat sonrasında konfor durumlarının en fazla ağrının olmaması yönünde olduğu,
- Ameliyat sonrası konfor algısını etkileyen faktörlerin ağrı olduğu,
- Ameliyat sonrası konfor önerilerinde ise erken taburcu olmak istedikleri yönünde olduğu sonucuna ulaşıldı.
- Genel konfor ölçeğinin gözlemci hareketlilik ölçeğinin maddeleri arasındaki korelasyonlarında pozitif derecede anlamlı sonuçlara rastlandı.

- Genel konfor ölçeğın hastaların sosyodemografik özelliklerine yönelik yapılan karşılaştırmalarında bazı özelliklerde anlamlı sonuçlar çıkarken, bazı özelliklerde anlamlı sonuçların çıkmadığı sonucuna ulaşıldı.

6.2. Öneriler

Elde edilen sonuçlara yönelik aşağıda yapılacak olan çalışmalara öneriler verilmektedir. Bunlar;

- Hastaların konforunun arttırmak amacı ile benzer araştırmaların daha özgün ölçme araçlarıyla daha geniş örneklem gruplarına ulaşarak farklı zamanlarda yapılması önerilmektedir.
- Ameliyat öncesinde hastaların konfor düzeylerine yönelik eğitim almaları konusundaki bilgilerin daha fazla verilmesi yönünde farklı çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Hemşirelerin erken mobilizasyon ve konfor düzeylerinin ne derecede olduğu konusunda çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Genel konfor ölçeğının daha fazla geliştirilerek hastalar üzerindeki etkisinin neler olduğu yönünde çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Ameliyat olan hastaların mobilizasyonu etkileyen etmenlerin belirlenmesine yönelik düşüncelerinin alındığı kalitatif araştırma yapılması önerilmektedir.
- Hemşirelerin, ameliyat sonrasında hastaların yaşadıkları ağrıyı rahatlatmaya yönelik olarak farmakolojik yöntemlerden ziyade nonfarmakolojik yöntemlerini uygulaması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Uğurlu A. K., Kula Ş. S., Seçginli S., Eti F. (2017). Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Erken Ayağa Kaldırmanın Hızlı İyileşmeye Etkisi: Sistematik Derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*. 9(4).
2. Miedema B. W., Johnson O. J. (2003). Methods for decreasing postoperatif gut dysmotility. *The Lancet Oncology*; 4: 365-372.
3. Büyükyılmaz F., Şendir M. (2009). Cerrahi hastalarında barsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; 2(1):74-81.
4. Taşdemir N., Çelik Ş. S. (2010). Hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 26 (3):11-22.
5. Mentş Ö., Harlak A., Eryılmaz M., Balkan M., Kozak O., Arslan İ. C., Tufan T. (2009). Laparoskopik kolesistektomi sonrası ağrı tedavisinde tramadolün devamlı infüzyon ve hasta kontrollü analjezi ile uygulanmasının karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*; 51: 6-10.
6. Çilingir D., Candaş B. (2017). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 137-143.
7. Dağıstanlı S., Kalaycı M., Kara Y. (2018). Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. *İKSST Dergisi*. (10): 9-20.
8. Şahin P.B., Rızalar S. (2018). Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 5(3): 404-413.
9. Amaç H.Y., Çam R. (2019). Günöbirlik Cerrahide Hasta Konforu Ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmenler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(1): 1222-1237.
10. Kolcaba, K. Y., Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*; 16(11), 1301-1310.
11. Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*; 19(6), 1178-1184.

12. Karasu, M., & Özşaker, E. (2019). Hemşirelerin cerrahi hastasının beslenmesi konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarının incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1191-1205.
13. Yılmaz M. (2002). Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*; 4 (1):40-51.
14. Pouwels S., Stokmans R. A., Willigendael E. M., Nienhuijs S. W., Rosman C., Ramshorst B. (2014). Preoperatif exercise therapy for elective major abdominal surgery: a systematic review. *International journal of surgery (London, England)*;12(2):134-40.
15. McCool F. D., Tzelepis G. E. (2012). Dysfunction of the diaphragm. *The New England journal of medicine*; 366(10):932-42.
16. Kulkarni S. R., Fletcher E., McConnell A. K., Poskitt K. R., Whyman M. R. (2010). Preoperatif inspiratory muscle training preserves postoperatif inspiratory muscle strength following major abdominal surgery - a randomised pilot study. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*; 92(8):700-7.
17. Brieger G. H. (1983). *Early ambulation. A study in the history of surgery*. *Annals of surgery*;197(4):443-9.
18. Kirkeby G. I., Sellevold O. F., Stenseth R., Skogvoll E. (2005). Mixed venous oxygen desaturation during early mobilization after coronary artery bypass surgery. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*; 49(6):827-34.
19. Kolcaba K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. *New York: Springer Publishing*.
20. Bilgiç Ş. (2015). *Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi*. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
21. Cırhinlioğlu Z. (2001). *Sağlık Sosyolojisi*, 1. Basım, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti., Ankara.
22. Birol L. (1997). *Hemşirelik Süreci*, 3. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir.
23. Tümer A. (2003). Sağlık Hastalık Kavramları, Davranışları ve Etkileyen Etmenler. *Çınar Dergisi*, 9(1):11-16.
24. Öz F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret A.S.
25. Hiçdurmaz, D., ve Figen, A. R. I. (2015). Eşduyum yorgunluğu: Tanımı, nedenleri ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(3), 295-303.

26. Kılıç, M. (2011). Kronik hastalıkların önlenmesinde davranışsal risk faktörlerinin önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(6), 733-740.
27. Aytaç, Ö., ve Kurtdaş, M. Ç. (2015). Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri Ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250.
28. Hacımustafaoğlu, M., ve Önürmen, Ö. (2018). Enfeksiyon hastalıkları pratiğinde salgın tanımlanması. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 12(4), 172-173.
29. Parıldar, H. (2020). Tarihte bulaşıcı hastalık salgınları. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 30, 19-26.
30. Günler, O. E. (2019). Kronik Hastalıkların Yol Açtığı Bazı Toplumsal Problemler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (42), 392-400.
31. Bolsoy, N., ve Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık Ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.
32. Taylor C. (1997). *Fundamentals of Nursing*. Stanley Thornes (publishers) Ltd., United Kingdom.
33. Bekar M. (2001). *Kültürler arası (transkültürel) hemşirelik*. Toplum ve Hekim 6(2):136-141.
34. Aykas A., Karasu Z. (2018). Güncel Bilgiler Eşliğinde Kolelitiazis Tedavisinde Laparoskopik ve Açık Kolesistektomi Karşılaştırılması. *KSÜ Tıp Fak Dergisi*, 13(2):51-53.
35. Wahyuni S., Wahyuni A., Tarigan R., Syarifah S. (2019). Effect of Early Ambulation to Peristaltic Activity of Abdominal Postoperatif Patients in Medan City Hospital, Indonesia. *Journal of Physics*, 1-5.
36. Akkaya, S. B. (2020). *Açık abdominal cerrahi uygulanan hastaların ambulans sürelerinin hasta sonuçlarına, anksiyete ve depresyona etkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kütahya.
37. Moore K. L., Agur A. M., Dalley A. F., Moore K. L. (2015). *Essential clinical anatomy*. Wolters Kluwer Health.
38. Pryor J. A., Prasad A. S. (2008). *Physiotherapy for respiratory and cardiac problems: adults and paediatrics*. Elsevier Health Sciences.
39. Özyürek S. (2014). *Yoğun bakım ortamında başlanan inspiratuar kas eğitiminin abdominal cerrahi geçiren hastalarda kas kuvveti ve solunum fonksiyonu üzerine etkisi [PHD]*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
40. Arer, İ. M. (2012). Laparoskopik ve tek insizyon laparoskopik apendektominin prospektif karşılaştırma sonuçları. Yüksek Lisans Tezi. Başkent üniversitesi. Ankara.

41. Zinner M. J., Ashley S. W., Hines O. J. (2019). *Maingot's abdominal operations*. McGraw-Hill Education.
42. Pryor J. A. (1998). *Physiotherapy for Respiratory and Cardiac Problems*. 2 (Ed). C. Ridley, S. Surgery for Adults. In: Harcourt Publishers Limited; p. 295-323.
43. Aksoy G. (2012). *Cerrahi ve cerrahi hemşireliği*. İçinde: Aksoy G., Kanan N., Akyolcu N., eds. Cerrahi hemşireliği I. 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 1-38.
44. Aksoy Y. D. (2012). *Sezaryen ile Doğum Yapan Loğusalara Konfor Kuramına Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi*. Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
45. Kıdak L. B., Aksaraylı M. (2008). Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; 10(3):87-12.
46. Yılmaz E. (2016). *Cerrahi süreç: Ameliyat öncesi hazırlık ve bakım*. Aslan FE (Editör). Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte'de. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 319-45.
47. Yılmaz E., Aydın E. (2013). Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 23-8.
48. Denizgil T., Sönmez İ. (2015). Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantıların karşılaştırılması. *Yeni Symposium Dergisi*; 53(3).
49. Yolcu S., Akın S., Durna Z. (2016). Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hareket Düzeyleri ve Hareket Düzeyleri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 13(2): 129-138.
50. Castelino T., Fiore J.F., Nicoliseanu P., Landry T., Augustin B., Feldman L.S. (2016). The effect of early mobilization protocols on postoperatif outcomes following abdominal and thoracic surgery: A systematic review. *Surgery*, 159(4), 991-1003.
51. Köse, S. (2018). *Açık kalp cerrahisi yapılan hastalarda erken ve düzenli mobilizasyonun yaşam bulguları ve oksijen saturasyonu üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
52. Hashem M.D., Nelliott A., Needham D.M. (2016). Early mobilization and rehabilitation in the ICU: Moving back to the future. *Respiratory Care*, 61(7), 971-979.

53. Hodgson C.L., Capell E., Tipping C.J. (2018). Early mobilization of patients in intensive care: Organization, communication and safety factors that influence translation into clinical practice. *Critical Care*, 22(77), 1-7.
54. Adler J., Malone D. (2012). Early mobilization in the intensive care unit: A systematic review. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, 23(1), 5-13.
55. Mahmudova R., Dönmez C. Y. (2019). Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 11(1):1-6.
56. Scott N.B., McDonald D., Campbell J. (2013). The use of enhanced recovery after surgery (ERAS) principles in Scottish orthopaedic units: an implementation and follow-up at 1 year, 2010–2011: a report from the Musculoskeletal Audit, Scotland. *Arch Orthop Trauma Surg*, 133:117–124.
57. Auyong D.B., Allen C. J., Pahang J. A. (2015). Reduced Length of Hospitalization in Primary Total Knee Arthroplasty Patients Using an Updated Enhanced Recovery After Orthopedic Surgery (ERAS) Pathway. *The Journal of Arthroplasty* 30: 1705–1709.
58. Stowers M. D., Manuopangai L., Hill A. G. (2016) *Enhanced Recovery After Surgery in elective hip and knee arthroplasty reduces length of hospital stay*. *ANZ J Surg* 86: 475–479.
59. Gwynne D.P., Martin G., Crane C. (2017). Enhanced Recovery After Surgery for Hip and Knee Replacements. *Orthopaedic Nursing* 36(3): 203-210.
60. Vermişli S., Çam K. (2015). *Ürolojik Radikal Cerrahi Sonrası Erken Mobilizasyonun Etkinliği*. *Bulletin of Urooncology* 14: 324-326.
61. Nicholson A., Lowe M. J., Parker J. (2014). Systematic review and metaanalysis of enhanced recovery programmes in surgical patients. *BJS* 101: 172– 188.
62. Morris B. A., Benetti M., Marro H. (2010). Clinical Practice Guidelines For Early Mobilization Hours After Surgery. *Orthopaedic Nursing* 29(5): 290-316.
63. Castro E., Turcinovic M. Platz J. (2015). Early Mobilization: Changing the Mindset. *Critical Care Nurse* 35(4) DOI: 10.4037/ccn2015512.
64. Kalisch B. J., Lee S. Dabney B. W. (2013). Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* DOI: 10.1111/jocn.12315.
65. Nanavati A.J., Prabhakar S. (2016). Enhanced recovery after surgery: If you are not implementing it, why not?. *Nutrition Issues In Gastroenterology*, 151, 46-56.

66. Hickmann C.E., Castanares D., Bialais E., Dugernier J., Tordeur A., Colmant L., Wittebole X., Tirone G., Roeseler J., Laterre P.F. (2016). Teamwork enables high level of early mobilization in critically ill patients. *Annals of Intensive Care*, 6(80), 1-11.
67. Miranda A.R., Martinez B.P., Maldaner V.Z., Forgiarini L.A. (2017). Early mobilization: Why, what for and how?. *Medicina Intensiva*, 41(7), 429-436.
68. Leong Y.L., Rasnah A.R., Chong M.C. (2017). Patient early mobilization: A Malaysia's study of nursing practices. *Journal of Intensive and Critical Care*, 3(3), 1-7.
69. Bartolo M., Bargellesi S., Castioni C.A., Intiso D., Fontana A., Copetti M., Scarponi F., Bonaiuti D. (2017). Intensive Care and Neurorehabilitation Italian Study Group. Mobilization in early rehabilitation in intensive care unit patients with severe acquired brain injury: An observational study. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(1), 90-100.
70. De Almeida E.P.M., De Almeida J.P., Landoni G., Galas F.R.B.G., Fukushima J.T., Fominskiy E., De Brito C.M.M., Cavichio L.B.L., de Almeida L.A.A., Ribeiro U., Osawa E.A., Diz M.P., Cecatto R.B., Battistella L.R., Hajjar L.A. (2017). Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: a randomized controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*, 119(5), 900-907.
71. Vermişli, S., ve Çam, K. (2015). Ürolojik Radikal Cerrahi Sonrası Erken Mobilizasyonun Etkinliği. *Bulletin of Urooncology*, 14, 324-326.
72. O'Shea G. (2012). Ventricular assist devices what intensive care unit nurses need to know about postoperatif management. *AACN Adv Crit Care*, 23:69-83.
73. Ergan, M., Başkurt, Z., Çetin, C., ve Atay, T. (2019). Results of a Rehabilitation Program After Surgery of Knee Multiple Ligament Injury: A Case Report. *Spor Hekimliği Dergisi*, 54(3), 202-206.
74. Maffezzini M., Campodonico F., Capponi G. (2012). Fast-track surgery and technical nuances to reduce complications after radical cystectomy and intestinal urinary diversion with the modified Indiana pouch. *Surgical Oncology* 21:191-195.
75. Mastal M., Matlock A. M., Start R. (2016). Ambulatory Care Nurse-Sensitive Indicators Series: Capturing the Role of Nursing in Ambulatory Care - The Case for Meaningful Nurse-Sensitive Measurement. *Nursing Economic* 34(2): 92-97.

76. Kibler V. A., Johnson D. E. (2012). Early Postoperatif Ambulation: *Back to Basics*. *AJNV* 112(4): 63-69.
77. Specht K., Kjaersgaard P., Kehlet H. (2015). Nursing in fast-track total hip and knee arthroplasty: A retrospective study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 19: 121–130.
78. Pashikanti L., Von D. (2012). Impact of Early Mobilization Protocol on the Medical-Surgical Inpatient Population. *Clin Nurs Spec*. 26(2): 87-94.
79. Pagnotta G., Rich E., Eckardt P. (2017). The Effect of a Rapid Rehabilitation Program on Patients Undergoing Unilateral Total Knee Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing* 36(2): 112-121.
80. Ünlü H. (2017). Hızlı İyileşme Protokolü ile Total Kalça veya Diz Artroplastisi Yapılan Yaşlı Hastalarda Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri J Surg NursSpecial Topics* 3(2): 143-150.
81. Jans Q., Bundgaard M., Solgaard S. (2012). Orthostatic intolerance during early mobilization after fast-track hip arthroplasty. *Br J Anaesth* 108(3): 436-43.
82. TDK. (2017). *Türkçede Batı Kökenli Kelimeler Sözlüğü*. Ankara: Türk Dil Kurumu.
83. TDK. (2017). *Büyük Türkçe Sözlük*. Ankara: Türk Dil Kurumu.
84. Kolcaba K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing.
85. Erol F. (2016). *Hemşirelerin Bakım Davranışları ve Mesleki Profesyonel Tutumları*. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
86. Orak N. Ş. (2013). Konfor Kuramı. İçinde A. F. Ocakçı, Ş. E. Alpar (Ed.). *Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
87. Bilgiç Ş. (2015). *Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi*. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
88. Terzi B. (2014). *Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi*. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
89. Akgün Ö. (2016). *Annelerin Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
90. Kolcaba K. (1991) Taxonomic Structure for the Concept Comfort [Konfor Kavramının Taksonomik Yapısı]. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4): 237- 240.

91. Kolcaba K., Wilson L. (2004). Practical Application of Comfort Theory in The Perianesthesia Setting [Anestezi Öncesinde Konfor Teorisinin Pratik Uygulaması]. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3): 164-173.
92. Karabacak Ü., Acaroğlu R. (2011). Konfor Kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1): 197-202.
93. Kolcaba K., Dimarco M. (2005). Comfort Theory and Its Application To Pediatric Nursing [Konfor Teorisi ve Pediatrik Hemşirelikte Uygulanması]. *Pediatric Nursing*, 31(3): 187-194.
94. Zengin N. (2010). Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 14(2): 61-66.
95. Erdemir F., Çırlak A. (2013). Rahatlık Kavramı ve Hemşirelikte Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(4): 224- 230.
96. Kolcaba K., Wilson L. (2004). Practical Application of Comfort Theory in The Perianesthesia Setting [Anestezi Öncesinde Konfor Teorisinin Pratik Uygulaması]. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3): 164-173.
97. Yaşar E., Çınar Y. Ş. (2015). Türkiye’de Hemşirelerin 2004-2014 Yılları Arasında Konfor Kuramını Kullandıkları Çalışmaların Değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 5: 113-128.
98. Yücel Ş. (2011). Kolcaba’nın Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 17(1-3): 17-23.
99. Erdil F., Elbaş N.Ö. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara: Aydoğdu Ofset.
100. Yöner H. (2016). *Günübirlik Cerrahide Hasta Konforu ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmenler*. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
101. Üstündağ H. (2009). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
102. Üstündağ H., Aslan F. E. (2010). Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçeye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2(2):94-9.
103. Dikmen, R. D. (2020). *Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadığı semptomların konfor düzeylerine etkisi* (Master's thesis, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
104. Frisk U., Nordström G. (2003). Patients’ sleep in an intensive care unit- patients’ and nurse’ perception. *Intensive Care Unit*; 19.342-349.

105. Berry A., Davidson P. M. (2006). Beyond comfort: oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. *Intensive Care Unit*, 22:318-328.
106. Jo Grap M., Blecha T., Munro C. A. (2002). Description of patients' report of endotracheal tube discomfort. *Intensive and Critical Care Nursing*. 18:244-249.
107. Landström M., Rehn I. M., Frisman G. H. (2009). Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units-a phenomenographic study. *Intensive Crit Care Nurs.* 25(3):133-9.
108. Stein P. J., McKinley S. (2000). Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. *Am J Crit Care*, 9(1):20- 7.
109. Moser D. K., Chung M. L., McKinley S., Riegel B., An K., Cherrington C. C., Blakely W., Biddle M., Frazier S. K., Garcin B. J. (2003). Crittical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive and Critical Care Nursing*. 19:276-288.
110. Lawson N., Thompson K., Saunders G., Saiz J., Richardson J., Brown D., Ince N., Caldwell M., Pope D. (2010). Sound intensity and noise evaluation in a critical care unit. *Am J Crit Care*;19(6):88-98.
111. Wiiliams A. M., Irurita V. F. (2006). Emotional comfort: The patient's perspective of a therapeutic contex. *International Journal of Nursing Studies*; 43:405-415.
112. Malinowoski A., Stamler, L. L. (2002). Comfort Exploration of The Concept İn Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 39 (6), 599-606.
113. Kolcaba K., Wykle M. (1997). Comfort Research: Spreading Comfort Around The World. *Reflections* 23:12-13.
114. Kuğuoğlu S., Karabacak Ü. (2008). Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 61(16):16-23.
115. Çay E. (2011). *Günübirlik cerrahi girişim sonrası hastaların yaşadıkları sorunların değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
116. Nuraini T., Gayatri D., Rachmawati İ. (2017). Comfort assessment of cancer patient in palliative care: A nursing perspective. *International Journal of Caring Sciences* 1(10): 209-215.
117. Mace L. (2003). An audit of post-operative nausea and vomiting, following cardiac surgery: scope of the problem. *Nursing in Critical Care* 8(5): 187-196.
118. Terzi B., Kaya N. (2017). Konfor kuramı ve analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 20 (Ek 1):67-74.

119. Koç S. (2015). *Doğumda Kanguru Bakımının Yeni doğanın Emzirme Davranışlarına ve Annenin Konfor Düzeyine Etkisi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
120. Heye M.L., Foster L., Bartlett Adkins S. (2002). A preoperatif intervention for pain reduction, improved mobility and self-efficacy. *Applied Nursing Research*. 16(2): 174-183.
121. Ayoğlu T. Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisi. (2011). İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
122. Wilson L., Kolcaba K. (2002). Comfort care. A framework for perianesthesia. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 17(2): 102-111.
123. Kuğuluoğlu, S., ve Karabacak, Ü. (2008). Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 16(61), 16-23.
124. Zengin, N. (2010). Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 14(2): 61-66.
125. Akyüz, N. (2011). *Ameliyat sırası bakım uygulamaları*. İçinde: Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N, eds. Cerrahi hemşireliği uygulama rehberi. 1. baskı, İstanbul Tıp Kitabevi Yayıncılık Ltd. Şti. 21-32.
126. Bakır, G., ve Yurt, S. (2020). Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi.
127. Rothaug, J., Zaslansky, R., and Schwenkglenks, M. (2013). Patients' perception of postoperative pain management: Validation of the international pain outcomes (IPO) Questionnaire. *The Journal of Pain*;14:1361-70.
128. Şahin, P. (2016). *Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
129. Terzi, B., ve Kaya, N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.
130. Taşdemir, N., ve Çelik, S. Ş. (2011). Hastaların Cerrahi Girişim Sonrası Abdominal Distansiyona Yönelik Deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26(3), 23-32.

131. Aygöl, S., ve Ulupinar, S. (2012). Hemşirenin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Hastaların Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 1-9.
132. Yolcu S, Akın S, Durna Z. (2016). Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim*
133. Mahmudova R, Dönmez Y. (2019). Ameliyat sonrası hastaların ayağa kalkma durumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*.11(1):1-6.
134. Kavrazlı S. (2015). *Ameliyat sonrası dönemde hastaların iyileşme durumlarının ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi*. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
135. İzveren, A. Ö., ve Dal, Y. D. D. Ü. (2011). Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları Ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 36-46.
136. Yılmaz, E., Çeçen, D., Toğaç, H. K., Mutlu, S., Havva, K., ve Aslan, A. (2018). Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 3-9.
137. Kubat, G. (2017). *Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
138. Carik, S. (2020). *Ameliyat öncesi ağrı korkusunun ameliyat sonrası ağrı ve genel konfor düzeyine etkisi* (Master's thesis, İstinye Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
139. Şahin, P. (2016). *Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
140. Mace L. An audit of post-operative nausea and vomiting, following cardiac surgery: scope of the problem. *Nurs Crit Care* 2003; 8:187-96.

EKLER

Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı :E-97105791-804.01-2107050018
Konu :Tez Konu Başlığı Hk.

Tarih:05.07.2021

Sayın Gözde ÇANDIR

Enstitü Yönetim Kurulunun 18.09.2020 tarih ve 2020/26 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim Halil GUZELBEY
Müdür Vekili

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
194101048 Gözde ÇANDIR	Abdominal Cerrahi Sonrası Hastaların Erken Mobilizasyon Durumlarının Konfor Düzeyine Etkisi.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:ba3eba40

Belge Doğrulama Adresi: <http://cbys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index>

Adres :Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP

Tel / Fax :0(342) 211 80 80 / 0(342) 211 80 81

Keş Adresi :hasankalyoncu.unv@hs01.kep.tr

İrtibat:0(342) 211 80 80

Web:www.hku.edu.tr

e-Posta:info@hku.edu.tr



Ek 2. Etik Kurul Kararı



Ek 3. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Gerçekleştirilmesi İçin Sağlık Müdürlüğünde Gerekli Olan İzin Onayı



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 96172664-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Gözde ÇANDIR)

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Gözde ÇANDIR tarafından yürütülmek istenilen "**Abdominal Cerrahi Sonrası Hastaların Erken Mobilizasyon Durumlarının Konfor Düzeyine Etkisi**" başlıklı çalışmasını Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmak istemesi ile ilgili bilimsel çalışma başvuru talebi incelenmiştir. Çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüz İstatistik, Analiz ve Raporlama Birimine sunulması koşulu ile uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Emrah CEVİZ
Müdür a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

Telefon: Faks No: Dahili: 1402

e-Posta: serife.kose@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ADANA İl Sağlık Müdürlüğü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 95f43235-8ecd-4c4d-95ac-f0c0883fa5b8 kodu ile eri e bilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Şerife KÖSE

HEMŞİRE

Telefon No: (0 322) 352 40 60

Ek 4. Sosyodemografik Özellikleri Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

Ameliyat Tarihi: .../.../.....

Görüşme Tarihi: .../.../.....

A. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz:

1) Kadın 2) Erkek

3. Boyunuz:.....cm Kilonuz:.....kg

4. Medeni Durumunuz:

1)Evli 2)Bekar

5. Eğitim Durumunuz:

1) Okur Yazar Değil 2) Okur Yazar 3)İlköğretim
4) Ortaöğretim 5) Ön lisans 6)Lisans ve Üstü

6. Gelir Durumunuz:

1) Gelir Giderimden Az 2) Gelir Giderime Denk 3) Gelir Giderimden Çok

7. Mesleğiniz:

8. Sağlık Güvenceniz:

1)Sağlık güvencesi yok
2) SGK
3) Bağkur
4) Yeşilkart
5) İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü

9. Alkol Kullanım Durumunuz:

1) Evet (...../Gün) 2) Hayır 3)Bırakmış

10. Sigara Kullanım Durumunuz:

1) Evet (.....Adet/Gün) 2) Hayır 3)Bırakmış

B. HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİLER

11. Yapılan Ameliyat:.....

12. Yoğun Bakımda Kalma Süresi:..... /Gün

13. Kronik Hastalık Varlığı:

1)Yok

2)Var (Belirtiniz):.....

14. Genel Olarak Sağlığını Algılama Biçiminiz:

1)İyi

2) Orta

3)Kötü

15. Geçirilmiş Ameliyat Var İse Önceki Cerrahi Deneyiminiz Nasıl Bir Etki Bıraktı?

1)Geçirilmiş ameliyat deneyimim yok

2)İyi

3)Orta

4)Kötü

16. Şimdiki Ameliyata Karşı Tutumunuz:

1) Olumlu

2) Olumsuz

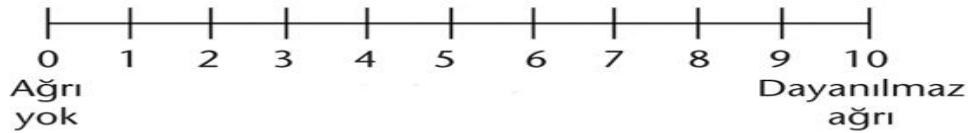
3) Kararsızım

17. Ameliyat Öncesi Bilgi/Eğitim Alma Durumunuz:

1) Eğitim Almış

2) Eğitim Almamış

18. Son 24 Saat İçerisindeki Ortalama Ağrı Şiddetinizi Aşağıdaki Ölçek Üzerinde İşaretleyiniz.



19. Ağrı Yeriniz:

1) Kesi Yeri Ağrısı

2) Dren Yeri Ağrısı

3) Diğer Ağrı (Belirtiniz):

.....

20. Ağrı Kesici Kullanımı:

- 1) Yok
- 2) Nsaii: Parasetamol Flk (IV)
- 3) Nsaii: Diklofenak Sodyum Amp (IM)
- 4) Opioid: Tramadol Hcl Amp (IM)

21. Sizce Ameliyat Sonrası Konfor Nedir? (Birden Fazla Cevap Verebilirsiniz)

- 1) Ağrının Olmaması
- 2) Rahat Uyuyabilmek
- 3) Erken Ayağa Kalkabilmek
- 4) Diğer (Belirtiniz).....

22. Ameliyat Sonrası Konfor Algınızı Etkileyen Faktör/ Faktörler Nelerdir?

- 1) Ağrı
- 2) Gürültü
- 3) Diğer (Belirtiniz):

23. Ameliyat Sonrası Konforunuzun Sağlanması İçin Sizin Önerileriniz Nelerdir?

- 1) Ameliyat Öncesi Yeterli Bilgi Ve Eğitimin Verilmesi
- 2) Erken Taburcu Olmak
- 3) Hastanenin Fiziki Koşullarının İyileştirilmesi
- 4) Diğer (Belirtiniz):

Ek 5. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği

Ameliyat Sonrası

Gün Gözlem Zamanı:.....

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

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

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 yatak içinde 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 uyarı ile bağımsız olarak odada yürüdü	Hasta sözlü ile fiziksel yardım ile odada yürüdü	Hasta sözlü ve yardımcı hemşireye odada bağımlıydı	Hasta odada yardım için rağmen odada yürüyemedi

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

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

Ek 6. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)

Aşağıda şu anda konfor durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için dört seçenek sunuldu. Sizden istenen **şu andaki** konfor durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	1	2	3	4
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	1	2	3	4
3. Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum	1	2	3	4
4.Yardıma gereksinim duyduğum güvenebileceğim kişiler var	1	2	3	4
5.Egzersiz yapmak istemiyorum	1	2	3	4
6.Durumum beni bunaltıyor	1	2	3	4
7.Kendimi güvende hissediyorum	1	2	3	4
8.Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	1	2	3	4
9.Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
10.Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	1	2	3	4
11.Bulduğum ortamdan memnunum	1	2	3	4
12.Gürültü dinlenmemi engelliyor	1	2	3	4
13.Kimse beni anlamıyor	1	2	3	4
14.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	1	2	3	4
15.Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	1	2	3	4
16.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	1	2	3	4
17.İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	1	2	3	4
18.Burada olmaktan hoşlanmıyorum	1	2	3	4
19.Şu anda kabızım	1	2	3	4
20.Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	1	2	3	4
21.Bu oda beni ürkütüyor	1	2	3	4
22.Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	1	2	3	4
23.Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var	1	2	3	4
24.Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	1	2	3	4
25.Açım	1	2	3	4
26.Doktorumu daha sık görmek istiyorum	1	2	3	4
27.Bu odanın ısısı iyi	1	2	3	4

28.Çok yorgunum	1	2	3	4
29.Ağrıyla başa çıkabiliyorum	1	2	3	4
30.Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	1	2	3	4
31.Memnunum	1	2	3	4
32.Bu sandalye/yatak rahatsız	1	2	3	4
33.Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	1	2	3	4
34.Özel eşyalarım burada değil	1	2	3	4
35.Kendimi buraya ait hissetmiyorum	1	2	3	4
36.Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	1	2	3	4
37.Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	1	2	3	4
38.İnançlarım bana huzur veriyor	1	2	3	4
39.Sağlığı hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	1	2	3	4
40.Kendimi kontrol edemiyorum	1	2	3	4
41.Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	1	2	3	4
42.Bu oda berbat kokuyor	1	2	3	4
43.Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum	1	2	3	4
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	1	2	3	4
45.Kederliyim	1	2	3	4
46.Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	1	2	3	4
47.Burada yaşamak kolay	1	2	3	4
48.Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	1	2	3	4

Ek 7. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

Çalışmanın Adı: Abdominal Cerrahi Sonrası Hastaların Erken Mobilizasyon Durumlarının Konfor Düzeyine Etkisi

Sayın Katılımcı;

Sizi “**Abdominal Cerrahi Sonrası Hastaların Erken Mobilizasyon Durumlarının Konfor Düzeyine Etkisi**” başlıklı bir çalışmaya davet ediyoruz. Bu çalışma Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde abdominal cerrahi olan hastaları ile yürütülmektedir. Bu araştırmanın amacı, abdominal cerrahi sonrası hastaların erken mobilizasyon durumlarının konfor düzeyine etkisinin belirlenmesidir. Çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara veri toplama formları yüzyüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından uygulanacaktır. Veri toplama formu araştırmacı tarafından hazırlanan 23 soruluk ‘Hasta Tanıtıcı Formu’, “Gözlemci Hareketlilik Ölçeği” ve “Genel Konfor Ölçeği” uygulanarak yapılması planlanmaktadır.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı red etme hakkına sahipsiniz. Araştırmayı kabul etmeme durumunda ya da herhangi bir nedenle çalışmadan çekilmeniz durumunda, aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili bir aksama olmayacaktır. İstedığınız anda bana haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da gerek görüldüğünde araştırma dışında tutulabilirsiniz. Araştırmaya katıldığınızda herhangi bir ödeme ya da harcama yapmayacaksınız.

Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Sizden alınan bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Soruları dikkatlice okuyup yanıtlamanız araştırmanın geçerliliği için önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Yukarıda yazılan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Telefon numarası:

Araştırmacının

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Telefon numarası:

Tarih...../...../.....

Ek 8. İntihal Raporu



Ek 9. Araştırmacının Özgeçmişi

