

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ABDOMİNAL BÖLGE CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARDA  
HAREKETLİLİĞE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Ebru KARAASLAN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Tezli Yüksek Lisans Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP  
2020**



**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ABDOMİNAL BÖLGE CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARDA  
HAREKETLİLİĞE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Ebru KARAASLAN**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin  
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın  
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
Olarak hazırlanmıştır.

**TEZ DANIŞMANI**

Prof. Dr. Ayla YAVA

**GAZİANTEP**

**2020**

## TEŞEKKÜR

**“Bütün ümidim gençliktedir”** diyerek biz Türk gençlerine bilim yolunu açan Gazi Mustafa Kemal Atatürk’e çocukken verdiğim **“Açtığın yolda, gösterdiğin hedefe durmadan yürüyeceğime ant içerim”** sözüne bağlı kalarak ilerlediğim bu yolda;

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım bu araştırmada;

Öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, bu süreçte her daim yolumu aydınlatan ve bilgisini esirgemeyen danışmanım Prof. Dr. Ayla YAVA’ya,

Her zaman hayattaki en büyük şansımın ailem ve öğretmenlerim olduğunu düşünerek; eğitim hayatım boyunca üzerimde emeği olan istisnasız bütün öğretmenlerime,

Bendeki yerini kelimelerle anlatamayacağım, kimi zaman hocam, kimi zaman yolumda ışığım olan sevincimi de üzüntümü de benimle paylaşan bendeki emeğini ne yapsam ödeyemeyeceğim Prof. Dr. Arzu TUNA’ya

Hayatım boyunca her konuda desteğini ve emeğini esirgemeyen, ne yapsam emeklerinin karşılığını ödeyemeyeceğim, her şeyden çok sevdiğim, annem Zübeyde KARAASLAN ve babam Ali KARAASLAN’a,

Üzerimde annem kadar emeği olan evladı gibi seven teyzem Lütfiye AKBAĞ’ a, iyiyi de kötüyü de ilk paylaştığım en iyi arkadaşım, meslektaşım teyzem Habibe TAN’a,

Mutluluğu mutluluğum olan beraber büyüdüğüm bazen abla bazen arkadaş olduğum kardeşim Süleyman KARAASLAN’a,

Bana abla olmayı sevinciyle üzüntüsüyle her anlamda yaşatan, tam anlamıyla en değerlim canım kardeşim Emine KARAASLAN’a,

***Teşekkür ederim...***

**Arş. Gör. Ebru KARAASLAN**

## ÖZET

**Ebru KARAASLAN, Abdominal Bölge Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hareketliliğe Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2020.** Bu çalışma abdominal bölge cerrahisi geçiren hastalarda hareketliliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırma Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesinde Eylül 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında Tanıtıcı Özellikler Soru Formu, Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği, Hareketi Etkileyen Faktörler Soru Formu ile toplandı. Araştırmanın örneklemini abdominal cerrahi geçiren 152 hasta oluşturdu. Hastaların yaş ortalaması  $46.61 \pm 15.23$  yıl, % 59.2'si kadın, % 86.2'si evli, % 42.1' ilköğretim mezunudur. Hastaların % 52.7'sinin kolesistektomi, % 32.9'u ise herni tamiri olduğu belirlendi. Hastaların hareket öncesi ve sonrasındaki yaşam bulguları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). Hareketi etkileyen faktörler toplam puanı ile Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanı arasında pozitif yönde zayıf kuvvette ilişki olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). Hastaların en çok yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme sırasında ağrı algıladıkları ( $3.80 \pm 0.86$ ), bağımlı hissettikleri ( $3.93 \pm 1.05$ ) ve en çok yürürken zorlandıkları ( $4.00 \pm 0.64$ ) belirlendi. Ağrı ( $3.76 \pm 0.52$ ), yara yerinin açılmasından/kanamasından korkma ( $3.62 \pm 0.70$ ), hareket etmek için ailesine gereksinim duyması ( $3.47 \pm 0.83$ ) ve vücudunun alt bölgesinde bulunan ekipmanlar (foley kateter, dren) ( $3.44 \pm 0.84$ ) hastaların hareket etmelerini engelleyen en önemli faktörler oldu. Kadın hastaların ( $43.74 \pm 5.66$ ), genel anestezi ile ameliyat olanların ( $43.32 \pm 6.05$ ), III. Derece obez olanların ( $45.00 \pm 5.96$ ), bariyatrik cerrahi geçiren hastaların ( $44.42 \pm 6.71$ ) Hareketliliği Etkileyen Faktörler Puan Ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). Sonuç olarak; bu çalışmada yatak içinde dönmek en fazla oranda ağrı ve zorlanmaya yol açarken; ağrı, yara açılması korkusu, vücudunda ekipman bulunması durumları da hastalarda hareket etmeyi etkileyen en önemli durumlardan olduğunu gösterdi. Obezite ve buna yönelik yapılan bariyatrik cerrahi geçirenler hareket etme ile ilgili faktörlerden daha fazla oranda olumsuz etkilendi. Hemşirelerin hastaların ve geçirdikleri cerrahinin özelliklerine uygun olarak hastaları bilgilendirmeleri, hareket etmelerini güvenli ve kolay hale getiren girişimleri planlamaları ve uygulamalarının yararlı olacağı kanısına varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Abdominal Cerrahi, Mobilizasyon, Hareketliliği Etkileyen Faktörler, Hemşirelik

## ABSTRACT

**Ebru KARAASLAN, Evaluation of Factors Affecting Mobility in Patients Undergoing Abdominal Region Surgery, Hasan Kalyoncu University, Institute of Health Sciences, Nursing AD Master Thesis, Gaziantep, 2020.** This study was performed in a descriptive type in order to determine the factors affecting mobility in patients undergoing abdominal region surgery. The research was collected in Gaziantep 25 December Public Hospital between September 2019 and December 2019 with Introductory Properties Questionnaire, Patient and Observer Mobility Scale, Factors Affecting Movement Questionnaire. The sample of the study consisted of 152 patients who had abdominal surgery. The average age of the patients is  $46.61 \pm 15.23$  years, 59.2 % are women, 86.2 % are married, and 42.1 % are primary school graduates. It was determined that 52.7 % of patients had cholecystectomy and 32.9 % had hernia repair. The difference between the findings of life before and after the movement of the patients was found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ). A positive weak correlation was found between the factors affecting the movement and the Observer Mobility Scale score ( $p < 0.05$ ). It was determined that the patients perceived pain ( $3.80 \pm 0.86$ ), felt dependent ( $3.93 \pm 1.05$ ), and had difficulty walking ( $4.00 \pm 0.64$ ) the most in the bed from one side to the other. Pain ( $3.76 \pm 0.52$ ), fear of opening / bleeding of the wound ( $3.62 \pm 0.70$ ), needing the family to move ( $3.47 \pm 0.83$ ) and equipment in the lower part of the body (foley catheter, drain) ( $3.44 \pm 0.84$ ) were the most important factors that prevented. Female patients ( $43.74 \pm 5.66$ ), those undergoing general anesthesia ( $43.32 \pm 6.05$ ), III. Mobility Affecting Factors Mean Points were higher in those who were obese ( $45.00 \pm 5.96$ ) and patients who underwent bariatric surgery ( $44.42 \pm 6.71$ ) ( $p < 0.05$ ). As a result; In this study, returning in bed causes the most pain and strain; Pain, fear of opening a wound, equipment on his body showed that patients are the most important conditions that affect movement. Obesity and those undergoing bariatric surgery for this were more adversely affected by factors related to movement. It was concluded that it would be beneficial for nurses to inform patients in accordance with the characteristics of the patients and the surgery they underwent, and to plan and implement interventions that make it safe and easy for them to act.

**Key Words:** Abdominal Surgery, Mobility, Factors Affecting Mobility, Nursing

# İÇİNDEKİLER

**Sayfa No:**

<b>TEZ SAVUNMA TUTANAĞI</b>	
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>i</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>iv</b>
<b>TEZ ETİK BİLDİRİM SAYASI .....</b>	<b>vii</b>
<b>TABLO DİZİNİ.....</b>	<b>viii</b>
<b>ŞEKİL DİZİNİ.....</b>	<b>x</b>
<b>SİMGE VE KISALTMALAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Abdominal Cerrahi .....	4
2.1.1. Sık Yapılan Abdominal Cerrahi Girişimler .....	4
2.1.1.1. Kolesistektomi.....	4
2.1.1.2. Apendektomi .....	5
2.1.1.3. İnguinal Herni Tamiri.....	5
2.1.1.4. Umblikal Herni Tamiri.....	6
2.1.1.5. Bariatrik Cerrahi.....	6
2.2. Abdominal Cerrahi Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımları.....	7
2.2.1. Bulantı-Kusma ve Hemşirelik Bakımı.....	7
2.2.2. Cerrahi Ağrı ve Hemşirelik Bakımı.....	8
2.2.3. Solunum Fonksiyonları Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı.....	9
2.2.4. Kardiyovasküler Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı.....	10
2.2.5. Derin Ven Trombozu Riski ve Hemşirelik Bakımı .....	11
2.3. Yara Yeri Ve Hemşirelik Bakımı .....	11
2.4. Ekipmanların Kullanımı ve Hemşirelik Bakımı.....	12
2.5. Ameliyat Sonrası Erken Hareket Etmenin Önemi ve Hemşirenin Sorumlulukları.....	13

2.6. Bu Çalışmada İncelenen Ameliyat Sonrası Hareket Türleri ve Özellikleri .....	16
2.6.1. Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme .....	16
2.6.2. Yatak Kenarında Oturma .....	16
2.6.3. Yatak Kenarından Ayağa Kalkma .....	17
2.6.4. Hasta Odasında Yürüme .....	17
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>18</b>
3.1. Araştırma Soruları .....	18
3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı .....	18
3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer .....	18
3.2.2. Araştırmanın Tipi.....	18
3.2.3. Araştırmanın Yapıldığı Zaman .....	18
3.3. Araştırmanın Etik Yönü .....	19
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	19
3.4.1. Araştırma Dışı Kalan Hastalar .....	19
3.5. Veri Toplama Araçları.....	20
3.5.1. Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu.....	20
3.5.2. Hasta Hareketlilik Ölçeği.....	20
3.5.3. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği .....	21
3.5.4. Hareketi Etkileyen Faktörler Soru Formu .....	21
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	22
3.7. Verilerin Toplanması.....	22
3.8. Araştırmanın Uygulanma Basamakları .....	23
3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	23
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
4.1. Tanıtıcı Özellikler ve Ameliyata İlişkin Bulgular .....	24
4.2. Hastaların Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular .....	27
4.3. Hastaların Hareketliliğini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular .....	31
4.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	33
4.5. Hareketi Etkileyen Faktörler ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	34

4.6. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hareketliliği Etkileyen Faktörler Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	40
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>42</b>
5.1. Tanıtıcı Özellikler ve Ameliyata İlişkin Bulguların Tartışılması.....	42
5.2. Hastaların Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	43
5.3. Hastaların Hareketliliğini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	45
5.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	46
5.5. Hareketi Etkileyen Faktörler ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması .....	46
5.6. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hareketliliği Etkileyen Faktörler Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması .....	48
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>49</b>
6.1. Sonuçlar.....	49
6.2. Öneriler.....	49
6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	50
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>51</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>61</b>
Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
Ek 2. Etik Kurul Kararı	
Ek 3. Kurum İzni	
Ek 4. Veri Toplama Formları	
Ek 5. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur Formu	
Ek 6. Ölçek Kullanım İzni	
Ek 7. İntihal Rapor Formu	
Ek 8. İntihal Raporu	
Ek 9. Özgeçmiş	

## TEZ ETİK BİLDİRİM SAYASI

Yüksek lisans /Doktora tezi olarak sunduğum “Abdominal Bölge Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hareketliliğe Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi” 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:21/08/2020

Öğrenci Adı Soyadı: Ebru KARAASLAN

İmza: 

## TABLO DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=152).....	24
<b>Tablo 4.2.</b> Ameliyat Öncesi Eğitim Alma, Beslenmede Azalma, Kilo Kaybı; Ameliyat Sonrası Hareket Zamanı ve Yaşanan Bazı Komplikasyonların Dağılımı (N=152).....	25
<b>Tablo 4.3.</b> Hastaların Ameliyat Sonrası İlk Yürüyüşüne İlişkin Verilerin Dağılımı (N=152).....	26
<b>Tablo 4.4.</b> Hasta Hareketlilik Ölçeği Alt Boyutları ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon .....	27
<b>Tablo 4.5.</b> Hastaların Aktivite Öncesi ve Sonrası Yaşam Bulguları ve Karşılaştırmaları (N=152).....	27
<b>Tablo 4.6.</b> Hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği'ne göre Aktivite Esnasında Deneyimledikleri Ağrı Dereceleri (N=152).....	28
<b>Tablo 4.7.</b> Hastaların Aktivite Esnasında Yaşadığı Zorlanma Dereceleri (N=152).....	29
<b>Tablo 4.8.</b> Hastaların Aktivite Sırasında Bağımlılık Durumları (N=152).....	30
<b>Tablo 4.9.</b> Hastaların Hareketliliğini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı (N=152).....	31
<b>Tablo 4.10.</b> Hasta Hareketlilik Ölçeği Alt Boyutu ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Toplam Puanı ile Hareketi Etkileyen Faktörler Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon.....	32
<b>Tablo 4.11.</b> Beden Kütle İndeksi ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	33
<b>Tablo 4.12.</b> Hastaların Nasıl Hareket Edecekleri Konusunda Bilgi Eksiklerinin Olması Durumu ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	34
<b>Tablo 4.13.</b> Hastaların Vücudunun Alt bölgesinde Ekipman Bulunma Durumu ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	35
<b>Tablo 4.14.</b> Hastaların Stres Yaşama Durumları ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	36

<b>Tablo 4.15.</b> Hastaların Yara Yerinin Açılmasından Korkma Durumları ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	37
<b>Tablo 4.16.</b> Hastaların Düşme Korkusu Yaşama Durumları ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 4.17.</b> Hastaların Bulantı Yaşama Durumları ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 4.18.</b> Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri İle Hareketliliği Etkileyen Faktörler Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	40
<b>Tablo 4.19.</b> Hastaların BKİ Durumları ve Yapılan Ameliyat ile Hareketliliği Etkileyen Faktörler Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41

## ŞEKİL DİZİNİ

	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Şekil 3.1.</b> Araştırmanın Uygulanma Basamakları.....	23

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>%</b>	: Yüzde
<b>ASHİ</b>	: Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme
<b>BKİ</b>	: Beden Kütle İndeksi
<b>CM</b>	: Santimetre
<b>Kg</b>	: Kilogram
<b>mmHg</b>	: Milimetre Cıva
<b>SG</b>	: Sleeve Gastrektomi

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Ameliyat sonrası bakımın önemli bir parçası erken dönemde hareket etmeye başlamaktır. Ameliyat sonrası hareket etmenin önemi ilk kez 1899'da Dr. Ries tarafından vurgulanmasına rağmen uzun yıllar boyunca bu öneri pratikte uygulanmamıştır (1). Hastalar yaralarının iyileşmesi ve ağrılarının azalması için ameliyattan sonraki birkaç haftalık süre boyunca yatak istirahatinde kalmaya devam etmiştir (2). Ameliyat sonrasında ayağa kalkmanın ve yatak içinde hareket etmenin, hastalara yararının olduğunu gözlemleyen bazı cerrahlar da ayağa kalkmanın önemini vurgulamıştır. Böylelikle ameliyat sonrası harekete başlama ameliyat sürecinin bir prosedürü olarak kabul edilmiştir (3). Tüm bunların yanında ameliyattan sonra hareket etmemenin tromboembolizm, pnömoni ve kas kaybı gibi olumsuz etkilerinin olduğu konusunda bilimsel kanıtlar güçlenince uzun süreli yatak istirahati yerine erken hareket etmenin daha yararlı olduğu kabul edilmiştir (4).

Son 25 yılda hızlı iyileşme protokollerinin geliştirilmesi ile ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakımda ilerleme kaydedilmiştir. Hızlı iyileşme protokolleri ameliyat sürecinde birçok farklı bakım unsurunu birleştirerek, morbidite ve hastanede kalış süresini azaltmayı, iyileşmeyi ise hızlandırmayı amaçlar (5). Yatak içinde dönme, pozisyon değiştirme, oturma, aktif ve pasif egzersizler, ayağa kalkma ve yürüme gibi uygulamalar ameliyat sonrası erken dönemde iyileşme yolunda temel olarak kabul edilir ve birçok cerrahi disiplin tarafından da şiddetle tavsiye edilmektedir (6).

Ameliyat sonrası dönemde komplikasyonlardan kaçınmak cerrahi girişim geçiren hastalar için hayati önem taşımaktadır. Hareket etmekle anestezi ile ortaya çıkan solunum komplikasyonları azaltılabilir, entübasyon ile yavaşlayan akciğer fonksiyonları sonrasında biriken sekresyonların atılması kolaylaşır, akciğerler genişler ve atelaktazi, pnömoni gibi ciddi komplikasyonların ortaya çıkması engellenir (7). Bunun yanında hareket etme kardiyovasküler fonksiyonların iyileşmesini, dolaşımın hızlanmasını bağırsak hareketlerinin başlamasını, derin ven trombozunun önlenmesini ve hastanın kendisini iyi hissetmesini de sağlar (8). Ameliyat sonrasında yürümenin ve yatak içinde pasif hareketler yapmanın fizyolojik ve psikolojik yönden bu denli olumlu etkisi varken hareketsiz olarak yatakta kalmanın; tromboemboli, derin ven trombozu, pulmoner komplikasyonlar, insülin

direncinde artma, dokuların yeterli oksijenlenmemesi gibi ölümcül olabilecek olumsuz etkileri vardır (9).

Abdominal cerrahi geniş bir alanı kapsayan ve sonrasında solunum ve kardiyovasküler sistem sorunları ve ağrı gibi birçok komplikasyon yaşanan bir cerrahi girişim türüdür (10). Cerrahi sonrası yaşanan komplikasyonlar nedeniyle hastanın iyileşmesi gecikebilir ve hastanede kalış süresi uzayabilir (11). Bununla birlikte komplikasyonların önlenmesinde cerrahi sonrası kısa sürede hareketlenme büyük öneme sahiptir (12). Anestezi ve cerrahi girişimin yaygın komplikasyonlardan bulantı, kusma ve ağrının ameliyat sonrasında erken dönemde ayağa kalkma ile daha az yaşandığı belirlenmiştir (13). Hareketliliğin önemini göz önüne alarak hareketi etkileyebilecek faktörlerin hemşire tarafından iyi bilinip ameliyat sonrasında hareket etme sürecinin etkili yönetilmesi hastanın kısa sürede iyileşmesini sağlayacak başlıca etkenlerden biri olarak değerlendirilmiştir.

Hareketlenme ile birlikte ortostatik hipotansiyon, baş dönmesi, bulantı, bulanık görme ve senkop gibi bazı semptomlar da ortaya çıkabilir. Bu semptomlar hastanın hareketten kaçınmasına ve hareketsizliğin yaratabileceği olumsuz etkilerle iyileşmenin gecikmesine sebep olabilir (14). Ameliyat sonrasında ayağa kalkmayı etkileyen en önemli faktörlerin başında ameliyat bölgesindeki ağrı gelmektedir (15). Literatüre bakıldığında ağrının yanı sıra bulantı, baş dönmesi ve taşikardi ayağa kalktıklarında hastaları rahatsız ederek hareket etmelerini kısıtlayan diğer nedenler olarak belirlenmiştir (16). Hastaların kan kaybı ve anestezi almış olması yorgunluk hissi yaratabilir ve bu his hastanın hareket etmekte isteksiz olmasına sebep olabilir (17). Hasta ameliyat sonrası düşebileceği korkusu yaşayabilir, yara yerinin açılıp kanayabileceğini düşünerek hareket etme konusunda kaygılı olabilir veya ameliyat sonrasında kullanılan dren ya da serum seti gibi ekipmanlar ile hareket ederken kısıtlanabilir (18).

Abdominal cerrahi geçiren hastalarda ilk ayağa kalkma deneyimleri hakkında yapılan bir araştırmada hastaların ilk ayağa kalktıklarında bulantı ve baş dönmesi deneyimledikleri belirlenmiştir (19). Bir diğer çalışmada da bulantı, kusma ve baş dönmesinin hastaların hareket etme isteğini azalttığı ancak hareketlenmeyi etkileyebilecek faktörlerin bunlarla sınırlı olmayacağı da bildirilmiştir (16).

Ameliyat sonrasında hareket etmenin öneminin bilinmesine rağmen hala ameliyat sonrası erken dönemde hareketliliğe uyumun düşük olduğu bildirilmiştir (20). Biz de cerrahi kliniklerde abdominal cerrahi geçiren hastalarımızın hareket etme konusunda isteksiz olduklarını, belirgin şekilde zorlandıklarını, hareketlenme ile birlikte ağrı

yaşadıklarını, vücutlarında bulunan tıbbi malzemelerin hareket etmelerini kısıtladığını gözlemlemekteyiz. Yukarıda belirtilen literatür bulguları ve klinik gözlem ve deneyimlerimizden yola çıkarak abdominal cerrahi sonrası hastaların hareket etmesini engelleyen ya da güçleştiren faktörlerin belirlenmesine yönelik araştırmaya ihtiyaç olduğunu değerlendirdik. Ancak abdominal cerrahi sonrası hastanın hareket etmesini kısıtlayabilecek fizyolojik, psikolojik ve fiziksel faktörlerin bütüncül yaklaşımla değerlendirildiği bir araştırmaya literatürde rastlayamadık.

Abdominal cerrahi geçiren hastalarda hareket etmeyi etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi ile kliniklerde bu faktörlerin etkili yönetilebileceği, hastanın aktiviteye daha rahat cesaretlendirilebileceği ve hemşirelik girişimlerinin planlanmasında araştırma sonuçlarından yararlanabileceği değerlendirilerek bu çalışma cerrahi hemşireliği alanında yüksek lisans tez çalışması olarak seçilmiştir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada abdominal cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası dönemde hareketliliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Abdominal Cerrahi**

Cerrahi tedavi, organizmanın anatomik ve fizyolojik yapısını bozmadan; hastalık, travma ya da deformite ile bozulan organ fonksiyonlarını organlar üzerinde ya da organlar arasında düzenlemeler yapılarak eski anatomik ve fizyolojik yapısına getirme temeline dayalı el becerisiyle uygulanan bir tedavi yöntemidir (21). Abdominal cerrahi ise bağırsak, pankreas, karaciğer, dalak, safra kesesi ve mideden oluşan sindirim ve sindirime yardımcı organların cerrahisini içeren geniş bir alan cerrahisidir (22).

#### **2.1.1. Sık Yapılan Abdominal Cerrahi Girişimler**

##### **2.1.1.1. Kolesistektomi**

Safra kesesinin hastalıkları; safra kesesinin doğumsal anomalileri, safra kesesi taşları (kolelitiiazis), safra kesesi enfeksiyonları ve safra kesesi tümörleridir. Kolesistektominin en sık sebepleri kolesistit ve kolelitiiazisdir. Kolesistit safra kesesinin enflamatuvar hastalığıdır ve genellikle sağ üst kadran ağrısı, bulantı, ateş ve anoreksiya gibi semptomlarla kendini gösterir (23). Akutkolesistit vakalarının tamamına yakınının nedeni taşlı kolesistittir. Kolesistitin fizyopatolojisinde öncelikle safra kesesinde biriken taşlar safra akımını engeller ve safra kesesi içindeki kimyasal olaylar sonucunda otoliz ve ödem oluşur. Bunun akabinde oluşan ödem kan damarlarını sıkıştırır, safra kesesine olan kan akımı durur ve safra kesesi gangreni meydana gelir. Taşsız kolesistit ise safra taşının ortaya çıkardığı tıkanıklığın olmadığı akut bir enflamasyondur. Yanıklar, travmalar ya da büyük cerrahi girişimler sonrasında ortaya çıkmaktadır (24).

Kolesistektomi konvansiyonel (açık) ya da laparoskopik yöntemle yapılmaktadır. Günümüzde en sık kullanılan yöntem laparoskopik cerrahi girişimdir (25). Konvansiyonel yöntemle yapılan ameliyatlarda hastanede kalış süresi uzar, daha fazla solunum, kardiyak ve yara yeri komplikasyonu yaşanır. Belirtilen olumsuz sebeplere bağlı olarak son zamanlarda önerilen bir yöntem değildir (26). Laparoskopik yöntem ise umblikustan küçük bir delik açılarak karın içi boşluğa girilmesi ile gerçekleştirilir. Ameliyat sırasında karın içi boşluğun daha iyi görüntülenmesi için karın içine karbondioksit gazı verilir. Laparoskopik yöntemle yapılan ameliyatlarda en fazla yaşanan komplikasyonun verilen karbondioksit

gazının ameliyat sonrası dönemde karın içinde verdiği sancı olarak bildirilmiştir (27). Laparoskopik kolesistektomi ameliyat esnasında daha küçük yara açılması ve ameliyat sonrasında daha az solunum, yara yeri komplikasyonu yaşanması konvansiyonel yöntemle göre hızlı iyileşmesi, günlük yaşam aktivitelerini daha hızlı devam ettirilebilmesi, erken mobilize olabilmesi ameliyat sonrasında daha az ağrı yaşanması gibi avantajlara sahiptir (28).

### **2.1.1.2. Apendektomi**

İleum ile çekumun birleştiği alanda çekal kapağın altında yer alan 10 cm uzunluğunda bir çıkıntı olan apandiksin fizyolojik görevi tam olarak bilinmemekle beraber sürekli olarak yiyeceklerle dolar ve çekuma düzenli olarak boşalır. Bu boşalma gerçekleşemediği zaman ise tıkanma ve enfeksiyona (apandisit) yol açar (29). Apendektominin endikasyonu genellikle akut apandisitir (30). Apendektomi ameliyat sonrası dönemde fazla yaşanan cerrahi türlerinden biridir. Son zamanlarda laparoskopik apendektomi ameliyatlarında kullanılan intraperitoneal anestezi ile hastalarda ameliyat sonrası ağrının ve kullanılan narkotik analjezik miktarını azaldığı, yine ameliyat sonrası dönemde sık yaşanan komplikasyonlardan olan bulantı kusmanın daha az yaşandığı ve operasyon sonrası hastanede kalış süresinin kısaldığı belirtilmiştir (31).

### **2.1.1.3. İnguinal Herni Tamiri**

İnguinal herni (fitiklaşma) çocuklukta, emeklilik sonrası yaşlarda ve ağır sportif faaliyetlerde bulunanlarda daha fazla görülür. İnguinal kanal 4-5 cm uzunluğunda, üstte derinde lateralden, altta ise dışta mediale doğru ilerler (32). İnguinal herniler bu bölgede konjenital ya da edinsel olarak ortaya çıkar. Konjenital fitiklar açıklıkların kapanmasındaki eksiklerden kaynaklanırken edinsel fitikların birçok sebebi vardır. Bunlardan bazıları bedeni aşırı zorlama, karın duvarını zayıflaması, artmış karın içi basıncı, travmaya bağlı karın duvarında oluşan doku kaybı, karın duvarında ameliyat kesilerinin yeterince iyi kapatılmamasıdır (33). Klinikte inguinal bölgede batıcı ve yayılan ağrı, öksürme ya da hapşırma ile ortaya çıkan şişlik ya da kabarıklık mevcuttur (34).

#### **2.1.1.4. Umblikal Herni Tamiri**

Umblikal herni doğumsal olarak rektus kası zayıf olduğunda ya da umblikal açıklığın kapanmaması sonucu ortaya çıkarken edinsel olarak umblikal basıncın artması sonucu ortaya çıkar. Umblikal herni kadınlarda ve obezlerde daha sık görülür. Öksürme, hapşırma ya da ıkınma ile fitik bölgesinde keskin ya da donuk bir ağrı meydana gelebilir (35).

Hernilerin tamirinde klasik olarak uygulanan yöntem açık cerrahidir fakat herni cerrahisinde açık ya da laparoskopik olmasının yanı sıra cerrahinin dikilerek mi yoksa yama tekniği kullanılarak mı yapıldığı önem taşımaktadır (36). İnguinal herni cerrahisinde ameliyat sonrasında yaşanan komplikasyonlar ve ameliyat sonrası dönemde uyum değerlendirildiğinde yama tekniğinin daha avantajlı olduğu ve tekrar fitik oluşma oranının düşük olduğu belirlenmiştir (37).

#### **2.1.1.5. Bariatrik Cerrahi**

Obezite çağımızda özellikle çocuklar ve gençler için en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Dünya üzerinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu sorun gün geçtikçe artmakta ve beraberinde ciddi sağlık sorunlarını da getirmektedir. Obezite durumunun değerlendirilmesinde

Beden kütle indeksine (BKI) göre obezitenin derecelendirilmesi:

- BKI<18.50 (Düşük ağırlıklı)
- BKI:18.50-24.99 (normal)
- BKI:25.00-29.99 (preobez)
- BKI:30.00-34.99 (I. derece obez)
- BKI:35.00-39.99 (II. derece obez)
- BKI≥40.00 (III. derece obez) (35).

Obezite bireyde hem fizyolojik hem de psikolojik sorunlar yaratırken beraberinde diyabet, hipertansiyon ve kalp damar hastalıkları, obstrüktif uyku apnesi, safra kesesi hastalıkları, hiperlipidemi ve eklem hastalıklarını da getirmekte ve bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir (38). Bütün bu olumsuz durumların bulunması obez hastalarda bariatrik cerrahi uygulanabilmesi için yeterli değildir. Obez hastalarda bariatrik cerrahinin uygulanabilmesi için obezitenin yanında tip 2 diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi ve hiperlipidemi gibi bir ya da daha fazla eşlik eden kronik hastalık olmalı, uzun süreli

obezite öyküsü ve kilo vermek için uygulanan cerrahi dışı tedavilerin başarısız olması gerekir (35). Bariatrik cerrahi üçtemel teknikle yapılır. Bunlar emilim bozucu (malabsorbtif), alımı kısıtlayıcı (restriktif) ve kombine (malabsorbtif+restriktif) teknikleridir. Bariatrik cerrahide en sık uygulanan yöntemler laparoskopik Roux-en-Y gastrik bypass ve Sleeve Gastrektomi (SG-tüp mide)' dir. SG yöntemi midenin büyük bölümünün çıkarılarak mideye tüp şeklinin verilmesidir. Yalnızca kısıtlayıcı etkiye sahip bir tekniktir. Laparoskopik Roux-en-Y gastrik bypass hem restriktif hem de malabsorbtif bir yöntemdir. Bu yöntem midenin proksimalinde bırakılan küçük cep ile jejunumun proksimalinde bulunan roux bacağı anastomoz edilmesiyle uygulanır (39).

## **2.2. Abdominal Cerrahi Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımları**

Hastaların cerrahi sonrası yaşadığı komplikasyonları en aza indirmek ve yaşanan olumsuz etkilerin iyi yönetilebilmesi hastanın daha hızlı iyileşmesi, erken taburcu olması açısından önemlidir. Bu dönemin yönetiminde cerrahi hemşiresinin bakım verici ve eğitici rolü ön plana çıkmaktadır. Cerrahi hemşiresi yaşanabilecek komplikasyonların bulgularını iyi takip edebilmeli, erken dönemde fark edip yönetebilmelidir (40). Cerrahi uygulanan hastalarda en çok karşılaşılan komplikasyonlar; bulantı, kusma, insizyon yerinde ağrı, öksürük, yutma güçlüğü, konstipasyon, üşüme, hipertansiyon/hipotansiyon, solunum sıkıntısı olarak belirlenmiştir (41).

### **2.2.1. Bulantı-Kusma ve Hemşirelik Bakımı**

Ameliyat sonrası dönemde hastaların yaklaşık % 25-30' nun yaşadığı bulantı-kusma hala sağlık ekibi, hastalar ve hasta yakınları için büyük bir problemdir (42). Ameliyat sonrası bulantı-kusma anestetik maddenin bulantı-kusma merkezinin bulunduğu medulla oblangataya iritan etki yapması ile ortaya çıkar (43). Yaşanan ameliyat sonrası bulantı-kusma hastanın oral alıma geçse bile yeterli beslenmesini olumsuz etkiler ve yeterli beslenememeye bağlı hastanın iyileşmesi gecikir. Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme (ASHİ) rehberlerinde ameliyat sonrasında yaşanan bulantı kusmayı en az düzeyde hissedilmesi için hastanın ameliyat öncesi dönemde risk faktörleri açısından değerlendirilmesi ve uygun profilaktik antiemetiğin hastaya uygulanması önerilmektedir. Bu değerlendirmeye göre ameliyat sonrası bulantı-kusma için risk faktörleri kadın cinsiyetinde olmak, sigara kullanmamak, taşıt tutması ya da daha ameliyat sonrasında bulantı kusma yaşamış olmak

ve ameliyat öncesi dönemde opioid analjezik kullanılması olarak belirtilmiştir (44). Literatürde bulantı kusmanın hastanın hareketliliğine etkisi bakıldığında bulantı-kusma yaşamının hastanın hareketliliğini kısıtladığı belirlenmiştir (16). Bunun yanı sıra ameliyat sonrası hareket etmenin etkilerine bakıldığında ise hareket etmekle beraber bulantı-kusmanın daha az yaşandığı belirlenmiştir (13).

### **2.2.2. Cerrahi Ağrı ve Hemşirelik Bakımı**

Ameliyat sonrası ağrı cerrahi bölgedeki travma sonucu oluşan enflamatuvar tepki sonucu ortaya çıkan dokunun iyileşmesi ile sona eren akut bir ağrıdır. Ağrının şiddeti cerrahi yapılan bölgeye göre, yaranın boyutuna göre değişmektedir ve ameliyat sonrası ağrı şiddetinin en fazla yaşandığı bölgelere bakıldığında toraks ve üst abdomen bölge cerrahisinde daha çok ağrı yaşanmaktadır (45).

Cerrahi ağrının süresini ve şiddetini etkileyen faktörler;

- İnsizyonun yeri, özelliği ve tipi,
- Operasyon sırasında hastaya verilen pozisyon,
- Ameliyatla ortaya çıkan komplikasyonlar,
- Uygulanan anestezi,
- Ameliyat sonrası bakımın niteliği,
- Hastanın ameliyat öncesinde ölüm, fiziksel güçsüzlük, anestezi, cerrahi operasyon ve ağrı konusunda yaşadığı anksiyete düzeyidir (46).

Ağrı bireyin iyileşme sürecini geciktiren, solunumun etkili olmasını ve erken mobilizasyonu engelleyen, hastanede kalış süresi uzatan, hasta bakım maliyetini arttıran, anksiyete, uykusuzluk gibi yaşam kalitesini düşüren bir olgu olduğu için ağrının yönetimi ameliyat sonrası dönemde üzerinde durulması gereken konuların başında gelmektedir (46). Ameliyat sonrasında mobilizasyonu sağlanan hasta grupları incelendiğinde en erken zamanda mobilize olan hasta grubunda daha az ağrı yaşandığı belirlenmiştir (47). Cerrahi sonrası hastaların ağrı deneyimlerine bakıldığında ise abdominal cerrahi geçiren hastaların en çok öksürürken ve hareket ederken ağrıyı deneyimledikleri ve abdominal cerrahi geçiren hastalarda ile öksürük ve hareket sırasında daha fazla ağrı yaşandığı belirlenmiştir (48).

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde hemşirenin başrolde olduğu bir gerçektir. Ameliyat sonrası ağrının yönetiminin etkili bir biçimde gerçekleştirilebilmesi için en önemli basamak ağrıyı tanımlamak ve bunu yaparken bireye özgü, holistik bir yaklaşım

sergilemektir. Buna paralel olarak hemşirenin ameliyat sonrası ağrı sürecini iyi bilmesi, ağrıyı arttıran faktörleri değerlendirebilmesi, ağrıyı azaltan farmakolojik ya da farmakolojik olmayan uygulamalarda bulunabilmesi ameliyat sonrası ağrı yönetiminin etkili yönetilmesi adına önemli noktalar. Cerrahi ağrıların süresine bakıldığında alt batin cerrahisinde 2 gün, üst batin cerrahisinde ise 4 gün boyunca devam ettiği ve hareket etmekle % 50- 70 oranında arttığı belirlenmiştir (46).

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde kullanılan ağrı giderici ilaçlara bakıldığında parasetamol, nonstreoid-antinflamatuar analjezikler ve opioidler başta gelmektedir. Kullanılan ağrı giderici ilaçların kanamada artış, bulantı kusma, doz aşımı durumlarında da hepatiktoksisite gibi yan etkileri olduğu göze çarpmaktadır (46). Bütün yan etkiler göz önüne alınırsa farmakolojik olmayan yöntemlerin hastaya daha az zarar verici olduğu düşünülebilir (49). Çünkü ağrı kesici kullanımı sonrasında yaşanacak yan etkiler hastanın hareket etmesini kısıtlayabilir, hastanın hareket etmek için isteksiz olmasına sebep olabilir. Bu durum göz önüne alındığında hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemler konusunda kendini geliştirmesi ve hastaları da bu yöntemlerin kullanılmasının daha yararlı olduğu konusunda bilgilendirerek farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılmasında öncülük etmesi hem ağrı yönetimi hem de ağrının sebep olduğu olumsuzlukların yaşanmamasında önem taşımaktadır.

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde hemşirelerin uyguladıkları farmakolojik olmayan uygulamalar incelendiğinde; en sık uygulanan yöntemlerin pozisyon verme, düşleme ve soğuk uygulama olduğu belirlenirken ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemleri uygulama durumu ile hemşirelerin eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (50).

### **2.2.3. Solunum Fonksiyonları Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı**

Ameliyat sonrasında yaşanabilecek solunum sorunlarının yönetimi ameliyat öncesi dönemde hastanın solunum fonksiyonunun testlerle değerlendirilmesi, kronik akciğer hastalığı varlığının sorgulanması, yaş, obezite, sigara içme, kardiyovasküler hastalık, sedanter yaşam gibi solunum komplikasyonlarına sebep olabilecek risk faktörlerinin değerlendirilmesi ile başlar (51). Anestezinin beyinde solunum merkezi olan medulla oblongatayı etkilemesi ile solunum ameliyat süresince baskılanır ve akciğerlerin kas tonüsü azalır. Bu etkilere bağlı olarak ameliyat sonrasında çeşitli solunum sorunları ortaya

çıkılmaktadır. Bu sorunların başında atelektazi, pnömoni ve akciğer embolisi gibi ciddi durumlar gelmektedir (52).

Ameliyat sonrası solunuma bağlı sorunların önüne geçebilmek adına yapılabilecek en etkili yöntem hastanın etkili solunum yapabilmesini sağlamaktır. Etkili solunumun sağlanabilmesi için ameliyat öncesi dönemde hastaya erken mobilizasyon, öksürme ve derin solunum egzersizleri, gereken cerrahi türlerinde ise triflo kullanımı konusunda eğitim verilmesi; ameliyattan sonraki dönemde ise erken hareket ettirilmesi, ayağa kaldırılması ve solunum egzersizlerinin uygulanması ile gerçekleştirilir (53). Erken ayağa kalkmanın solunuma etkisi incelendiğinde erken ayağa kalkan hastaların solunum geliştirme ve akciğerleri ekspansiyon etme cihazı olan triflodada daha fazla top kaldırdığı belirlenmiştir (54). Ameliyat döneminde yaptırılan solunum egzersizleri sadece solunum sorunlarını önlemekte etkili değildir. Buna ek olarak günlük yaşam aktivitelerini yapabilme ve hareket etme durumlarında da olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir (55).

#### **2.2.4. Kardiyovasküler Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı**

Anestezi uygulanması hastanın hemodinamik parametrelerini değiştiren bir girişimdir (56). Genel anestezi ile merkezi sinir sistemi baskılanmakta ve bu durum en çok solunum ve dolaşım sisteminde değişiklikler meydana getirmektedir. Dolaşım sistemine ilişkin ortaya çıkan sorunlar hipotansiyon, dolaşım yetmezliğidir ve bu durumlar kontrol altına alınmadığı durumlarda kardiyak arrest ve şok ortaya çıkabilir (57).

Bölgesel bir anestezi türü olan spinal anestezi dokuların perfüzyonunun bozulmamasını sağlaması ve mortalite ve morbitideyi düşürmesine karşın olumsuz etkileri de olan bir yöntemdir. Spinal anestezi ile sempatik sinir sisteminin baskılanmasıyla venöz dolaşımında azalma olur ve eğer etkilenen bölge sınırı T4'e kadar ulaşırsa kardiyokselator lifler bloklanır ve kardiyak output azalır. Bunlara bağlı olarak hipotansiyon ortaya çıkabilir (58). Eğer hipotansiyon iyi yönetilmez ise bradikardi ile birlikte kardiyak arrest ile sonuçlanabilir (59).

Ameliyat sürecinde hareketsizlikle ve kullanılan anestetik maddenin iritan etkisi ile beraber kalbe venöz dönüş ve dokulara ve organlara olan perfüzyon azalır. Ameliyat sonrasında erken dönemde hareketlenme ile beraber kalbe venöz dönüş artırılır ve dokuların oksijenlenmesi ve beslenmesi için gerekli olan hemoglobin, hematokrit, glikoz, dokulara taşınır. Böylelikle homeostazisin devamlılığı sağlanmış olur (60).

### **2.2.5. Derin Ven Trombozu Riski ve Hemşirelik Bakımı**

Cerrahi sırasında kanın bacaklardaki venöz sistemde birikmesi, hareketsizlik ve dehidratasyona bağlı damar içinde viskozitenin artması ameliyat sonrasında derin ven trombozu için risk oluşturan sebeplerdir (61). Derin ven trombozu önlenmediği takdirde hayati organlara emboli gitmesi gibi hayatı tehdit edecek bir komplikasyona da sebep olabilir (62).

Uzun süreli cerrahi girişimler derin ventrombozu gelişme riski oluşturur. Riski azaltmada etkili olabilecek en uygun yöntem ameliyat sonrasında hareketliliğin erken dönemde sağlanmasıdır (63). Araştırmalara bakıldığında da cerrahi sonrasında yatak içinde bacak ve ayak egzersizleri ve hareketliliğin mümkün olan en kısa zamanda yapılması bu komplikasyonun önüne geçebilmek için yapılabilecek girişimler olduğu belirlenmiştir (64).

### **2.3. Yara Yeri Ve Hemşirelik Bakımı**

Cerrahi yara; ameliyat sebebiyle planlı bir şekilde yapılan kesik yara türüdür. Yarayı oluştururken iyileşmenin mümkün olan en kısa sürede gerçekleşebilmesi için dikkat edilmesi gereken noktalar vardır. Bunlar;

- Cerrahi yara yerinin birleştirilme açısından uygun olması,
- İnsizyonun yeterli uzunlukta olması,
- Cilt ve altı dokuların aseptik koşullarda düzgün ve doğru açılarda kesilmesi
- Enfeksiyona sebep olacağı için ve yara yeri iyileşmesini geciktireceği için doku ve organ hasarına neden olabilecek çekme, koterize etme ve ayırma gibi davranışlardan kaçınılması gerektiğidir (65).

Ameliyat sonrasında yara bakımının dokunun kısa sürede iyileşmesini sağlamak ve yarayı enfeksiyondan korumak yönünden iki önemli noktası vardır. Yara iyileşmesi için hastayla ilgili olan ve yaranın oluşturulması ile ilgili olan faktörler etkilidir. Hastayla ilgili olan risk faktörleri yaş, yağlı doku, yara yeri iyileşmesi için önemli olan B ve C vitamini, kan şekeri, hemogloblin gibi parametreler, yeterli doku perfüzyonudur. Yaranın oluşturulması ile ilgili faktörler ise cerrahi ortam, cerrahi hazırlık, cerrahi teknik, dikiş şekli gibi faktörlerdir. Cerrahi yaralarda yaşanabilecek komplikasyonların başında yara yeri kanaması, yara yeri seroması, yara yeri ayrılması ve yara yeri enfeksiyonudur. Abdominal cerrahide sık karşılaşılan yara yeri komplikasyonları ise şu şekildedir.

**Yara yeri kanaması:** Primer olarak ortaya çıkan kanama ameliyat sonrasında kan basıncının normalleşmesiyle ortaya çıkar ve fark edilip müdahale edilmezse internalkanama ile şok tablosuna kadar varabilecek ciddi bir soruna sebep olabilir (66).

**Yara yeri ayrılması:** Yara kenarlarının birleşmeden kısmen ya da tamamen ayrılması durumudur. Ayrılma, genellikle kollajen oluşumu tamamlanmadan 0-6' ıncı günlerde daha fazla gerçekleşir. Yara yerinin ayrılmasına sebep olabilecek risk faktörleri; şişmanlık, kötü beslenme, insizyon bölgesinde basıncı arttıracak desteklemeden öksürme, kusma ve ıkınma gibi aktiviteler ayrıca yara yeri iyileşmesi tam olarak sağlanamadan dikişlerin alınması da yar yeri ayrılmasına sebep olabilir. Abdominal bölge cerrahisinde ise bu sorun karşımıza eviserasyon olarak çıkabilir. Yani yara yerinin açılmasıyla birlikte iç organlarında dışarı çıkması ve gözle görülür hal almasıdır (67). Ameliyat sonrasında ortaya çıkan yara yeri komplikasyonlara bakıldığında hastaların hareket etmesini kısıtlayabilecek olan yara yerinin açılması olduğu belirlenmiştir (68).

**Yara yeri enfeksiyonu:** Cerrahi yara enfeksiyonu asepsi kurallarına uyulmaması sonucu ortaya çıkan bir enfeksiyondur. Enfeksiyon riskini arttıran ameliyata bağlı faktörler uzun ameliyat süresi, ameliyat esnasında bakteri kontaminyasyonunun olması ve dokuların kuruması, fazla kan kaybının olması, ameliyat bölgesinde uygun şekilde yapılmayan tüy temizliğidir. Hastaya bağlı risk faktörleri ise 65 yaş ve üzerinde olması, sigara kullanımı, şişmanlık, malnutrisyon, diyabetus mellitus, uzamış hastanede kalma süresi olarak belirtilmiştir (66). Yara yerinde gelişen enfeksiyon mortalite ve morbiditede artışa, sağlık çalışanlarını iş gücü kaybına, kuruma duyulan güvenin azalmasına, hastane maliyetlerinin artışına sebep olurken hasta tarafında ise ağrı ve acıya, iş kaybına, yatış süresinin uzamasına ve ekonomik yük gibi birçok olumsuz sonucu da beraberinde getirmektedir (69).

Hastalar yara yerinin kanamasından ve ayrılmasından korkarak hareket etmekten kaçınabilir ya da enfeksiyonla beraber yara yerinde oluşan ağrı hastanın hareket ederken kısıtlanmasına sebep olabilir. Bu durumlar göz önüne alındığında yara yerinde oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi hastaların hareket etmesi adına önem taşımaktadır (70).

#### **2.4. Ekipmanların Kullanımı ve Hemşirelik Bakımı**

Neredeyse her hastada kullanıldığı gibi cerrahi uygulanan hastaya da sıvı replasmanı yapmak ve bazı ilaçları uygulayabilmek için intravenöz katater kullanılır.

Bunlara ek olarak cerrahi girişim uygulanan hasta grubunda yara yerinde dren kullanılır. Drenler ameliyat bölgesinden ayrı ve ameliyat bölgesine yakın bir yere yerleştirilen, ameliyat bölgesinde biriken kan ve eksudanın alınmasını ve ameliyat bölgesinin hızlı iyileşmesini sağlayan ve ameliyat bölgesinin etrafındaki dokulardan biriken sıvıların basıncı ile zarar görmesini engellemek için yerleştirilen bir ekipmandır (66). Dren kullanılan hastada hemşirenin sorumluluğu drene gelen sıvıyı rengi ve miktarı yönünden değerlendirmektir. Drenajın normal rengi ameliyat bölgesine göre değişmekle birlikte genelde kırmızı, pembe ya da açık sarı bir renktir. Drenajın miktarının saatler ve günler geçtikçe azalması beklenir. Drenaj renginin birden kahverengi olması ise yara yerinin açıldığının belirtisi olabilir (72).

Hastalar ameliyat olmakla birlikte alışkın olmadıkları ekipmanları da hareket ederken beraber taşımak durumunda kalırlar. Ekipmanlara bağlı düşme korkusu yaşayarak hareket etme konusunda endişe duyabilir ve bu endişe ile hareket etmek istemeyebilirler. Yüksek düşme riskine sahip hastaların incelendiği bir araştırmada hastaların büyük kısmının (% 77.6) intravenöz katater, dren, solunum cihazı ya da perfürzator gibi ekipmanlardan birini ya da birkaçını kullandığı belirlenmiştir (72).

## **2.5. Ameliyat Sonrası Erken Hareket Etmenin Önemi ve Hemşirenin Sorumlulukları**

Hareket etmek kas, iskelet ve sinir sistemlerinin beraber çalışması ile gerçekleşir ve bütün sistemler üzerine olumlu etkiler yaratan bir eylemdir. Hareket etmenin bu yönleri düşünüldüğünde hemşireler de hareket etme konusundaki bilgileri ile hastayı hareket etme konusunda cesaretlendirip mümkün olan en kısa sürede hastanın hareketlenmesini sağlamalıdır. Yatak içinde pasif ayak ve bacak egzersizleri, yatak içinde dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarından ayağa kalkma ve yürüyüş yapma hastaların yapabilecekleri hareketlerdir. Bütün hasta gruplarında hareket etmenin fizyolojik etkileri vardır. Hareket etmenin sistemik etkileri;

- Kardiyakout putu arttırmak,
- Venöz dolaşımı sağlamak,
- Alveolar solunumu arttırmak ve oksijenasyonu sağlamak,
- Metabolizma hızını arttırmak,
- Glikoz ve yağ asidi kullanımını arttırmak,
- Yorgunluğu azaltmak,
- Hareket etme toleransını arttırmak,

- Stresle etkili baş etmesini sağlamaktır (73).

Hasta hareket ederken hemşire; hastanın hareketten önce ve sonraki yaşam bulgularının nasıl değiştiğini, hareketi tolere edip edemediğini, hareketleri yaparken ekipmanların uygun tutulup tutulmadığını değerlendirmelidir. Hastanın anksiyete ve ağrı yaşaması, motivasyonunun düşük olması, yaşı, cinsiyeti, gebe olması, hipoksemi ve anemi gibi durumların bulunması hastanın hareketleri tolere etmesini engelleyebilir (73).

Eğer hastanın;

- Ortalama arter basıncı 65'den daha az ise,
- Nabızı dakikada 60 atımdan az ya da 120'den fazla ise,
- Solunum sayısı dakikada 10'dan az ya da 32'den fazla ise,
- Oksijen saturasyonu 90'dan az ise
- Son 30 dakika içinde sedasyon sağlayan ilaç almış ve ajitasyonu varsa hasta hareket etmeye başlamamalıdır (74).

Hareket etmeye başlamadan önce ekipmanlar, hastaya bağlı olan tüm cihazlar değerlendirilmeli ve korunmalı, intravenöz katater var ise sıvı desteği kapatılmalı ve dren, foley katater gibi taşınması gereken eşyalar var ise aşağıda tutularak taşınmalıdır. Cerrahiden sonra hastanın günlük yaşam aktivitelerine mümkün olan en kısa sürede dönmesi ve fiziksel bağımsızlığının sağlanması için hareket etme cerrahi hastalarında ayrı bir öneme sahiptir. Özellikle abdominal cerrahi geçiren hastalarda mortalite oranını düşürebilmek ve komplikasyonları önleyebilmek adına ameliyat sonrasında hareket etme kuvvetle önerilmektedir (75). Cerrahi sonrasında erken ayağa kalkma; solunum, dolaşım ve gastrointestinal sistem sorunlarının ortaya çıkmasını engeller (76,77). Yapılan aktivite peristaltizimi artırır, akciğerlerde biriken sekresyonların atılmasını kolaylaştırır, paralitik ileusu önler ve kalbe venöz dönüşün artması ile dolaşım yani doku perfüzyonu arttırmış olur (78).

Ameliyat geçiren hastalarda yatakta geçen süre arttıkça hastalarda insülin direncinin artacağı, kaslarda atrofi olacağı gibi farklı komplikasyonlara da sebep olabileceği düşünülmektedir ve ameliyat günü hareket etmeye başlaması önerilmektedir. Ameliyat yapılan gün 2 saat sonraki günlerden ise taburculuk gününe kadar ise 6 saat yatak dışında olması ile yaşanabilecek bütün komplikasyonların önüne geçilebilir (79). Cerrahi hastalarının hareket etmeyi daha iyi tolere edebilmesi için ağrısı, bulantı-kusması, baş dönmesi ya da solunum komplikasyonu olmaması gerekmektedir. Bu bağlamda hastalarda komplikasyon yönetiminin iyi sağlanması büyük önem taşımaktadır (80). Bütün olumlu

yönlerine rağmen hasta aktivite için isteksiz olabilir. Bu durumda hemşireye düşen görev hastayı ayağa kaldırırken aşamalı bir süreç oluşturmak ve hastayı aktivite için cesaretlendirmektir. Ameliyat sonrasında ilk ayağa kalkmada;

- Hastanın baş dönmesi var ise geçinceye kadar, ilk olarak hastanın yatak başı yükseltilmeli, hasta yavaş yavaş oturur pozisyona alınmalı,
- Daha sonra hasta yatak kenarında ayaklarını bırakarak oturur pozisyon almalı,
- Eğer hastanın baş dönmesi yok ise hasta desteklenerek aktiviteye başlanmalı.
- Hasta ilk yürüyüşünde yalnız bırakılmamalı ve aktivitenin zamanı ve süresi hastanın yaşı, fiziksel durumu, hastaya uygulanan ameliyatın tipine göre düzenlenmelidir (73).

Cerrahi operasyon ile birlikte bireyler ameliyat sonrası dönemde hareketsizlikle ortaya çıkabilecek pulmoner emboli, derin ven trombozu ve solunum sıkıntısı gibi ciddi sorunlar için daha çok risk altındadırlar (81). Bu durum göz önüne alındığında bariatrik cerrahi ameliyatı olan hastaların mobilizasyonu yaşanabilecek sorunları önleyebilmek adına daha büyük önem taşımaktadır. Hareket etme ile hastaların hemodinamik bulgularında ve solunum fonksiyonlarında iyileşme olmaktadır (82). Erken dönemde hareket etme, ameliyat sonrasındaki derin ven trombozunu önleyebilmek için maliyeti olmaması, farmakolojik bir yöntem olmaması ve ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkabilecek olan diğer sorunlar için de faydalı olması sebebiyle kullanılan düşük molekül ağırlıklı heparin yerine tercih edilen etkili bir yöntem olarak kabul edilebilir (83).

Ameliyat sonrası anestezi ile ortaya çıkan bağırsak hareketliliğinde ortaya çıkan azalmanın erken ayağa sonrasında bağırsak hareketliliğinin arttığı, gaita ve gaz çıkışının kolaylaştığı görülmüştür (84). Bulantı-kusma, ağrı, kardiyovasküler ve akciğer komplikasyonları, derin ven trombozu riski ve yara yerinde ortaya çıkabilecek sorunların erken tanınması ve yönetmek konusunda hemşirenin sorumlulukları vardır. Erken mobilizasyon ile de bütün bu komplikasyonların önüne geçilebilir ve yara yeri iyileşiminin hızlanması sağlanabilir.

Hastaların ameliyat sonrası hareket ederken yaşadıkları en belirgin sorun ağrı yaşamalarıdır (85). Abdominal cerrahide ameliyat sonrası erken ayağa kalkma ile standart uygulamalar karşılaştırıldığında erken ayağa kalkma hasta grubunda daha az ağrı yaşadığı ve yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (86). Ameliyat sonrası dönemde hastalarda ağrı yönetimi hareket etmenin sürdürülmesi adına önemlidir. Bu bağlamda ameliyat sonrasında hastanın bireysel özellikleri göz önüne alınarak hastanın ağrısı

değerlendirilmeli ve uygun analjezik kullanımı ya da farmakolojik olmayan yöntem seçilerek ağrı yönetimi sağlanmalıdır (87). Ameliyat sonrası hareket sırasında hastaların deneyimlerine bakıldığında en çok yatak içinde dönerken ağrı yaşadıkları ve zorlandıkları belirlenmiştir. Bağımlılık durumlarına bakıldığında ise yine en çok yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken bağımlı oldukları belirlenmiştir (88). Literatürde başka bir araştırmanın sonucuna bakıldığında cerrahi kliniklerde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin dahili kliniklerde yatan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (89). Hareketliliği etkileyen durumlar göz önüne alındığında kliniklerde hemşire olarak bizlere düşen hastalara hareket etmenin önemini etkili bir biçimde anlatmak, hareket etmeyi engelleyebilecek durumları takip ederek belirlemek ve sonrasında bu durumların yönetimine ilişkin girişimlerde bulunmaktır.

## **2.6. Bu Çalışmada İncelenen Ameliyat Sonrası Hareket Türleri ve Özellikleri**

Egzersiz planında egzersizler önce yatak içi hareketlilik daha sonra yatak içinde oturma ve hasta odasında yürüme sırasıyla yer almalıdır (90). Bu çalışmada hastaların yaptığı yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarından ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme şeklinde yapılan dört hareket incelendi.

### **2.6.1. Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme**

Hastanın yatağında pasif olarak sağ ya da sol tarafına dönerek (lateral) pozisyon almasına denir.

- Hastanın başının altındaki yastık alınır ve hemşire hastanın döneceği tarafın karşısına geçer.
- Hasta sağ taraf dönecekse sol tarafından, sol taraf dönecek ise sağ tarafından destek alarak bir taraftan diğer tarafa döner (91).

### **2.6.2. Yatak Kenarında Oturma**

Hastanın yataktan çıkmadan yatak kenarında oturmasıdır. Hasta yatak kenarında otururken aşağıdaki aşamalar izlenir.

- Hastanın başı yükseltilir ve supine pozisyonu verilir.

- Bir elimizle yatak yüzeyinden destek alırken diğer elimizle yakın olan kolu omuz altından tutulur.
- Hasta boyundan başı ve sırtı desteklenerek oturma pozisyonuna getirilir (73).

### **2.6.3. Yatak Kenarından Ayağa Kalkma**

Hasta yatak kenarında oturmayı tolere edebildiyse yatak kenarından ayağa kaldırılır. Yatak kenarından ayağa kaldırılırken izlenmesi gereken adımlar aşağıdaki gibidir.

- Önce hastaya terlik giydirilir.
- Hemşire hasta ile yüz yüze olur ve hastanın yere bastığından emin olmalıdır.
- Bir ayağını hastanın ayaklarının arasına yerleştirir.
- Hasta ellerini destek almak için hemşirenin omzuna koyar hemşire de hastayı eğilerek belinden tutar.
- Hemşire ile hasta aynı anda doğrularak ayağa kalkar (73)

### **2.6.4. Hasta Odasında Yürüme**

Hasta yatak kenarından ayağa kaldırıldıktan sonra bir süre genel durumu gözlemlenir. Hasta ayakta durmayı tolere edebilir ise yürütmeye başlanır. Yürüme aşamaları aşağıdaki gibi olmalıdır.

- Hasta ile aynı yöne bakılarak hastanın sağın aya da soluna geçilir.
- Bir el ile hastanın kolu altından tutulur. Diğer el ile de hastanın bileği tutulur ve yürümeye başlanır.
- Yürüme sırasında hastanın karşıya bakması ve yürürken derin soluk alıp vermesi söylenir (73).

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırma Soruları**

1. Abdominal cerrahi geçiren hastaların hareket ederken yaşadığı ağrı durumu nasıldır?
2. Abdominal cerrahi geçiren hastaların hareket ederken yaşadığı zorlanma durumu nasıldır?
3. Abdominal cerrahi geçiren hastaların hareket ederken bağımlılık durumu nasıldır?
4. Abdominal cerrahi geçiren hastaların hareket etmesini etkileyen faktörler nelerdir?
5. Abdominal cerrahi geçiren hastalarda ağrıyı, hastaların zorlanmasını ve bağımlılığını arttıran faktörler nelerdir?

### **3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı**

#### **3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma Gaziantep ilinde bulunan 25 Aralık Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde yapıldı.

#### **3.2.2. Araştırmanın Tipi**

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların hareketlilik düzeylerini ve hareket etmelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı tasarımda bir araştırmadır.

#### **3.2.3. Araştırmanın Yapıldığı Zaman**

Araştırmanın verileri 01.09.2019 ve 20.12.2019 tarihleri arasında araştırmacının çalışma saatleri dışında haftanın herhangi iki gününde ve aynı gün ameliyat olan hastaların ilk yürüyüşlerini yapmış olmaları için akşam saatlerinde toplandı.

### 3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (EK 2) ve Gaziantep Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı onay (EK 3) alındı. Araştırmada kullanılan Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenirliğini yapan Tülüha Ayoğlu'ndan yazılı izin alındı (EK 6). Gaziantep Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alındığı için Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Başhekimliği yazılı bir izin çıkarmadı.

Katılımcılar araştırmanın amacı ve edinilen bilgilerin gizliliği, maddi olarak bir karşılığı olmadığı gibi konularda bilgilendirilip Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur Formu (EK 5) ile ıslak imzalı onamları alındı. Bu doğrultuda yalnızca araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya dahil edildi.

### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini belirtilen hastanenin genel cerrahi kliniğinde verilerin toplandığı tarihlerde kolesistektomi, apendektomi, herni cerrahisi ve bariatrik cerrahi uygulanan 236 hasta oluşturdu. Bu hastalardan örneklem ölçütlerini sağlayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 152 hasta örnekleme alındı.

Örneklem ölçütleri ise;

- Kolesistektomi, apendektomi, herni ve bariatrik cerrahiden biri uygulanan
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Ameliyat sonrası ilk yürüyüşünü yapmış olan,
- Kronik ağrısı olmayan ve bu amaçla tedavi uygulanmayan,
- Ciddi işitme ve görme problemi olmayan,
- Bilinci açık olan hastalar olarak belirlendi.

#### 3.4.1. Araştırma Dışı Kalan Hastalar

Örneklem ölçütlerini sağlamasına rağmen;

- 54 hasta Türkçe bilmediği için,
- 28 hasta ameliyat sonrası ilk yürüyüşünü yapmadığı için araştırmaya dahil edilmedi.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu (EK 4), Hasta Hareketlilik Ölçeği (EK 4), Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (EK 4) ve Hareketi Etkileyen Faktörler Soru Formu (EK 4) ile toplandı.

#### 3.5.1. Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu

Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu ilgili literatürden yararlanarak araştırmacı tarafından oluşturuldu (40). Tanıtıcı Bilgiler Soru Formunda hastaların doğum tarihi, cinsiyet, medeni durum, boy, kilo, beden kütle indeksi değeri ve durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, sürekli kullandığı ilaçlar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, gözlük kullanımı, yürümeye yardımcı ekipman kullanımı, daha önce ameliyat geçirme durumu, ameliyattan bir ay öncesindeki beslenme durumu ve kilo kaybı, ameliyattan önce sağlık ekibinden eğitim alma durumu, ameliyattan sonraki ilk yürüyüşünü ne zaman, kimle ve kaç kişi ile yaptığı, ameliyattan sonra düşme ve baş dönmesi yaşayıp yaşamadığı, ve ameliyat sonrasında solunum egzersizi yapma ya da triflo kullanıp kullanmadığı bilgilerini sorgulayan toplam 25 soru yer aldı.

#### 3.5.2. Hasta Hareketlilik Ölçeği

Hasta Hareketlilik Ölçeği, Heye ve ark. (2002) tarafından geliştirilmiştir (92). Ölçeğin Türkiye geçerlilik güvenilirliğini ise Tülüha Ayoğlu (2011) yılında yapmıştır (93). Hasta hareketlilik ölçeği ile ameliyat sonrası dönemde “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme”, “yatak kenarında oturma”, “yatak kenarında ayağa kalkma” ve “hasta odasında yürüme” şeklinde yapılan 4 aktivite yapılırken yaşanan ağrı ve zorlanma boyutunda değerlendirilir.

Algılanan ağrının şiddeti beşli likert tipinde ölçekle “yoktu (1)”, “biraz ağrı vardı (2)”, “orta derecede ağrı vardı (3)”, “çok ağrı vardı (4)”, “hayal edebileceğim en kötü ağrıydı (5)”; zorlanma dereceleri ise yine beşli likert tipinde ölçekle “çok kolaydı (1)”, “kolaydı (2)”, “biraz zordu (3)”, “zordu (4)”, “çok zordu (5)” şeklinde puanlanarak ne kadar ağrı yaşadığı ve zorlandığı belirlenir. Her bir hareketin ağrı ve zorlanma puanı ayrı ayrı toplanır. Puanın artışı hareketin ağrı ve zorlanma derecesinin artması anlamına gelir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri Heye ve arkadaşlarının (2002) yaptığı araştırmada ameliyattan sonra 1. gün 0,98, 2. gün 0,98, Ayoğlu'nun (2011) araştırmasında ise

ameliyattan sonra 1. gün 0,87, 2. gün ise 0.94 olarak bulunmuştur (92,93). Bu araştırmada hastalar ameliyat sonrası 1. gün değerlendirildi ve Cronbach alfa değeri 0.92 olarak bulundu.

### **3.5.3. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği**

Gözlemci Hareketlilik Ölçeği de Heye ve ark. (2002) tarafından geliştirilmiştir ve ölçeğin Türkiye için geçerlilik güvenilirliğini Tuluha Ayoğlu (2011) yapmıştır (92.93). Bu ölçek ile yapılan hareketler sırasında hastaların ne derece bağımlı/bağımsız oldukları değerlendirilir, hareketten iki dakika önce ve sonra tansiyon, nabız ve solunum sayısı gözlemci tarafından ölçülür. Hastalar hareketleri yaparken bağımlılıklarının değerlendirilmesi 1-5 puan arasında yapılır. Ölçekteki bir (1) puan hastanın bağımsız olarak hareketi yaptığını, beş (5) puan ise sözel uyarılar ve fiziksel yardımlara rağmen hastanın hareketi yapamadığı anlamına gelir. Ölçeğin toplam puanı dört hareket “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme”, “yatak kenarında oturma”, “yatak kenarından ayağa kalkma” ve “hasta odasında yürüme” için puanların toplanması ile elde edilir. En düşük puan 4, en yüksek puan ise 20 olarak değerlendirilir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri Heye ve arkadaşlarının (2002) yaptığı araştırmada ameliyattan sonra 1. gün 0.93, 2. gün 0.94, Ayoğlu'nun (2011) araştırmasında ise ameliyattan sonra 1. gün 0.64, 2. gün ise 0.62 olarak bulunmuştur (92,93). Bu araştırmada ise Cronbach alfa değeri 0.81 olarak bulundu.

### **3.5.4. Hareketi Etkileyen Faktörler Soru Formu**

Soru formu araştırmacı tarafından ilgili kaynaklar taranarak hazırlandı (73). Ameliyat sonrası dönemde hastanın hareketliliğini etkileyebilecek bulantının, kusmanın, yemek yeme zamanının, uyku zamanının, ziyaretçi olmasının, halsizliğin, düşme korkusunun, hareket ederken birisine gereksinim duymasının, hareket ederken destek olacak birinin olmamasının, hareket ederken yara yerinin açılmasından korkmasının, kendini huzursuz hissetmesinin, ameliyata bağlı stres yaşamasının, kullanılan ekipmanların, ağrısının olmasının, giydiği kıyafetlerin rahat olmamasının ve nasıl hareket edeceği konusunda bilgi eksikliğinin olması üzerine 17 soru hazırlandı. Soru formu dörtlü likert şeklinde tasarlandı. Soru formundan alınacak en düşük puan 17 en yüksek puan ise 68'dir. Soru formundan alınan puanın artması hastaların değerlendirilen faktörlerin hastaların hareketlerini yüksek derecede etkilediği anlamına gelmektedir.

### 3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep ilinde Şehitkamil ilçesinde yer alan 25 Aralık Devlet Hastanesinin Genel Cerrahi Kliniğinde yapıldı. Genel Cerrahi Kliniği erkek ve kadın olmak üzere ikifarklı bölümden oluşmaktaydı ve her klinikte 20 yatak bulunmaktaydı. Klinikte toplam 40 yatak vardı. Klinikte toplam 12 hemşire çalışmaktaydı. Hemşireler 8,16 ve 24 saatlik nöbet tutarak çalışıyorlardı. Hastanede beş genel cerrah çalışmaktaydı. Her klinikte gündüz sorumlu hemşirede dahil olmak üzere dört hemşire, gece ise bir hemşire çalışmaktaydı. Klinikte haftada yapılan ameliyatların % 95'i abdominal bölge cerrahisiydi. Yıllık orana bakıldığında en çok yapılan abdominal cerrahi türü herni cerrahisiydi. Cinsiyete göre bakıldığında kadınlarda en çok yapılan ameliyat kolesistektomi ve umbilikal herni tamiri, erkeklerde ise inguinal herni tamiridir. Hastalar kliniğe ameliyat sabahı kabul ediliyordu ve hastaların yanında bir refakatçi kalıyordu. Akşam 17:00 ile 21:00 arasında ziyaretçi kabul ediliyordu. Klinikte cerrahi öncesinde uygulanan rutin bir eğitim protokolü bulunmamaktaydı.

### 3.7. Verilerin Toplanması

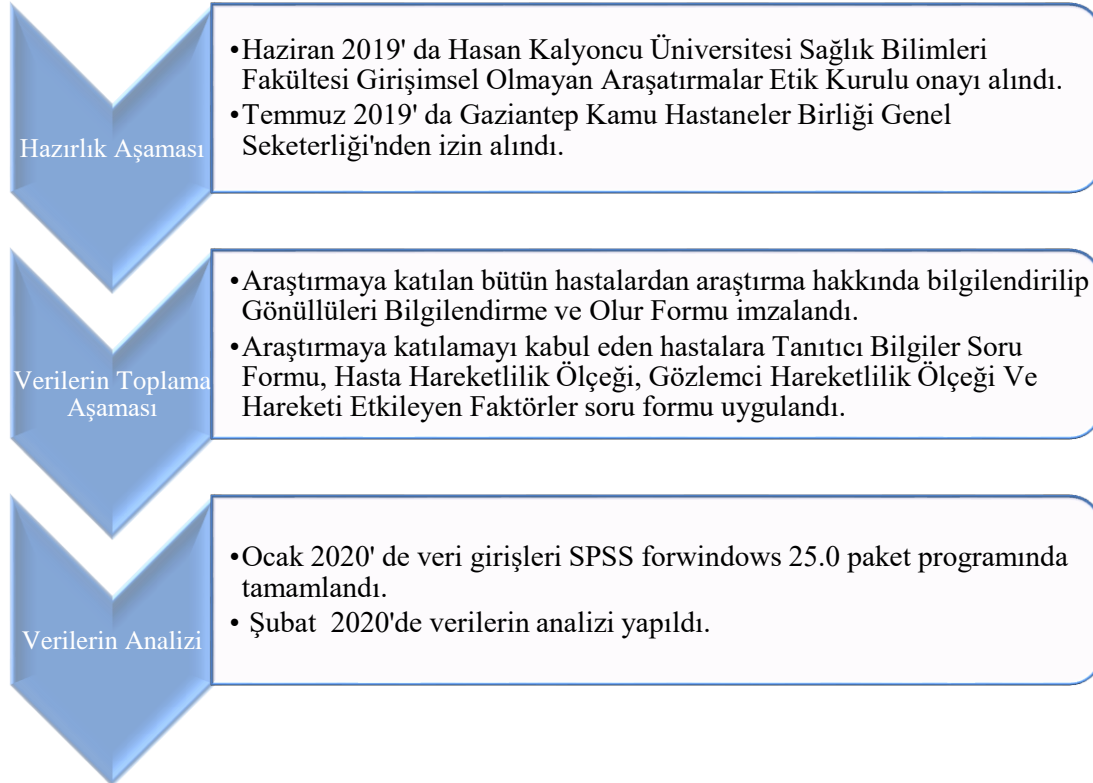
Araştırmanın verileri mesai bitimi sonrasında ameliyattan sonraki ilk yürüyüşünü yapmış olan ve örneklem ölçütüne uygun olan hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Her bir hasta ile yaklaşık olarak 20 dakika görüşüldü. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ilk olarak araştırmacı tarafından sözel olarak ve Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur Formu (Ek6) ile bilgilendirildi ve ıslak imza ile hastaların oluru alındı.

Veri toplama aşamasında;

- Hastaya yarı oturur (semi-fowler) pozisyonu verilerek tansiyonu ölçüldü, pulseoksimetre ile nabız sayıldı ve bir dakika boyunca solunumu sayıldı.
- Bu ölçümlerden iki dakika sonra hasta sırasıyla yatak içinde dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarından ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme aktivitelerini bağımsız yaptı ya da hastanın yardıma ihtiyacı var ise araştırmacı hemşirenin yardımıyla (dren ya da foley tater torbasını taşıyarak ve koluna girerek destek oldu) yaptı ya da araştırmacı hemşirenin yardımına rağmen yapamadı.
- Araştırmacı bu hareketlerden sonra Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ile değerlendirmesini yaptı.

- Hareketlerden iki dakika sonra aynı pozisyonda tansiyon ölçüldü; aynı yöntemlerle nabız ve solunum sayısına bakıldı.
- Ardından sırasıyla hastalara Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu, Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Hareketi Etkileyen Faktörler Soru Formu uygulandı (Şekil 3.1)

### 3.8. Araştırmanın Uygulanma Basamakları



Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulanma Basamakları

### 3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizinde SPSS forWindows25.0 kullanıldı. Kategorik değişkenler sayı, yüzde (%) şeklinde, sürekli değişkenleri ise ortalama±standart sapma, en küçük, en büyük değerleri olarak hesaplandı ve gösterildi. Araştırmada yer alan verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile belirlendi. Yapılan analiz sonucunda verilerin normal dağılmadığı saptandı ( $p < 0.05$ ). İki grup ortalamasının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup ortalamalarında ise Kruskall Wallis testi uygulandı. Toplam puanlar arasındaki korelasyonu belirlemek için Spearman Korelasyon analizi yapıldı. Bütün analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Tanıtıcı Özellikler ve Ameliyata İlişkin Bulgular

Araştırmaya dahil edilen hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de verildi.

**Tablo 4.1.** Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=152)

Tanıtıcı özellikler		Sayı	Yüzde
Yaş (Ort±Ss) (yıl) (en küçük–en büyük)		46.61±15.23 (19-85)	
Boy (cm) (Ort±Ss) (en küçük–en büyük)		165.65±8.75 (147-189)	
Kilo (kg) (Ort±Ss) (en küçük–en büyük)		83.01±18.29 (50-154)	
Beden kütle indeksi (kg/m <sup>2</sup> ) (Ort±Ss) (en küçük–en büyük)		30.42±6.95 (17.7-59.41)	
Cinsiyet	Kadın	90	59.2
	Erkek	62	40.8
Medeni durum	Evli	131	86.2
	Bekar	21	13.8
Eğitim durumu	Okuryazar değil	12	7.9
	Okuryazar	6	3.9
	İlkokul	64	42.1
	Ortaokul	32	21.1
	Lise	38	25.0
Çalışma durumu	Çalışıyor	46	30.3
	Çalışmıyor	106	69.7
Sigara kullanma durumu	Evet	35	23.0
	Hayır	117	77.0
Alkol kullanma durumu	Evet	5	3.3
	Hayır	147	96.7
Yürümeye yardımcı ekipman kullanma durumu	Evet	4	2.6
	Hayır	148	97.4
Kronik hastalık	Var	48	31.6
	Yok	104	68.4
Gözlük kullanma durumu	Evet	38	25.0
	Hayır	114	75.0
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	52	34.2
	Hayır	100	65.8
Yapılan ameliyatın adı	Kolesistektomi	80	52.7
	Apendektomi	8	5.3
	Herni tamiri	50	32.9
	Bariatrik cerrahi	14	9.2
Anestezi türü	Genel	102	67.1
	Spinal	50	32.9

\*Ort±Ss: Ortalama±Standart sapma

Araştırmada yer alan hastaların yaş ortalaması  $46.61 \pm 15.23$  yıl, kilo ortalaması  $83.01 \pm 18.29$  kg, boy ortalaması  $165.65 \pm 8.75$  cm olup; beden kütle indeksi ortalaması  $30.42 \pm 6.95$  olarak belirlendi. Hastaların % 59.2 (n=90)' si kadın, % 86.2 (n=131)'si evli, %42.1 (n=64)'i ilkokul, % 25.0 (n=38)'i lise, %21.1 (n=32)'i ortaokul mezunuydu. Hastaların şu anda bir işte çalışma durumuna bakıldığında; %69.7 (n=106)' sinin çalışmadığı saptandı. Alışkanlıklarını incelediğimizde; % 77.0 (n=117)' sinin sigara, % 96.7 (n=147)' sinin alkol kullanmadığı belirlendi. Hastaların % 31.6 (n=48)' sında kronik bir hastalık vardı, % 25.0 (n=38)'i gözlük kullanıyordu ve % 34.2 (n=52)' si daha önce ameliyat olmuştu. Hastaların % 52.7 (n=80)'si kolesistektomi, %32.9 (n=50)' u herni tamiri, %9.2 (n=14)'si bariatrik cerrahi ve %5.3 (n=8)'ü apendektomi ameliyatı oldu. Hastaların %67.1 (n=102)'ine genel anestezi uygulanırken; %32.9 (n=50)' una spinal anestezi uygulandı (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2.** Ameliyat Öncesi Eğitim Alma, Beslenmede Azalma, Kilo Kaybı; Ameliyat Sonrası Hareket Zamanı ve Yaşanan Bazı Komplikasyonların Dağılımı (N=152)

		Sayı	Yüzde
Ameliyattöncesi eğitim alma durumu	Doktordan aldım	12	7.9
	Almadım	140	92.1
Ameliyattan bir ay öncesinde beslenmede azalma	Evet	57	37.5
	Hayır	95	62.5
Ameliyattan bir ay öncesinde kilo kaybı	Evet	44	28.9
	Hayır	108	71.1
Kaybedilen kilo (Ort±Ss*) (en küçük-en büyük) (kg)		4.00±1.83 (2.00-10.00)	
Ameliyat günü baş dönmesi yaşama	Evet	117	77.0
	Hayır	35	23.0
Ameliyat sonrası düşme	Evet	1	0.7
	Hayır	151	99.3
Ameliyat sonrası 4hareketin yapıldığı zaman	0.gün	109	71.7
	1.gün	32	21.1
	2.gün	11	7.2
Ameliyat sonrası solunum egzersizi yapma	Evet	14	9.2
	Hayır	138	90.8

\*Ort±Ss: Ortalama±Standart sapma

Hastaların %92.1 (n=140)'inin ameliyat öncesinde hiçbir sağlık profesyonelinin eğitimi almadığı, % 62.5 (n=95)'inin ameliyattan bir ay öncesinde beslenmesinde azalma olduğu, % 28.9 (n=44)'unda ortalama  $4.00 \pm 1.83$  kg kilo kaybı olduğu belirlendi. Yapılan ileri analizde kilo kaybının hastaların geçirdikleri ameliyat adına göre incelemesinde; kolesistektomi grubunda (4.02), diğer gruplara göre (3.66) yüksek olduğu görüldü. Hastaların % 99.3 (n=151)'ünün ameliyat sonrası düşme yaşamadığı, hareketlerin yapıldığı ilk güne bakıldığında; % 71.7 (n=109)'ünün 0. günde, % 21.1 (n=32)'inin 1. günde, % 7.2 (n=11)'inin 2. günde olduğu ve hastaların % 90.8 (n=138)'inin ameliyat sonrasında solunum egzersizi yapmadığı belirlendi (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3.** Hastaların Ameliyat Sonrası İlk Yürüyüşüne İlişkin Verilerin Dağılımı (N=152)

Veriler		Sayı	Yüzde
İlk yürüyüşü yapma zamanı	0.Gün	144	94.7
	1.Gün	8	5.3
İlk yürüyüşü beraber yaptığı kişi	Refakatçi/ler	152	100.0
	1 kişi ile	65	42.8
İlk yürüyüşü beraber yaptığı kişi sayısı	2 kişi ile	86	56.6
	3 kişi ile	1	0.7

Hastaların ameliyat sonrası ilk yürüyüşüne ilişkin bulguların dağılımı Tablo 4.1.3'te verildi. Hastaların % 94.7 (n=144)'inin ameliyat sonrası ilk yürüyüşünü 0. gün (ameliyatın olduğu gün), % 5.3 (n=8)'ünün ameliyat sonrası 1. günde yaptığı belirlendi. Hastaların tamamı (n=152) ilk yürüyüşünü refakatçi yardımı ile yaptığını belirtti. İlk yürüyüşte hastalara yardımcı olan refakatçi sayısı incelendiğinde; % 56.6 (n=86)'sında iki, % 42.8 (n=65)'inde ise bir kişi olduğu görüldü (Tablo 4.3).

## 4.2. Hastaların Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

**Tablo 4.4.** Hasta Hareketlilik Ölçeği Alt Boyutları ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon

		Ağrı	Zorlanma
<b>Bağımlılık toplam puan</b>	R*	0.426	0.481
	p	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>

\*R: SpearmanKorelasyonkatsayısı

Gözlemci Hareketlilik Ölçeği genel toplamı ile Hasta Hareketlilik Ölçeği alt boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak orta kuvvette pozitif yönde ( $p<0.001$ )ilişki olduğu belirlendi. Bu sonuca göre hastaların ağrı ve zorlanma puanları arttıkça bağımlılıkları da artmaktadır (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Hastaların Aktivite Öncesi ve Sonrası Yaşam Bulguları ve Karşılaştırılmaları (N=152)

Yaşam bulguları	Aktivite		t*	p
	Önce	Sonra		
	Ort±Ss** (En küçük-en büyük)	Ort±Ss** (En küçük-en büyük)		
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	120.39± 13.66 (90-160)	125.98 ± 12.77 (90-150)	-7.563	<b>0.000</b>
Diastolik kan basıncı (mm/Hg)	75.59 ±10.01 (60-100)	81.38± 9.90 (60-110)	-7.662	<b>0.000</b>
Ortalama Arter Basıncı (mm/Hg)	90.5±2 10.35 (70-120)	96.25± 9.97 (76-121)	-9.036	<b>0.000</b>
Nabız /dk	76± 9.28 (54-112)	84 ± 9.83 (62-121)	-13.663	<b>0.000</b>
Solunum /dk	13 ± 1.09 (12-17)	15± 1.72 (12-21)	-13.959	<b>0.000</b>

\*t: pairedsample t-test. \*\*Ort±Ss: Ortalama±Standart sapma

Katılımcıların aktivite öncesi ve sonrası yaşam bulguları ortalamaları ve yaşam bulgularının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.2.2’de yer almaktadır. Katılımcıların aktivite öncesi ve sonrası değerlendirilen sistolik ve diyastolik kan basıncı, ortalama arter basıncı, nabız ve solunum sayılarının ortalamalarına bakıldığında aktivite sonrası değerlerin aktivite öncesinde ölçülen değerlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlendi ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6.** Hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği’ne göre Aktivite Esnasında Deneyimledikleri Ağrı Dereceleri (N=152)

Hasta Hareketlilik Ölçeği maddeleri	Ort±Ss* En küçük- en büyük	Ağrı				
		Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	En kötü ağrıydı
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme	3,80±0,86	3 (2.0)	11 (7.2)	23 (15.1)	90 (59.2)	25 (16.4)
Yatak kenarında otururken	3,33±0,86	7 (4.6)	15 (9.9)	54 (35.5)	72 (47.4)	4 (2.6)
Yatak kenarından ayağa kalkarken	3,13±0,93	10 (6.6)	23 (15.1)	54 (35.5)	62 (40.8)	3 (2.0)
Hasta odasında yürürken	2,94±1,08	18 (11.8)	36 (23.7)	37 (24.3)	58 (38.2)	3 (2.0)
Ölçek toplam (Ort±Ss) (En küçük-en büyük)				13.25± 3.14		

\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği’ne göre aktiviteler esnasında deneyimledikleri ağrıya ilişkin bulgular Tablo 4.2.3.’de özetlendi. Hastaların “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken” deneyimledikleri ağrı puan ortalaması  $3.80\pm0.86$ , “yatak kenarında otururken” deneyimledikleri ağrı puanı ortalaması  $3.33\pm0.86$ , “yatak kenarından ayağa kalkarken” deneyimledikleri ağrı puanı ortalaması  $3.13\pm0.93$  iken; “hasta odasında yürürken” deneyimledikleri ağrı puanı ortalaması ise  $2.94\pm1.08$  olarak hesaplandı. Hastaların % 59.2 (n=90)’sinin “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken”, % 47.4 (n=72)’ünün “yatak kenarında otururken”, % 40.8 (n=62)’inin “yatak kenarından ayağa

kalkarken” ve % 38.2 (n=58)’sinin “hasta odasında yürürken” çok ağrı yaşadığı belirlendi (Tablo 4.6).

**Tablo 4.7.** Hastaların Aktivite Esnasında Yaşadığı Zorlanma Dereceleri (N=152)

Hasta Hareketlilik Ölçeği maddeleri	Ort±Ss*- En küçük- en büyük	Zorlanma				
		Çok kolaydı	kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme	33,96±0,96	2 (1.3)	9 (5.9)	35 (23.0)	53 (34.9)	53 (34.9)
Yatak kenarında otururken	3,46±0,98	4 (2.6)	20 (13.2)	53 (34.9)	52 (34.2)	23 (15.1)
Yatak kenarından ayağa kalkarken	3,39±1,08	6 (3.9)	29 (19.1)	39 (25.7)	55 (36.2)	23 (15.1)
Hasta odasında yürürken	3,20±1,16	9 (5.9)	39 (25.7)	41 (27.0)	38 (25.0)	25 (16.4)
Ölçek toplam (Ort±Ss) (En küçük-en büyük)				14.01±3.52		

\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği’ne göre aktiviteler esnasında zorlanma dereceleri Tablo 4.7’de verildi. Hastaların aktivite sırasında “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken” zorlanma puanı ortalaması 3.96±0.96,“yatak kenarında otururken” zorlanma puanı ortalaması 3.46±0.98,“yatak kenarından ayağa kalkarken”zorlanma puanı ortalaması 3.39±1.08 iken “hasta odasında yürürken zorlanma” puanı ortalaması 3.20±1.16 olarak belirlendi. Hastaların % 34.9 (n=53)’ u için yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmeyen çok zor olduğu ve % 34.9 (n=53)’ u için yatak kenarında oturmanın biraz zor olduğu, % 36.2 (n=55)’ si için yatak kenarından ayağa kalkmanın zor olduğu, % 25.0 (n=38)’ i için hasta odasında yürürmenin zor olduğu belirlendi (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8.** Hastaların Aktivite Sırasında Bağımlılık Durumları (N=152)

Gözlemci Hareketlilik Ölçeği maddeleri	Bağımlı Olma Dereceleri					
	Hasta bağımsız olarak aktiviteyi yaptı	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak aktiviteyi yaptı	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile aktiviteyi yaptı	Hasta aktiviteyi yapmak için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen aktiviteyi yapamadı	
	Ort±Ss* -En küçük-en büyük	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme	3.93±1.05 1-5	1 (0.7)	13 (8.6)	44 (28.9)	31 (20.4)	63 (41.4)
Yatak kenarında otururken	3.78±0.65 1-5	1 (0.7)	4 (2.6)	34 (22.4)	100 (65.8)	13 (8.6)
Yatak kenarından ayağa kalkarken	3.95±0.5 1-5	1 (0.7)	2 (1.3)	18 (11.8)	113 (74.3)	18 (11.8)
Hasta odasında yürürken	4.00±0.64 1-5	1 (0.7)	5 (3.3)	10 (6.6)	113 (74.3)	23 (15.1)
Ölçek toplam (Ort±Ss) (En küçük-en büyük)				15.67±2.42 (4-20)		

\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği'ne göre aktiviteler sırasında bağımlılık düzeylerine ilişkin bulgular Tablo 4.8'de özetlendi. Hastaların “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken” ortalama bağımlılık puanı 3.93±1.05, “yatak kenarında otururken” ortalama bağımlılık puanı 3.78±0.65, “yatak kenarından ayağa kalkarken” ortalama bağımlılık puanı 3.95±0.59, “hasta odasında yürürken” ortalama bağımlılık puanları ise 4.00±0.64 olarak belirlendi. Hastaların 41.4 (n=63)' ünün yardıma rağmen yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönemediği, % 65.8 (n=100)' ünün “yatak kenarında otururken”, % 74.3 (n=113)' ünün “yatak kenarından ayağa kalkarken” ve “hasta odasında yürürken” bir yardımcıya bağımlı olduğu saptandı (Tablo 4.8.).

### 4.3. Hastaların Hareketliliğini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

**Tablo 4.9.** Hastaların Hareketliliğini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı (N=152)

Faktörler	Ort±Ss*	Oldukça etkiliyor	Etkiliyor	Biraz etkiliyor	Etkilemiyor
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
1. Bulantının olması	2.26±0.89	6 (3.9)	67 (44.1)	40 (26.3)	39 (25.7)
2. Kusmanın olması	1.86±0.96	5 (3.3)	46 (30.3)	25 (16.6)	76 (50.0)
3. Halsiz hissetmem	2.65±0.90	22 (14.5)	78 (51.3)	29 (19.1)	23 (15.1)
4. Hareket zamanımın uyku zamanıma denk gelmesi	1.18±0.50		8 (5.3)	12 (7.9)	132 (86.8)
5.Hareket zamanımın yemek yeme zamanıma denk gelmesi	1.47±0.42		4 (2.6)	14 (9.2)	134 (88.2)
6. Hareket zamanımın ziyaret saatine denk gelmesi	1.58±0.70		19 (12.5)	51 (33.6)	82 (53.9)
7. Düşme korkusu yaşamam	3.20±0.98	77 (50.7)	44 (28.9)	16 (10.5)	15 (9.9)
8. Aileme gereksinim duymam	3.47±0.83	98 (64.5)	36 (23.7)	10 (6.6)	8 (5.3)
9. Destek olacak refakatçimin olmaması	1.04±0.35	2 (1.3)		1 (0.7)	149 (98.0)
10. Yara yerimin açılmasından/kanamasından korkmam	3.62±0.70	111 (73.0)	29 (19.1)	8 (5.3)	4 (2.6)
11. Kendimi huzursuz hissetmem	2.13±0.95	15 (9.9)	36 (23.7)	56 (36.8)	45 (29.6)
12. Ameliyata bağlı stres yaşamam	2.21±1.07	26 (17.1)	28 (18.4)	50 (32.9)	48 (31.6)
13. Vücudumda alt bölgesinde bulunan ekipmanlar (foleykateter, dren)	3.44±0.84	95 (62.5)	38 (25.0)	11 (7.2)	8 (5.3)
14. Vücudumun üst bölgesinde bulunan ekipmanlar (branül, dren)	3.43±0.83	92 (60.5)	42 (27.6)	10 (6)	8 (5.3)
15. Kıyafetlerimin rahatsız olması	1.63±0.75	3 (2.0)	17 (11.2)	54 (35.5)	78 (51.3)
16. Hareket ederken ağrımın olması	3.76±0.52	122 (80.3)	25 (16.4)	4 (2.6)	1 (0.7)
17. Nasıl hareket edeceğim konusunda bilgi eksikliğimin olması	3.35±0.78	78 (51.3)	55 (36.2)	14 (9.2)	5 (3.3)

\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların hareketliliğini etkileyen faktörlerin dağılımı Tablo 4.3.1’de özetlendi. Hastaların % 26.3 (n=40)’ ünde bulantının hareketliliği biraz etkilediği; % 50.0 (n=76)’sinde kusmanın hareketliliği etkilemediği; % 51.3 (n=78)’ ünde halsizliğin hareketliliği etkilediği; % 86.6 (n=132)’ sında hareket zamanının uykuya zamanına denk gelmesinin hareketliliği etkilemediği; % 88.2 (n=134)’ sinde hareket zamanının yemek yeme zamanına denk gelmesinin hareketliliği etkilemediği; % 53.9 (n=82)’ unda hareket zamanının ziyaret saatine denk gelmesinin hareketliliği etkilemediği; % 50.7 (n=77)’ sinde düşme korkusu yaşamının hareketliliği oldukça etkilediği; % 64.5 (n=98)’ inde hareket ederken ailesine ihtiyaç duymasının hareketliliği oldukça etkilediği; % 73.0 (n=111)’ ünde yara yerinin açılmasından korkmasının hareketliliğini oldukça etkilediği; % 98.0 (n=149)’ inde destek olacak refakatçisinin olmamasının hareketliliğini oldukça etkilediği; % 36.8 (n=56)’ inde kendini huzursuz hissetmenin hareketliliği biraz etkilediği; % 32.9 (n=50)’ unda ameliyata bağlı stres yaşamının hareketliliği biraz etkilediği; % 62.5 (n=95)’ inde vücudunun alt bölgesinde bulunan ekipmanların hareketliliğini oldukça etkilediği; % 60.5 (n=92)’ inde vücudunun üst bölgesinde bulunan ekipmanların hareketliliğini oldukça etkilediği; % 51.3 (n=78) ’ünde kıyafetlerinin rahatsız olmasının hareketliliği etkilemediği; % 80.3 (n=122)’ ünde hareket ederken ağrısının olmasının hareketliliği oldukça etkilediği; % 51.3 (n=78)’ ünde nasıl hareket edeceğini konusunda bilgi eksikliği olmasının hareketliliği oldukça etkilediği belirlendi (Tablo 4.9).

**Tablo 4.10.** Hasta Hareketlilik Ölçeği Alt Boyutu ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Toplam Puanı ile Hareketi Etkileyen Faktörler Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon

		Hasta Hareketlilik Ölçeği		Gözlemci Hareketlilik Ölçeği
		Ağrı	Zorlanma	Bağımlılık
Hareketi etkileyen faktörler toplam puan	R*	0.097	0.071	0.238
	p	0.235	0.385	<b>0.003</b>

\*R: Spearman korelasyon katsayısı

Hareketi Etkileyen Faktörler toplam puanı ile Hasta Hareketlilik Ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel bir ilişki bulunmazken ( $p>0.05$ ); Gözlemci Hareketlilik Ölçeği toplam puanı ile arasında pozitif yönde zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.05$ ) ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.10.).

#### 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**Tablo 4.11.** Beden Kütle İndeksi ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta hareketlilik gözlemci hareketlilik ölçeği	Beden kütle indeksi	Sayı	Ort±S**	F*	p
Ağrı	Normal	27	12.29±3.25	2.496	<b>0.031</b>
	Kilolu	68	14.02±2.82		
	I.dereceobez	27	13.40±3.20		
	II.dereceobez	11	12.81±3.48		
	III.dereceobez	19	11.89±3.28		
Zorlanma	Normal	27	13.11±3.44	3.429	<b>0.006</b>
	Kilolu	68	14.94±3.17		
	I.dereceobez	27	14.29±3.61		
	II.dereceobez	11	13.81±3.37		
	III.dereceobez	19	11.73±3.78		
Bağımlılık	Normal	27	14.66 ±3.22	1.870	0.103
	Kilolu	68	15.73±2.30		
	I.dereceobez	27	16.59±2.06		
	II.dereceobez	11	16.00± 1.41		
	III.dereceobez	19	15.4±2.03		

F\*: KruskalWallistesti \*\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların beden kütle indeksi ile ağrı alt boyutu arasında ( $p=0.031$ ) ve zorlanma alt boyutu arasında( $p=0.006$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ). BKİ durumuna göre kilolu olan hastaların ( $14.00±2.82$ ) ağrı alt boyutunda ölçek ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük ortalamasının ise III. Derece obez hastalarda olduğu belirlendi. Kilolu hastaların, III. Derece obez olan hastalara göre hareket ederken daha çok ağrı yaşadığı belirlendi. BKİ durumuna göre kilolu olan hastaların ( $14.94±3.17$ )

zorlanma alt boyutunda ölçek ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük ortalamasının ise III. Derece obez hastalarda ( $11.73\pm 3.78$ ) olduğu belirlendi. Kilolu hastaların, III. Derece obez olan hastalara göre hareket ederken daha çok zorlandığı belirlendi. Bağımlılık alt boyutu ( $p=0.103$ ) ile beden kütle indeksi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (Tablo 4.11.).

Hastaların cinsiyetine, kronik hastalık olma durumuna, yapılan ameliyatın türüne göre ve ameliyat sonrası baş dönmesi yaşama durumuna göre Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamaları hesaplanarak istatistiksel karşılaştırmaları yapıldı. Ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ) ve karşılaştırma istatistikleri tabloda gösterilmedi.

#### 4.5. Hareketi Etkileyen Faktörler ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.12.** Hastaların Nasıl Hareket Edecekleri Konusunda Bilgi Eksiklerinin Olması Durumu ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ort±Ss**	F*	p
Ağrı	Etkilemiyor	5	10.20±3.83	1.861	0.139
	Biraz etkiliyor	14	13.14±2.56		
	Etkiliyor	55	13.14±2.87		
	Oldukça etkiliyor	78	13.55±3.32		
Zorlanma	Etkilemiyor	5	10.20± 2.68	2.396	0.071
	Biraz etkiliyor	14	14.57±3.47		
	Etkiliyor	55	13.80±3.50		
	Oldukça etkiliyor	78	14.32±3.49		
Bağımlılık	Etkilemiyor	5	13.60±2.40	2.897	<b>0.037</b>
	Biraz etkiliyor	14	15.92±2.16		
	Etkiliyor	55	15.20±2.69		
	Oldukça etkiliyor	78	16.10±2.15		

F\*: KruskalWallistesti \*\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların nasıl hareket edecekleri konusunda bilgi eksikliklerinin olması durumu ile Hasta Hareketlilik Ölçeği ağrı alt boyutu ile ( $p=0.139$ ), zorlanma alt boyutu ile ( $p=0.071$ ) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklar olmadığı; Gözlemci Hareketlilik

Ölçeği ile ( $p=0.037$ ) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. Nasıl hareket edecekleri konusunda bilgi eksikliklerinin hareket etmelerini etkileme durumuna göre; “oldukça etkiliyor” ( $16.10\pm 2.15$ ) diyenlerde Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük ortalamasının ise “etkilemiyor” ( $13.60\pm 2.40$ ) diyen hastalarda olduğu belirlendi. Nasıl hareket edecekleri konusunda bilgi eksikliklerinin olması durumuna göre; “oldukça etkiliyor” diyen hastaların “etkilemiyor” diyen hastalara göre hareket ederken daha fazla bağımlı olduğu belirlendi (Tablo 4.12).

**Tablo 4.13.** Hastaların Vücudunun Alt bölgesinde Ekipman Bulunma Durumu ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ort±Ss**	F*	P
Ağrı	Etkilemiyor	8	12.75±3.15	2.044	0.110
	Biraz etkiliyor	11	11.09 ±2.84		
	Etkiliyor	38	13.47±3.09		
	Oldukça etkiliyor	95	13.46±3.14		
Zorlanma	Etkilemiyor	8	13.00±3.29	1.514	0.213
	Biraz etkiliyor	11	12.09±3.30		
	Etkiliyor	38	14.18±3.53		
	Oldukça etkiliyor	95	14.26±3.53		
Bağımlılık	Etkilemiyor	8	15.62±2.72	3.135	<b>0.027</b>
	Biraz etkiliyor	11	13.81±3.76		
	Etkiliyor	38	15.36±2.40		
	Oldukça etkiliyor	95	16.02±2.12		

F\*: KruskalWallistesti \*\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların vücudunun alt bölgesinde ekipman bulunma durumları ile Hasta Hareketlilik Ölçeği ağrı alt boyutu ile ( $p=0.110$ ), zorlanma alt boyutu ile ( $p=0.213$ ) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklar olmadığı; Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ile ( $p=0.027$ ) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. Vücudunun alt

bölgesinde buluna ekipmanların hastaların hareket etmelerini etkileme durumuna göre; oldukça “etkiliyor” diyenlerde (16.02±2.12) Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük ortalamasının ise “biraz etkiliyor” (13.81±3.76) diyen hastalarda olduğu belirlendi. Vücudunun alt bölgesinde buluna ekipmanların hastaların hareket etmelerini etkileme durumuna göre; “oldukça etkiliyor” diyen hastaların “biraz etkiliyor” diyen hastalara göre hareket ederken daha fazla bağımlı olduğu belirlendi (Tablo 4.13).

**Tablo 4.14.** Hastaların Stres Yaşama Durumları ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ort±Ss**	F*	p
Ağrı	Etkilemiyor	48	13.47±3.18	3.778	<b>0.012</b>
	Biraz etkiliyor	50	13.28±3.23		
	Etkiliyor	28	14.35±2.31		
	Oldukça etkiliyor	26	11.61±3.18		
Zorlanma	Etkilemiyor	48	14.27±3.63	2.586	0.055
	Biraz etkiliyor	50	13.94±3.61		
	Etkiliyor	28	15.10±3.37		
	Oldukça etkiliyor	26	12.53±2.94		
Bağımlılık	Etkilemiyor	48	15.1±1.45	3.585	<b>0.015</b>
	Biraz etkiliyor	50	15.50±2.66		
	Etkiliyor	28	16.96±1.87		
	Oldukça etkiliyor	26	15.53±1.98		

F\*:KruskalWallistesti \*\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların ameliyata bağlı stres yaşama durumları ile Hasta Hareketlilik Ölçeği zorlanma alt boyutu (p=0.055) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı; Hasta Hareketlilik Ölçeği ağrı alt boyutu (p=0.012) ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (p=0.015) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Hastaların stres

yaşama durumlarının hareket etmelerini etkilemesine göre; “etkiliyor” diyenlerde (14.35±2.31) ağrı alt boyutunda ölçek ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük ortalamasının ise “oldukça etkiliyor” diyen hastalarda olduğu belirlendi. Stres yaşama durumuna göre “etkiliyor” diyen hastaların “oldukça etkiliyor” diyen hastalara göre hareket ederken daha çok ağrı yaşadığı belirlendi. Hastaların stres yaşama durumlarının hareket etmelerini etkilemesine göre; “etkiliyor” diyenlerde (16.96±1.87) Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük ortalamasının ise “etkilemiyor” diyen hastalarda olduğu belirlendi. Stres yaşama durumuna göre “etkiliyor” diyen hastaların “etkilemiyor” diyen hastalara göre hareket ederken daha fazla bağımlı olduğu belirlendi (Tablo 4.14.).

**Tablo 4.15.** Hastaların Yara Yerinin Açılmasından Korkma Durumları ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ort±Ss**	F*	p
Ağrı	Etkilemiyor	4	10.00±4.96	1.809	0.148
	Biraz etkiliyor	8	12.37±2.87		
	Etkiliyor	29	13.20±2.98		
	Oldukça etkiliyor	111	13.45±3.10		
Zorlanma	Etkilemiyor	4	10.75±4.85	1.835	0.143
	Biraz etkiliyor	8	12.75±3.99		
	Etkiliyor	29	13.72±3.37		
	Oldukça etkiliyor	111	14.30±3.52		
Bağımlılık	Etkilemiyor	4	10.50±4.65	8.489	<b>0.000</b>
	Biraz etkiliyor	8	15.37±2.72		
	Etkiliyor	29	15.13±1.59		
	Oldukça etkiliyor	111	16.02 ±2.27		

F\*: KruskalWallistesti \*\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların yara yerinin açılmasından korkma durumları ile Hasta Hareketlilik Ölçeği ağrı alt boyutu (p =0.148) ve zorlanma alt boyutu ile (p=0.143) aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı; Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (p=0.000) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. Yara yerinin açılmasından korkma durumunun hastaların hareket etmelerini etkilemesine göre; “oldukça etkiliyor” diyenlerde (16.02±2.27) Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük

ortalamanın ise “etkilemiyor” (10.50±4.65) diyen hastalarda olduğu belirlendi. Yara yerinin açılmasından korkma durumunun hastaların hareket etmelerini etkilemesine göre; “oldukça etkiliyor” diyen hastaların; “etkiliyor”, “biraz etkiliyor” ve “etkilemiyor” diyen hastalara göre daha fazla bağımlı oldukları belirlendi (Tablo 4.15).

**Tablo 4.16.** Hastaların Düşme Korkusu Yaşama Durumları ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ort±Ss**	F*	p
Ağrı	Etkilemiyor	15	12.20±3.64	3.098	<b>0.029</b>
	Biraz etkiliyor	16	11.43±3.52		
	Etkiliyor	44	13.79±2.30		
	Oldukça etkiliyor	77	13.53±3.25		
Zorlanma	Etkilemiyor	15	12.53±4.25	3.667	<b>0.014</b>
	Biraz etkiliyor	16	11.93±3.85		
	Etkiliyor	44	14.31±2.70		
	Oldukça etkiliyor	77	14.57±3.54		
Bağımlılık	Etkilemiyor	15	15.13±2.66	11.902	<b>0.000</b>
	Biraz etkiliyor	16	12.81±3.70		
	Etkiliyor	44	15.70±1.59		
	Oldukça etkiliyor	77	16.36±1.97		

F\*: KruskalWallistesti \*\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların düşme korkusu yaşama durumları ile Hasta Hareketlilik Ölçeği ağrı alt boyutu ile (p=0.029) ve zorlanma alt boyutu ile (p=0.014); Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ile (p=0.000) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. Düşme korkusu yaşamamanın hastaların hareket etmelerini etkilemesine göre; “etkiliyor” diyenlerde (13.79±2.30) ağrı alt boyutunda ölçek ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük ortalamanın ise “biraz etkiliyor” (11.43±3.52) diyen hastalarda olduğu belirlendi. Düşme korkusu yaşamamanın hastaların hareket etmelerini etkilemesine göre; “etkiliyor” diyen hastaların “biraz etkiliyor” diyen hastalara göre daha fazla ağrı yaşadığı saptandı. Düşme korkusu yaşamamanın hastaların hareket etmelerini etkilemesine göre; “oldukça etkiliyor” diyenlerde (14.57±3.54) zorlanma alt boyutunda ölçek ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük ortalamanın ise “biraz etkiliyor” diyen (11.93±3.85) hastalarda olduğu belirlendi. Düşme korkusu yaşamamanın hastaların hareket etmelerini etkilemesine göre; “oldukça

etkiliyor” diyen hastaların “etkiliyor”, “biraz etkiliyor” ve “etkilemiyor” diyen hastalara göre daha fazla zorlandığı belirlendi. Düşme korkusu yaşamamanın hastaların hareket etmelerini etkilemesine göre; “oldukça etkiliyor” diyenlerde (16.36±1.97)Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük ortalamasının ise “biraz etkiliyor” (12.81±3.70) diyen hastalarda olduğu belirlendi. Düşme korkusu yaşamamanın hastaların hareket etmelerini etkilemesine göre; “oldukça etkiliyor” diyen hastaların “etkiliyor”, “biraz etkiliyor” ve “etkilemiyor” diyen hastalara göre daha fazla bağımlı olduğu belirlendi (Tablo 4.16).

**Tablo 4.17.** Hastaların Bulantı Yaşama Durumları ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ort±Ss**	F*	p
Ağrı	Etkilemiyor	39	12.43±3.07	2.652	0.051
	Biraz etkiliyor	40	13.65±3.18		
	Etkiliyor	67	13.70±3.03		
	Oldukça etkiliyor	6	11.00±3.40		
Zorlanma	Etkilemiyor	39	12.79±3.27	3.513	<b>0.017</b>
	Biraz etkiliyor	40	14.37±3.61		
	Etkiliyor	67	14.71±3.50		
	Oldukça etkiliyor	6	11.83±2.22		
Bağımlılık	Etkilemiyor	39	14.92±2.42	1.833	0.144
	Biraz etkiliyor	40	15.80±2.63		
	Etkiliyor	67	15.98±2.25		
	Oldukça etkiliyor	6	16.33±2.42		

F\*: KruskalWallis testi \*\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların bulantı yaşama durumu ile Hasta Hareketlilik Ölçeği ağrı alt boyutu (p=0.051) ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (p=0.144) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, Hasta Hareketlilik Ölçeği zorlanma alt boyutu (p=0.017) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Bulantı yaşamamanın hareketliliği etkilemesi durumuna göre; “etkiliyor” olması (14.71±3.50) ölçek puan ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük ortalamasının ise “oldukça etkiliyor” (11.83±2.22) olduğu belirlendi. Bulantı yaşamamanın hareketliliği etkilemesi durumuna göre; “etkiliyor” diyen

hastaların “oldukça etkiliyor” diyen hastalara göre hareket ederken daha çok zorlandığı saptandı (Tablo 4.17.).

#### 4.6. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hareketliliği Etkileyen Faktörler Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.18.** Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri İle Hareketliliği Etkileyen Faktörler Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ort±Ss**	t*	p
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	90	43.74±5.66	-3.925	<b>0.000</b>
	Erkek	62	39.54±6.93		
<b>Anestezi türü</b>	Genel	102	43.32±6.05	-3.395	<b>0.001</b>
	Spinal	50	39.40±6.72		
<b>Ameliyattan sonra baş dönmesi yaşama durumu</b>	Evet	117	42.76±6.51	-2.695	<b>0.007</b>
	Hayır	35	39.57±6.04		

t\*: Mann Whitney U testi \*\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların cinsiyetine göre kadınlarda (43.74± 5.66) Hareketliliği Etkileyen Faktörler toplam puan ortalamalarının erkeklerle (39.54±6.93) göre yüksek olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p=0.000). Hastalara uygulanan anestezi türü ve ameliyattan sonra baş dönmesi yaşama durumu ile hareketi etkileyen faktörler toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0.05). Uygulanan anestezi türüne göre genel anestezi alan hastalarda (43.32±6.05) spinal anestezi alan hastalara (39.40±6.72) göre daha yüksek; baş dönmesi yaşama durumuna göre ise yaşayanlarda (42.76±6.51) yaşamayanlara (39.57±6.04) göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bu sonuçlara göre kadınların erkeklerle göre, genel anestezi uygulanan hastaların spinal anestezi uygulananlara göre ve ameliyat sonrasında baş dönmesi yaşayan hastaların yaşamayan hastalara göre hareketliliği etkileyen faktörlerden daha fazla etkilendiği belirlendi (Tablo 4.18).

**Tablo 4.19.** Hastaların BKİ Durumları ve Yapılan Ameliyat ile Hareketliliği Etkileyen Faktörler Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Sayı	Ort±Ss**	F*	p
BKİ Durum	Normal	27	39.11±8.22	2.61	0.38
	Kilolu	68	41.88±5.21		
	I.dereceobez	27	42.92±7.26		
	II.dereceobez	11	42.81±6.43		
	III.dereceobez	19	45.00±5.96		
Yapılan ameliyat türü	Kolesistektomi	80	43.50±5.60	5.496	<b>0.001</b>
	Apendektomi	8	39.50±8.48		
	Herni tamiri	50	39.42±6.73		
	Bariatrik cerrahi	14	44.42±6.71		

F\*: KruskalWallistesti \*\*Ort±Ss:Ortalama±Standartsapma

Hastaların BKİ ( $p=0.038$ ) ve ameliyat türü ( $p=0.001$ ) ile hareketliliği etkileyen faktörler toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. BKİ durumuna göre III. derece obez bireylerde hareketliliği etkileyen faktörler toplam puan ortalamalarının en yüksek olduğu; en düşük ortalamanın ise normal kilolu olan hastalarda olduğu saptandı ( $38.65±8.02$ ). BKİ durumuna göre III. derece obez olan bireylerin normal ağırlıkta olan bireylere göre hareketliliği etkileyen faktörlerden daha fazla etkilendiği belirlendi. Yapılan ameliyatın türüne göre bariatrik cerrahi olan ( $44.42±6.71$ ) hastalarda hareketliliği etkileyen faktörler puan ortalamalarının en yüksek olduğu ve herni tamiri olan hastalarda ( $39.42±6.73$ ) ise en düşük olduğu belirlendi. Bariatrik cerrahi geçiren bireylerin herni tamiri olan hastalara göre hareketliliği etkileyen faktörlerden daha fazla etkilendiği belirlendi (Tablo 4.19).

## 5. TARTIŞMA

Ameliyat sonrası hareket etme yaşanabilecek komplikasyonların önüne geçmekle birlikte hastanın ameliyat öncesi yaşam düzenine dönmesi için önemli etkilere sahiptir. Hareket etmenin etkileri düşünüldüğünde; hareket etmeyi etkileyebilecek durumların belirlenmesi ve bu etkilere yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanması ameliyat sonrası dönemde iyileşme adına büyük önem taşır. Abdominal cerrahi geçiren hastaların hareketliliğini etkileyen faktörlerin belirlendiği bu çalışmada, elde edilen sonuçlar literatür bulguları ve araştırmacıların gözlem ve deneyimleri doğrultusunda tartışıldı.

### 5.1. Tanıtıcı Özellikler ve Ameliyata İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hastaların %59.2'sinin kadın olduğu ve % 52.7' sinin kolesistektomi ameliyatı olduğu saptanmıştır. Bu durum kolelitiazis ve kolesistit için kadın cinsiyetinde olmanın bir risk faktörü olması ile ilişkilendirilebilir. Hastaların yaş ortalamasının  $46.61 \pm 15.2$  olmasında kolesistektomi ve herni cerrahisinde orta yaş grubundaki hastalarda daha fazla oranda yapılmasının etkili olduğu söylenebilir (94). Hasta grubunun çoğunun beden kütle indeksine göre I. derece obez grubunda olduğu belirlenmiştir. Obezitenin; kolelitiazis ve kolesistit için risk faktörü olması, bariatrik cerrahi hasta gruplarında ise; ameliyat sebebi olması ile ilişkilendirilebilir (95).

Çalışmamızda hastalardan % 92.1'inin ameliyat öncesinde herhangi bir sağlık profesyonelinden eğitim almadığı saptanmıştır. Literatürde cerrahi öncesi hasta eğitimi verme durumunun incelendiği bir çalışmaya bakıldığında da hastaların % 78.5' ine eğitim verilmediği belirlenmiştir (96). Bu çalışmanın sonucu literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Cerrahi öncesi verilen eğitimin ameliyat sonrasında dönemde ağrı kontrolünün daha iyi sağlanmasında etkili olduğu ve hastaların kendilerini daha iyi hissettikleri belirlenmiştir (97). Abdominal cerrahi geçiren hastalara ağrı yönetimi konusunda cerrahi öncesinde yüz yüze eğitim verilip sonra yazılı eğitim materyali kullanılan hasta grubunda eğitimin hastaların ağrı yönetiminde etkili olduğu belirlenmiştir (98). Bir araştırmada, abdominal cerrahi öncesinde bir hasta grubuna sadece yazılı eğitim materyali verilmiş diğer gruba ise hem yazılı eğitim materyali hem de yüz yüze eğitim verilmiştir. Sonuçta ise hem yazılı eğitim materyali hem de eğitim verilen hasta grubunun daha az anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (99). Bu araştırmada hastaların hareket ederken algıladıkları ağrı puanları yüksekti (Tablo 4.2.3.). Hastaların ameliyat öncesinde eğitim

almamalarının ağrı algısı üzerinde olumsuz etkisinin olduğu söylenebilir. Hemşirelerin hastalara ameliyat öncesinde özellikle yatak içinde dönme, ayağa kalkma, yürüme gibi hareket gerektiren durumlarda ağrılarının olabileceği, ağrıyı azaltmaya yönelik alınabilecek önlemleri ve yara bölgelerinin nasıl desteklenebileceği konusunda eğitim vermesinin yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Bu çalışmada hastaların çoğu ameliyat sonrası 0. gününde iken baş dönmesi yaşamış ve bu durum da hastaların hareket etmelerini engelleyen bir faktör olmuştur. Anestetik maddenin etkisinin 0. günde daha fazla hissedilmesi hastaların baş dönmesinde etkili olmuş olabilir. Ayrıca ameliyattan bir ay öncesinden başlayan beslenmede azalma, kilo kaybı (ortalama 4 kg kayıp bildirilmiştir) (Tablo 4.1.2.), ameliyat hazırlığı olarak hastaların aç kalmış olması halsizliğe yol açmış olabilir. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde ameliyat öncesi aç kalma süresinin ve anestezinin hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde halsizlik, baş dönmesi, bulantı ve kusmayı artırmada önemli faktörler olduğu bildirilmiştir (100).

Araştırmamızda hastaların büyük bir kısmının (% 94.7) ilk yürüyüşünü 0. günde yaptığı ve yarısından fazlasının da (% 56.6) bu yürüyüş sırasında iki kişinin refakatine ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir. Hastaların ameliyat oldukları ilk gün hareket etmek özellikle de yürümek için bağımlılıklarının fazla olmasında ağrı, baş dönmesi, halsizlik, düşme korkusu, yara yerinin açılma korkusu ve vücudunda bulunan ekipmanların (Tablo 4.3.1’de bu faktörlerin yüksek puanda olduğu görülmektedir) etkisinin olduğu değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin hastaların ameliyat günü hareket etmeleri sırasında yanında olması ve gerekli eğitim ve desteği sağlaması gerektiği düşünülmektedir.

## **5.2. Hastaların Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Yolcu ve ark. (2016) yaptığı araştırmada hastalar  $3.55 \pm 0.75$  ile en yüksek ağrı puan ortalamasını “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken”, en düşük puan ortalamasını ise  $3.28 \pm 1.06$  puan ortalaması ile “hasta odasında yürürken” almıştır (88). Bizim çalışmamızda da hastalar en yüksek ağrı puanını “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken” ( $3.80 \pm 0.86$ ), en düşük puan ortalamasını ise hasta odasında yürürken ( $2.94 \pm 1.08$ ) almıştır. Bu araştırma bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda ağrı yaşama durumlarını değerlendirdiğimizde; “yatak kenarında otururken” alınan puan ortalaması  $3.33 \pm 0.86$ , “yatak kenarından ayağa kalkarken” alınan

puan ortalaması  $3.13 \pm 0.93$  olarak hesaplanmıştır. Yolcu ve ark. (2016)'nın araştırmasında “yatak kenarında otururken” hastaların aldığı puan ortalaması  $3.45 \pm 0.90$ , “yatak kenarından ayağa kalkarken” aldığı puan ortalaması  $3.40 \pm 1.01$  olarak belirtilmiştir. Hastaların hareket ederken deneyimledikleri ağrıyı değerlendirdiğimizde ortalama ağrı puanının da  $13.25 \pm 3.14$  olduğu belirlenmiştir. Önen ve Özbayır (2017)' in araştırmasında da hastaların hareket etmekle birlikte ağrı puanlarının arttığı belirlenmiştir (101). Literatürde ameliyat sonrası 1. günde hastaların egzersizler sırasında deneyimlediği ağrının değerlendirildiği bir çalışmada yürürken hastaların ağrı puanının (VAS) ortalamasının üzerinde olduğu belirlenmiştir (102). Cerrahi sonrası ağrının değerlendirildiği bir diğer çalışmada abdominal cerrahi geçiren hastaların %93.7' sinin yataktan kalkarken ve % 46.7'sinin de yürürken ağrı yaşadığı belirlenmiştir (103). Ayhan'ın (2015) abdominal cerrahi geçiren hastalarda ağrı deneyimlerini değerlendirdiği araştırmasında en çok ağrı deneyimlenen aktivitenin yatak kenarında oturmak olduğu ve bu durumu yürümenin takip ettiği belirtilmiştir (104). Araştırma sonuçları literatür bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde; ameliyat sonrası erken dönemde hastaların yatak içi hareketler ve yürüme esnasında ağrı deneyimlediklerini göstermektedir. Hemşirelerin hastaların ameliyat sonrası erken dönemde hareket etme durumlarında yanında olması, nasıl hareket edeceğini göstermesi ve bilgilendirmesinin yararlı olacağı kanısına varılmıştır.

Bu çalışmada hastaların zorlanma puan ortalamalarına bakıldığında da ağrı ile benzer şekilde en fazla oranda “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken” ( $3.96 \pm 0.96$ ), en az ise “hasta odasında yürürken” ( $3.20 \pm 1.16$ ) zorlanma yaşadığı belirlenmiştir. Yolcu ve ark. (2016)'nın araştırmasında da sonuçlar bizim çalışmamızla paraleldir (88). Yolcu ve ark. (2016) araştırmasında “yatak kenarında otururken” alınan puan ortalaması  $3.46 \pm 1.08$ , “yatak kenarından ayağa kalkarken”  $3.55 \pm 1.21$  olduğu belirlenmiştir (88). Bu çalışmada da yine aynı araştırma ile benzer ortalamalar alındığı (sırasıyla  $3.46 \pm 0.98$  ve  $3.39 \pm 1.08$ ) belirlenmiştir. Yılmaz ve Gürler'in (2011) yaptığı çalışmada da hastaların % 78.3' ü hareket ederken ağrı yaşadıkları için zorlandıkları belirlenmiştir (103). Çalışmaların sonuçları ameliyat sonrası yatak içi dönme ve yürüme sırasındaki ağrı algıları ve zorlanma bulguları açısından benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların bağımlılık puan ortalamasının en yüksek “hasta odasında yürürken” ( $4.00 \pm 0.64$ ), en düşük ise ile “yatak kenarında otururken” ( $3.78 \pm 0.65$ ) olduğu belirlenmiştir. Yolcu ve ark (2016) 'nın araştırma sonucunda bağımlılıkta en yüksek puan ortalaması “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken” ( $3.34 \pm 0.66$ ), en düşük puan

ortalaması “hasta odasında yürürken” ( $2.75\pm 1.03$ ) olduğu belirlenmiştir (88). Araştırmamızda hastalar “yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken” ortalama  $3.93\pm 1.05$ , “yatak kenarından ayağa kalkarken”  $3.95\pm 0.59$  bağımlılık puanı almıştır. Yolcu ve ark. (2016)’nın araştırmasında hastaların “yatak kenarında otururken” ortalama  $3.07\pm 0.81$  puan, “yatak kenarında ayağa kalkarken”  $2.90\pm 0.92$  puan aldığı belirlenmiştir (88). Korhan ve ark. (2013) dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bağımlılığını belirlediği araştırmalarında cerrahi kliniklerde yatan hastaların bağımlılıklarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (105). Aynı çalışmada bağımlılık durumları incelendiğinde ise hareket ederken hastaların aldıkları puan ortalamasının  $4.29\pm 1.20$  olduğu belirlenmiştir (105). Bu çalışmada cerrahi geçiren hastaların bağımlılıkları ile literatürde yer alan bulguların benzer olduğu değerlendirilmiştir. Ameliyat yarası ve hastanın üzerinde bulunan tıbbi malzemeler, hastanın hareket ederken korku yaşamasına, yarasının açılmasından endişelenmesine ve zorlanmalarına neden olabilir. Ameliyat sonrası hastanın en yakınında bulunan hemşirelerin hastaların gereksinimleri doğrultusunda bilgi vermeleri ve hastalarını hareket etmeleri sırasında gerektiği gibi desteklemelerinin yararlı olacağı kanısına varılmıştır.

Bu çalışmada hastaların yaşam bulguları aktivite sonrasında istatistiksel olarak anlamlı derecede yükselmiştir. Yolcu ve ark. (2016) araştırmasında da aktivite öncesi ve sonrasında yaşam bulgularının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir (88). Mahmudova ve ark. (2019) ‘nın yaptığı çalışmada da aktivite öncesi ve sonrası yaşam bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve aktivite sonrasında arttığı belirlenmiştir (106). Önen ve Özbayır’ın (2017) yaptığı çalışmada da ameliyat sonrası hastaların hareket etmekle beraber nabız, sistolik ve diyastolik kan basıncının arttığı ifade edilmiştir (101). Bu sonuçlar hareket etmenin fizyolojik bir sonucu olarak dolaşım hızını artırması yanı sıra hastaların yukarıda sayılan korku ve endişelerine bağlı olarak sempatik aktivasyonlarının artmasına bağlanabilir.

### **5.3. Hastaların Hareketliliğini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması**

Hastaların % 44.1’i yaşadığı bulantının hareket etmesini etkilediğini belirtmiştir. Literatürde de hastaların bulantı yaşamaları sebebiyle hareketlerinin kısıtlandığını belirlenmiştir (16). Hastaların bulantı yaşamalarının bağımlılık algısı üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir. Mahmudova ve Dönmez’in (2019) araştırmasında ise bulantı yaşamının hastaların hareket etmelerini kısıtlamadığı belirlenmiştir (106).

Hastaların %50.7'si düşme korkusu yaşamının hareket etmesini etkilediğini belirtmiştir. Literatüre bakıldığında ise hastaların kaygı yaşama durumları ile ağrı algılarının arttığı belirlenmiştir (107). Bu doğrultuda hastaların düşme korkusu yaşayarak hareket ederken ağrı algılarının arttığı söylenebilir.

#### **5.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu çalışmada hastaların hareket ederken ağrı ve zorlanma puanları arttıkça bağımlı olma puanlarının da arttığı görülmektedir. Yolcu ve ark. (2016)'nın araştırmasında da ağrı ve zorlanma puanları arttıkça bağımlı olma puanlarının da arttığı görülmektedir (88). Çalışmamızda hastaların kronik hastalığı olma durumuna göre hareket ederken ağrı, zorlanma ve bağımlılık puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir. Yolcu ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada ise kronik hastalığı olan hastalarda ağrı, zorlanma ve bağımlı olma puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (88). Aradaki farkın örneklem özelliklerinin farklı olması ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada beden kütle indeksine göre hareket ederken ağrı ve zorlanma puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ve hareket ederken bağımlı olma puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir. Farkı belirleyen grubun sanılanın aksine III. derece obez olan hasta grubu değil kilolu olan hastalardan kaynaklandığı ve bu gruptaki hastaların hareket ederken daha fazla ağrı yaşadığı ve zorlandığı belirlenmiştir. Ateş'in (2018) çalışmasında ise obezite cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrasında hareket ederken zorlanmadıkları belirlenmiştir. Araştırmanın sonucu bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir (108).

Hastalara yapılan ameliyatın türüne göre hareket ederken ağrı, zorlanma ve bağımlı olma puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olmadığı görülmektedir. Yolcu ve ark.'nın araştırmasında ise kalp cerrahisi geçiren hastaların abdominal cerrahi geçiren hastalara göre ağrı, zorlanma ve bağımlı olma puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (88).

#### **5.5. Hareketi Etkileyen Faktörler ile Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Bu çalışmada hastaların hareketi etkileyen faktörler toplam puanı ile hareket ederken ağrı ve zorlanma puan ortalamaları arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Hareketi etkileyen faktörler puan ortalamaları arttıkça hastaların hareket ederken bağımlılıklarının arttığı belirlenmiştir. ClinicalKey, Cochrane Library, EBSCO, Ulusal Tez Merkezi ve PubMed veri tabanları; “factors affecting mobility”, “cerrahi sonrası hareketlilik”, “mobility after surgery” “hareketliliği etkileyen faktörler” anahtar kelimeleri kullanılarak taranmıştır. Fakat bu araştırma ile benzer nitelikte yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle hareketi etkileyen faktörler ile ağrı ve zorlanma durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların yapılmasının yararlı olabileceği kanısına varılmıştır.

Çalışmamızda hastaların nasıl hareket edeceği konusunda bilgi eksikliğinin olmasının bağımlılık durumlarını artırdığı görülmektedir. Yıldırım ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada hemşirelerin sadece % 2.9'nun hastalara egzersiz yapma konusunda eğitim verdiği belirlenmiştir (109). Başaran Dursun ve Yılmaz'ın (2015) abdominal cerrahi geçiren hastalarda eğitim gereksiniminin belirlediği araştırmasında ise yaşam aktiviteleri alt boyutunda puan ortalamasının 37.34 olduğu belirlenmiştir (110). Bu iki araştırmanın ışığında hastalara cerrahi öncesinde hareket etme konusunda verilecek eğitim ile hastaların hareket etmelerinin kolaylaştırılabileceği ve bağımsız hareket etme konusunda hastaların cesaretlendirilebileceği değerlendirilmiştir. Hastaların vücudunun alt bölgesinde ekipmanlarında hastaların bağımlılıklarını etkilemiştir. Literatürde de benzer şekilde vücudunun alt bölgesinde katateri bulunan hastaların hareket ederken kısıtlandıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (111).

Hastaların ameliyatla beraber stres yaşamalarının hareket ederken ağrı ve bağımlılıklarını artırdığı ve hastaların düşme korkusunun hareket ederken ağrı, zorlanma ve bağımlılık durumlarını etkilediği görülmektedir. Hastaların yara yerinin açılmasından korkmasının hastaların bağımlılıklarını artırdığı belirlendi. Hastaların ameliyata bağlı kaygı yaşama durumları ile ameliyat sonrası ağrı yaşama durumlarının incelendiği bir çalışmada kaygı puanları ile ameliyat sonrası ağrı puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (112). Stresle beraber hastalarda hareket etmek konusunda isteksizlik olabilir bu duruma bağlı olarak hastaların hareket ederken bağımlılıklarını arttırabilir. Bu doğrultuda hastaların stres yaşamasına, korku duymasına sebep olabilecek durumların belirlenip bunlara yönelik eğitim planları hazırlanması, yara yerlerinin hasta hareketi sırasında nasıl desteklenmesi gerektiği konusunda da bilgi ve eğitim verilmesi gerekmektedir (113).

## **5.6. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hareketliliği Etkileyen Faktörler Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Genel anestezi beynin hayati bölgelerine etki ederek solunum ve kardiyak fonksiyonları geriletirken spinal anesteziye sadece lokal bir etki olur ve beyni etkilemez. Bu sebeple spinal anestezi sonrasında bulantı, kusma, solunum ve kardiyak komplikasyonlar daha az yaşanır. Bu araştırmada hareketliliği etkileyebilecek faktörler de ameliyat sonrası dönemde yaşanabilecek komplikasyonlara bağlı kalarak hazırlanmıştır. Bu bağlamda genel anestezi alan hastaların hareketliliği etkileyen faktörler puan ortalamasının daha yüksek olduğu söylenebilir (114). Baş dönmesi yaşamak bireyi tam anlamıyla kısıtlayabilir ve hareket etmesini engelleyebilir (115). Bu sebeple bu araştırmada baş dönmesi yaşayan hastaların hareketi etkileyen faktörler puan ortalamasının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Fazla kilo ile beraber bireyin yaşam kalitesi azalabilir, günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanabilir ve hareketleri kısıtlanabilir. Fazla kilolu olmanın bu etkileri göz önüne alındığında hareketi etkileyen faktörler puan ortalamasının bariatrik cerrahi geçiren hasta grubunda ve III. derece obez olan hastalarda daha fazla olduğu söylenebilir. Bariatrik cerrahi; kolesistektomi, herni tamiri ve apendektomi ameliyatına göre daha uzun süren, uzayan süreye bağlı olarak daha anestetik madde verilen, daha fazla hareketsiz kalınan ve daha fazla hipotermiye maruz kalınan bir ameliyat olduğu içinde daha fazla komplikasyon yaşanan bir ameliyattır. Bütün bu sebeplerle bariatrik cerrahi geçiren hastaların hareketliliği etkileyen faktörler puan ortalamasının daha yüksek olduğu söylenebilir (116).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Hastaların hareket ederken yaşadıkları ağrı şiddetinin cinsiyete, kronik hastalık varlığına ve ameliyat sonrası baş dönmesi yaşayıp yaşamalarına göre ve hareket etme konusunda bilgi eksikliklerinin olması, vücutlarının alt bölgesinde bulunan ekipmanlar, yara yerinin açılmasından korkmaları ile değişiklik göstermediği belirlendi. Hastaların hareket ederken ağrı yaşamasını etkileyen durumun yüksek beden kütle indeksi, ameliyat olmakla birlikte yaşadığı stres ve düşme yaşadıkları düşme korkusu olduğu belirlendi.

Hastaların hareket ederken zorlanma derecelerinin nasıl hareket edecekleri konusunda bilgi eksiklerinin olması, vücutlarının alt bölgesinde bulunan ekipmanlarla, ameliyatla beraber stres yaşamaları, yara yerinin açılmasından korkmaları ile etkilenmediği belirlendi. Hareket ederken zorlanmalarını etkileyen durumların yüksek beden kütle indeksi, düşme korkusu yaşaması, bulantı yaşaması olduğu belirlendi.

Hastaların hareket ederken bağımlılık düzeylerini beden kütle indeksinin yüksek olması ve bulantı yaşamalarının etkilemediği belirlendi. Hastaların hareket ederken bağımlılığını etkileyen durumların nasıl hareket edecekleri konusunda bilgi eksikliklerinin olması, vücutlarının alt bölgesinde bulunan ekipmanların varlığı, ameliyata bağlı stres yaşamaları, yara yerinin açılmasından ve düşmekten duydukları korku olduğu belirlendi.

Bu çalışmada belirlenen hareketliliği etkileyen faktörlerden kadınların erkeklere göre, genel anestezi alan hastaların spinal anestezi uygulananlara göre, baş dönmesi yaşayanların yaşamayanlara göre daha çok etkilendiği; beden kütle indeksi daha yüksek olanların düşük olanlara göre ve bariatrik cerrahi geçiren hastaların diğer cerrahi türlerini geçiren hastalara göre daha çok etkilendiği belirlendi.

### 6.2. Öneriler

Ameliyat sonrasında hastaların hareket etmesiyle beraber birçok komplikasyon önlenemez ve sonucunda hastanın günlük yaşamına dönmesi kısa sürede sağlanmış olur. Hemşireler de hareket etmenin önemini farkında olarak, hem bakım verici hem de eğitici rolünün farkında olarak;

- Hastalara cerrahi sonrası hareket etmenin önemini anlatmalı,
- Hastalar hareket etme konusunda cesaretlendirmeli,

- Cerrahi geçiren hastalara y6nelik hareket etme konusunda eēitim planları yapmalı,
- Hastaların hareket etmelerini kısıtlayabilecek komplikasyonların ve diēer fakt6rlerin farkında olmalı; bu fakt6rleri ve komplikasyonları y6netmeye y6nelik hemēirelik giriēimlerinde bulunmalıdır.

### **6.3. Araētırmanın Sınırlılıkları**

Araētırmanın bir hastanede yapılması, T6rke bilmeyen hastaların olması, araētırmacı verileri topladıēı zaman aralıēında ameliyat sonrası ilk y6r6y6ē6n6 yapmayan hastaların olması araētırmanın sınırlılıklarıydı.

## 7. KAYNAKLAR

1. Ries E. (1899). Some radical changes in the after-treatment of celiotomy cases. *Journal of the American Medical Association*, 33 (8), 454-456
2. Brieger GH. (1983). Early ambulation. A study in the history of surgery. *Ann Surg*;197:443-9
3. Dock W. (1944). The evil sequelae of complete bed rest. *Journal of the American Medical Association*, 125 (16), 1083-1085.
4. Schellong S. M., Schwarz T., Kropp J., Prescher Y., Beuthien-Baumann B., Daniel W. G. (1999). Bed rest in deep vein thrombosis and the incidence of scintigraphic pulmonary embolism. *Thrombosis and haemostasis*, 82 (S 01), 127-129
5. Kehlet HMDP, Wilmore DWMD. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg* 248:189-98
6. Gustafsson U. O., Scott M. J., Schwenk W., Demartines N., Roulin D., Francis N., Hill A. (2013). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations. *World Journal Of Surgery*, 37 (2), 259-284
7. Lassen K., Soop M., Nygren J., Cox P.B.W., Hendry P. O., Spies C., Ljungqvist O. (2009). Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group recommendations. *Archives of surgery*, 144 (10), 961-969.
8. Fisher SR., Kuo YF., Graham JE., Ottenbacher KJ., Ostir GV. (2010) Early ambulation and length of stay in older adults hospitalized for acute illness. *Arch Intern Med*;170 (21):1942-3.
9. Melnyk M, Casey RG, Black P, Koupparis AJ. (2011). Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: time to change practice. *Can Urol Assoc J*; 5 (5):342-84
10. Yang C. K., Teng A., Lee D. Y., Rose K. (2015). Pulmonary complications after major abdominal surgery: National Surgical Quality Improvement Program analysis. *Journal of Surgical Research*, 198 (2), 441-449.
11. Birkmeyer N. J., Dimick J. B., Share D., Hawasli A., English W. J., Genaw J. (2010). Hospital complication rates with bariatric surgery in Michigan. *Jama*, 304 (4), 435-442.
12. Adogwa O., Elsamadicy A. A., Fialkoff J., Cheng J., Karikari I. O., Bagley C. (2017). Early ambulation decreases length of hospital stay, perioperative complications and

improves functional outcomes in elderly patients undergoing surgery for correction of adult degenerative scoliosis. *Spine*, 42 (18), 1420-1425.

13. Carbone É. D. S. M., Takaki M. R., Uyeda M. G. B. K., Sartori M. G. F. (2018). Early physical therapy intervention in gynaecological surgery: "Case series". *International journal of surgerycasereports*, 52, 95-102.

14. Grubb, B. P. (2005). Neurocardiogenic syncope and related disorders of orthostatic intolerance. *Circulation*, 111 (22), 2997-3006

15. Kalisch, B. J., Lee, S., Dabney, B. W. (2014). Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *Journal of clinical nursing*, 23 (11-12), 1486-1501

16. Cassina T., Putzu A., Santambrogio L., Villa M., Licker M. J. (2016). Hemodynamic challenge to early mobilization after cardiac surgery: A pilot study. *Annals of cardiac anaesthesia*, 19 (3), 425.

17. Öztürk A., Atalay T., Karaköse Y., Çipe G., Akinci Ö. F. (2015). Laparoskopik kolesistektomi sonrası kanama: nadir ama önemli bir komplikasyon. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 49 (4), 274-278

18. Aksuoğlu A., Yanmış S., Deşer S. B. (2018). Kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde ameliyat sonrası hastaların hareketlilik düzeyleri ve sınıflandırılması. *SETSCI Conference Indexing System, Volume 3*, 970-972

19. Merve Ö. (2017). *Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası ayağa kalkma deneyimlerinin ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İzmir.

20. Braga M., Pecorelli N., Ariotti R., Capretti G., Greco M., Balzano G., Beretta L. (2014). Enhanced recovery after surgery pathway in patients undergoing pancreaticoduodenectomy. *World journal of surgery*, 38 (11), 2960-2966.

21. Aksoy G. (2017). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği. Aksoy G., Kanan N., Akyolcu N., (Ed), *Cerrahi Hemşireliği Cilt 1*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 1-36.

22. Woten M., Engelke Z., (June 30, 2017 2017). Preoperative teaching: preparing patients for abdominal surgery. *Nursing practice Skill*.

23. Beylik U., Yılmaz A., Akça N. (2015). Hastanelere geri ödemede sağlık uygulama tebliği ile tanı ilişkili grupların karşılaştırması: Kolesistektomi vakası örneği. *İşletme Bilimi Dergisi*, 3 (2), 39-53.

24. Eti Aslan F., Yıldız Fındık Ü. (2017). Safra Kesesi ve Pankreas Hastalıkları. Karadakovan A., Eti Aslan F., (Ed.), *Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 4.Baskı Cilt 1. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 743-765

25. Özel A., Ertürk Ş. M. (2015). Safra kesesi hastalıkları. *Türk Radyoloji Seminerleri Trd Sem*, 3, 483-94.
26. Uysal E., Kirdak T., Dokur M., Bakır H., Gürer A., Aksoy B., İkidağ M., Yüzbaşıoğlu M. (2016). Retroçekal akut apandisitte cerrahi: açık mı? laparoskopik mi?. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 17 (2), 48-51.
27. Agresta F., Campanile F. C., Vettoreto N., Silecchia G., Bergamini C., Maida P., Esposito M. G. (2015). Laparoscopic cholecystectomy: consensus conference-based guidelines. *Langenbeck's Archives Of Surgery*, 400 (4), 429-453.
28. Coccolini F., Catena F., Pisano M., Gheza F., Fagiuoli S., Di Saverio S., Sartelli M. (2015). Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Surgery*, 18, 196-
29. Çınar Pakyüz S., Demir Korkmaz F. (2017). Bağırsak ve Rektum Hastalıkları. Karadakovan A., Eti Aslan F., (Ed.), *Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 4.Baskı Cilt 1. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 679-688
30. Jaschinski T., Mosch C., Eikermann M., Neugebauer E. A. (2015). Laparoscopic versus open appendectomy in patients with suspected appendicitis: a systematic review of meta-analyses of randomised controlled trials. *BMC Gastroenterology*, 15 (1), 48. DOI 10.1186/S13017-016-0102-5
31. Abdelhakima M., Elghazaly S.M., Lotfy A. (2019). Efficacy and safety of intraperitoneal local anesthetics in laparoscopic appendectomy: a systematic review and meta-analysis. *Journal of pain Palliative care pharmacotherapy*. 2019 Dec27:1- 11. Doi: 10.1080/15360288.2019.1706690.
32. Schroeder AD., Tubre DJ., Fitzgibbons RJ Jr. (2019) Watchful waiting for inguinal hernia. *Adv Surg*. 2019;53:293-303. doi:10.1016/j.yasu..04.014
33. Ramanan B., Maloley BJ., Fitzgibbons RJ Jr. (2014) Inguinal hernia: follow or repair?. *Adv Surg*. 2014;48:1-11. doi:10.1016/j.yasu. 213-218.
34. Chang S. J., Chen J. C., Hsu C. K., Chuang F. C., Yang S. D. (2016). The incidence of inguinal hernia and associated risk factors of incarceration in pediatric inguinal hernia: a nation-wide longitudinal population-based study. *Hernia*, 20 (4), 559-563
35. Çavdar İ., Akyüz N. (2018). Üst Sindirim Sisteminin Cerrahi Hastalıkları. Aksoy G., Kanan N., Akyolcu N., (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği Cilt 1*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 167-198
36. <http://fitikcerrahisi.org/fitik-ameliyatlari-icin-genel-bilgi/> [08.06.2020]

37. Ocakoğlu, A. (2011). Lichtenstein yöntemi (prolen yama tekniği) ile kasık fitiği tamiri. *J Kartal TR 2011;22 (2):57-59*.
38. <https://Hsgm.Saglik.Gov.Tr/Tr/Obezite/Obezite-Nedir.Html> [24.12.2019],
39. [http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl\\_gruplar/201806180950012018tbl\\_gruplar1b2cd981a1.pdf](http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/201806180950012018tbl_gruplar1b2cd981a1.pdf)[25.12.2019]
40. Özkumizveren A., Dal Ü., (1 Temmuz 2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 36-46
41. Yavaşcaoğlu B., Kaya F., Özcan B., Uzunalioglu S., Güven T., Yazıcı Ş., Ocakoğlu G. (2009). Erişkinlerde anestezi sonrası görülen komplikasyonların retrospektif değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 35 (2), 73-7.
42. Wang Y. M., Xia M., Shan N., Yuan P., Wang D. L., Shao J. H., Zhang Y. (2017). Pregabalin can decrease acute pain and postoperative nausea and vomiting in hysterectomy: a meta-analysis. *Medicine*, 96 (31):e7714. doi: [10.1097/MD.00000000000007714](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007714)
43. Diemunsch P., Joshi G. P., Brichant J. F. (2009). Neurokinin-1 receptor antagonists in the prevention of postoperative nausea and vomiting. *British Journal Of Anaesthesia*, 103 (1), 7-13
44. [http://eras.org.tr/public/files/ERAS\\_POBK\\_prootokol.pdf](http://eras.org.tr/public/files/ERAS_POBK_prootokol.pdf) [28.12.2019]
45. Çavdar İ., Akyüz N. (2017). Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi. Aksoy G., Kanan N., Akyolcu N., (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği Cilt 1*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 367-385
46. Eti Aslan F., Çavdar İ., (2014). Cerrahi Ağrı. Eti Aslan F. (Ed.), *Ağrı Doğası Ve Kontrolü*. Akademisyen Kitabevi. 185-213
47. Devrez, N. (2015). *Koroner anjiyoplasti uygulanan hastalarda erken mobilizasyon ve spongostan destekli pansumanın kanama, ağrı ve idrar yapma üzerine etkileri*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi).Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara.
48. Yılmaz M, Gürler H. (2011). Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: hasta görüşleri. *Ağrı*;23 (2):71-79 April 2011 71 Doi: [10.5505/Agri.2011.36349](https://doi.org/10.5505/Agri.2011.36349)
49. Gürarlan Baş, N, Karatay, G, Bozoğlu, Ö, Akay, M, Kunduracı, E, Aybek, H. (2016). Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıya ilişkin uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,3 (2),40-49.

50. Mert S., Göktaş S. (2019). Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemleri kullanma durumlarının belirlenmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1 (2), 76-83.
51. Gülşen A. (2019). Postoperatif pulmoner komplikasyonları öngörmeye yaşam kalitesinin önemi. *Ege Tıp Dergisi*, 58 (3),229-238. DOI: 10.19161/Etd.607475
52. Başoğlu Ö. K., Bacakoğlu F., Ersin S., Erikoğlu M., Köse T. (2000). Üst Karın Cerrahisinde Postoperatif Solunumsal Komplikasyon Riskinin Preoperatif Parametrelerle İlişkisi. *Toraks Dergisi*. Cilt 1, Sayı 2:17-22
53. Taşdemir N. (2018). Ameliyat Sonrası Dönemde Hasta Bakımı. Çelik S., Taşdemir N. *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Çukurova Nobeltıp Kitabevi. 75-93
54. Topçu S. Y. (2013). Hastaların solunum egzersizi uygulamalarını etkileyen faktörler ve hemşirelerin rolü. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 30 (2), 89-96.
55. Ulus M. (2015). *Açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda solunum egzersizlerinin dispne skoru ve egzersiz toleransına etkisi*. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Aydın
56. Tarhan T., Işıl C., Oba S., Dobrucalı H., Türk H., Sayın P., Söğüt Y., Hancı A. (2016). Ürolojik Cerrahi Geçiren 65 Yaş Ve Üstü Hastalarda Genel Ve Spinal Anestezinin Retrospektif Olarak İrdelenmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florencenightingale Tıp Dergisi*, 2 (2), 76-83.
57. Erdil F. (2012). Cerrahi Hemşireliği. Erdil F., Özhan Elbaş N. (Ed.). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. 97-136
58. Dogru S., Kaya Z., Dogru H. (2012). Spinal anestezi komplikasyonları. *J Contempmed*; 2 (2): 127-134
59. Brenck F., Hartmann B., Katzer C., Obaid R., Brüggmann D., Benson M., Junger A. (2009). Hypotension after spinal anesthesia for cesarean section: identification of risk factors using an anesthesia information management system. *Journal Of Clinical Monitoring And Computing*, 23 (2), 85-92
60. Morris B. A., Benetti M., Marro H., Rosenthal C. K. (2010). Clinical practice guidelines for early mobilization hours after surgery. *Orthopaedic Nursing*, 29 (5), 290-316.
61. Sachdeva, A., Dalton, M., Lees, T. (2018). Graduated Compression Stockings For Prevention Of Deep Vein Thrombosis. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (11) DOI:10.1002/14651858.CD001484.pub4.

62. Wang T. Y., Sakamoto J. T., Nayar G., Suresh V., Loriaux D. B., Desai R., Karikari I. O. (2015). Independent predictors of 30-day perioperative deep vein thrombosis in 1346 consecutive patients after spine surgery. *World Neurosurgery*, 84 (6), 1605-1612
63. <https://uvcd.org.tr/basliklar/derin-ven-trombozu-dvt-nedir/> [08.06.2020]
64. Akyüz E., Tunçbilek Z. (2018). Antiembolik çorap yönetiminde hemşirelerin rol ve sorumlulukları: antiembolik çorap bakım protokolü. *Turk J Cardiovascnurs* 2018;9 (20):96–104 DOI: 10.5543/Khd.2019.68077
65. Akyolcu N., Akyüz N., (2015). Yara Ve Bakımı. Akyolcu N., Kanan N (Ed.), *Yara ve Stoma Bakımı*. Nobel Tıp Kitabevi. 1-29.
66. Erkal İlhan S. (2017). *Yara Bakım Hemşireliği*. Alter Yayınevi. 85-105
67. Akyolcu N., (2017). Yara İyileşmesi Ve Hemşirelik Bakımı. Aksoy G., Kanan N., Akyolcu N., (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği Cilt 1*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 79-113
68. Ezer A., Törer N., Çalışkan K., Çolakoğlu T., Parlakgümüş A., Belli S., Yıldırım S. (2010). Perfore apandisit ameliyatında dren kullanımının komplikasyonlara etkisi. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi* 2010;16 (5):427-432
69. Aksoy G. (2017). Cerrahi İnfeksiyonlar. Aksoy G., Kanan N., Akyolcu N., (Ed.) *Cerrahi Hemşireliği Cilt 1*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 153-199
70. Khalil H., Cullen M., Chambers H., Carroll M., Walker J. (2015). Elements affecting wound healing time: an evidence based analysis. *Wound Repair and Regeneration*, 23 (4), 550-556.
71. Solmaz F. A., Gölboyu B. E., Kırdemir P. (2018). Abdominal dren tüpü insizyonu ilişkili nöropatik ağrı; tanı ve tedavide transvers abdominis plan (tap) blok. *SdÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4), 466-468
72. Karaaslan E., Tuna A., Soylu A. (2019). Öğrenci gözüyle özel bir hastanedeki hastaların düşme riski ve hemşirelik önlemleri. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14 (2), 52-56. DOI: 10.17517/Ksutfd.456589
73. Mccutchan J. (2017). Activity And Exercise. P.Stockert, P. Hall (Ed.), *Fundamentals Of Nursing*. Canada: Elsevier. 787-821
74. Campbell M. R., Fisher J., Anderson L., Kreppel E. (2015). Implementation of early exercise and progressive mobility: Steps to success. *Critical care nurse*, 35 (1), 82-88.
75. Arem H., Pfeiffer R. M., Engels E. A., Alfano C. M., Hollenbeck A., Park Y., Matthews C. E. (2015). Pre-and postdiagnosis physical activity, television viewing, and

mortality among patients with colorectal cancer in the National Institutes of Health–AARP diet and health study. *Journal of Clinical Oncology*, 33 (2), 180.

76. Hanada M., Kanetaka K., Hidaka S., Taniguchi K., Oikawa M., Sato S., Kozu R. (2018). Effect of early mobilization on postoperative pulmonary complications in patients undergoing video-assisted thoracoscopic surgery on the esophagus. *Esophagus*, 15 (2), 69-74.

77. Terzioglu F., Şimsek S., Karaca K., Sariince N., Altunsoy P., Salman M. C. (2013). Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynaecologic surgery. *Journal Of Clinical Nursing*, 22 (13-14), 1917-1925.

78. Şenduran M., Genç A., Akan M., Günerli A., (2012). Kritik hastalarda mobilizasyonun hemodinamik ve respiratuar yanıtlar üzerindeki etkileri. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 23 (1), 3-9.

79. <http://eras.org.tr/news.php?id=3> [09.06.2020]

80. Slim K. (2016). The benefits of enhanced recovery after surgery. *Journal Of Visceral Surgery*, 153 (6), S41-S44.

81. Liu Z., Tao X., Chen Y., Fan Z., Li Y. (2015). Bed rest versus early ambulation with standard anticoagulation in the management of deep vein thrombosis: a meta-analysis. *PlosOne*, 10 (4). <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0121388>

82. Koohpyma M. R., Sadat S. J., Afrasiabifar A., Zoladl M. (2019). Effect of early mobilization on hemodynamic parameters of patients undergoing sleeve gastrectomy; a randomized clinical trial. *Journal Of Clinical Care And Skills*, 1 (2), 55-61

83. Cooray R., Lake C. (2015). Prevention of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Anaesthesia Intensive Care Medicine*, 16 (9), 457-461.

84. Steenhagen E. (2016). Enhanced recovery after surgery: it's time to change practice. *Nutrition In Clinical Practice*, 31 (1), 18-29

85. Çevik K., Zaybak A. (2011). Açık kalp ameliyatı sonrası yapılan egzersizlerin ağrıya etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4), 54-59.

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

87. Gordon D. B., De Leon-Casasola O. A., Wu C. L., Sluka K. A., Brennan T. J., Chou R. (2016). Research gaps in practice guidelines for acute postoperative pain management

in adults: findings from a review of the evidence for an american pain society clinical practice guideline. *The Journal Of Pain*, 17 (2), 158-166

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

89. Kılıç H.F., Cevheroğlu S., Görgülü R.S. (2017). Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10 (1).

90. Karadibak D. (2016) Genel Cerrahi Uygulamaları ve Fizyoterapi. Karaduman A. Tunca Yılmaz Ö. (Ed.), *Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon* 1. 419-435

91. [http://www.megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf/Pozisyonlar%20\(hem%C5%9Firelik\).pdf](http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Pozisyonlar%20(hem%C5%9Firelik).pdf) [13.07.2020]

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

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

94. Savas O. A., Üçüncü M. Z., Bahri Ö., Gürbulak B., Gür H. Ü., Tüzün I. S., Koyuncu A. (2015). Evaluation of risk factors for hepatosteatosis in gall stone disease. *Haseki Tıp Bulteni*, 53 (3).

95. Kaymak Ş., Lapsekili, E., Demirbaş S. (2016). The effect of obesity on co-existence of umbilical hernia and metabolic syndrome in patients with cholelithiasis obezitenin kolelitiazisli hastalarda umbilikal herni ve metabolik sendrom birlikteliğine etkisi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 1, 197.

96. Gürlek Ö., Yavuz M. (2013). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi Uygulama Durumları. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 15-8.

97. Kearney M., Jennrich M. K., Lyons S., Robinson R., Berger B. (2011). Effects of preoperative education on patient outcome safter joint replacement surgery. *Orthopaedic Nursing*, 30 (6), 391-396.

98. Best J. T., Musgrave B., Pratt K., Hill R., Evans C., Corbitt D. (2018). The impact of scripted pain education on patient satisfaction in outpatient abdominal surgery patients.

*Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 33 (4), 453–460.

99. Klaiber U., Stephan-Paulsen L. M., Bruckner T., Müller G., Auer S., Farrenkopf I., Fink C., Dörr-Harim C., Diener M. K., Büchler M. W., Knebel P. (2018). Impact of preoperative patient education on the prevention of postoperative complications after major visceral surgery: the cluster randomized controlled PEDUCAT trial. *Trials*, 19 (1), 288.

100. Tosun B., Yava A., Açıklık C. (2015), The effects of preoperative fasting. *Int J NursPract*, 21: 156-165. doi:10.1111/ijn.12239

101. Önen M. (2017). *Abdominal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası ayağa kalkma deneyimlerinin ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İzmir.

102. Çevik K., Zaybak A. (2011). Açık kalp ameliyatı sonrasında yapılan egzersizlerin ağrıya etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 14: 4.54-59.

103. Yılmaz M., Gürler H. (2011). Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. *Ağrı Dergisi*, 23 (2), 71-79.

104. Ayhan F. (2015). *Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların ağrı deneyimleri ve ağrı kontrolüne yönelik hemşirelik girişimleri* (Yayınlanmamış Doktora tezi), Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Konya

105. Akın Korhan E., Hakverdi oğlu Yönt G., Tokem Y., Karadağ Ö., Sarıoğlu E., Yıldız K. Dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 199-204.

106. Mahmudova R., Dönmez Y. C. (2019). Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri JNurs Sci*;11 (1):1-6

107. Sidar A., Dedeli Ö., İşkesen A. İ. (2013). Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: Ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4, 1-8

108. Ateş D. (2018). *Obezite cerrahisi uygulanan hastalara özgü mooreheadardelt yaşam kalitesi ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması geçerlik ve güvenilirliği* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya

109. Yıldırım N., Çiftçi B., Kaşıkçı M.(2017). Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, (14), 217-231

110. Dursun H.B., Yılmaz E. (2015). Batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2 (3), 65-70.
111. Üzen Cura Ş., Arslan Ş., Özkan E., Dönmez E., Soğlu E., Kaya H. (2020). Üriner kateteri olan hastaların katetere ilişkin bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *OTSBD*. 240-248.
112. Atay S. (2019). *Transüretal prostat rezeksiyonu (turp) girişimi öncesi anksiyetenin, ameliyat sonrası ağrı ve uyku kalitesine etkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı, Kırklareli.
113. Vermişli S., Çukurova İ., Baydur H., Yılmaz E. (2016). Relationship between preoperative patient learning need and anxiety of patients hospitalized at ear nose throat and head neck surgery clinic for surgical treatment. *The Turkish Journal of Ear Nose and Throat*, 26 (2), 79-91.
114. Kısa A., Koruk S., Koçoğlu H., Leblebici İ.M. (2019). Comparison of general anesthesia with spinal anesthesia in laparoscopic cholecystectomy operations. *Medeniyet Med J.* 34:346-53.
115. Madsen M. N., Kirkegaard M. L., Laursen M., Larsen J. R., Pedersen M. F., Skovgaard B., Pryno T., Mikkelsen, L. R. (2019). Low complication rate after same-day total hip arthroplasty: a retrospective, single-center cohort study in 116 procedures. *Acta orthopaedica*, 90 (5), 439-444.
116. Baş, B. (2018). *Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

## 8. EKLER

### Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı



T.C.  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**



**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü**

**Sayı** :71915440-804.01-E.2008110014  
**Konu** :Tez Konu Başlığı Hk.

**Tarih**:11.08.2020

**Sayın Ebru KARAASLAN**

Enstitü Yönetim Kurulunun 9.5.2019 tarih ve 2019/020 nolu kararına göre; tez konu başlığımız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

*e-imzalıdır*  
Prof. Dr. Ayla YAVA  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
184101035 Ebru KARAASLAN	Abdominal Bölge Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hareketliliğe Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi

Adres :Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP  
Tel :+90 342 211 80 80  
Fax :+90 342 211 80 81

İrtibat : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü  
Web : www.hku.edu.tr  
e-Posta : info@hku.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
<http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index?EvrakNo=E.2008110014&ErisimKodu=985b2685>

## Ek 2. Etik Kurul Kararı

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi**  
**Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı**

Karar No : 2019/41  
Karar Tarihi : 14.06.2019

Sayın Ebru KARAASLAN,

*"Abdominal Bölge Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hareketliliğe Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi"* konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN  
Üye

Prof. Dr. Zerrin PELİN  
Başkan

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL  
Üye

Prof. Dr. Nermin OLGUN  
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR  
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT  
Üye

Güven HOŞ  
Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Sekreteri

(Sorumlu Araştırmacı  
Olduğundan Katılmadı)  
Prof. Dr. Ayla YAVA  
Üye

Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ  
Üye



**ASLIGIBİDİR**

### Ek 3. Kurum İzni



T.C.  
GAZİANTEP VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - Gaziantep Ar-Ge

Birim

16/07/2019 14.02 - 65587614 - 774.99 - E.160



00097417270

Sayı : 65587614-774.99  
Konu : Ebru KARAASLAN'ın Araştırma  
İzni Hk.

#### 25 ARALIK DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü tez dönemi öğrencisi Ebru KARAASLAN'ın, "**Abdominal Bölge Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hareketliliğe Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi**" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak tez çalışmasını 25 Aralık Devlet Hastanesinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.

Uzm.Dr. Mehmet Emin BİNDAL  
İlaç, Tıbbi Cihaz ve Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:  
Uygunluk Yazısı.

Kayaönü Mahallesi, 42035. Sk., 27500 Şehitkamil/Gaziantep

Telefon: Faks No:

e-Posta: halime.yakut@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fc2c6ac-0298-4a8d-980b-23cbf8b2d1bb kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Halime YAKUT

MEMUR

Telefon No: (0342) 220 96 14

T.C.  
GAZİANTEP VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Tarih ve Sayı : 12.07.2019 / 29

Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi :

Ebru KARAASLAN

Çalışma Adları :

"Abdominal Bölge Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hareketliliğe Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi"

(25 Aralık Devlet Hastanesinde)

Komisyon Kararı :

İlgili çalışmanın yapılması komisyonumuzca uygun görülmüştür.

KOMİSYON BAŞKANI  
Uzm.Dr. Davut Vecdi ERSÖZ  
Kamu Hastaneleri  
Hizmetleri Başkanı

ÜYE  
Dr. Mehmet Emin İNCE  
Halk Sağlığı  
Hizmetleri Başkanı

ÜYE  
Uzm.Dr. Abdullah İnan GÜRLER  
İlaç Tıbbi Cihaz ve Sağlık  
Hizmetleri Başkan V.

12/07/2019

OLUR

Uzm.Dr. Serdar SARIFAKI  
İL Sağlık Müdürü

## Ek 4. Veri Toplama Formları

### ARAŞTIRMANIN ADI

#### SAYIN KATILIMCI;

Bu araştırma 'Abdominal Bölge Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hareketliliğe Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi' amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada 2 adet soru formu 1 adet ölçek kullanılacaktır. Tanıtıcı özellikler soru formu 25 sorudan, hareketi etkileyen faktörler soru formu ise 17 sorudan oluşmaktadır. Hasta hareketlilik ölçeğinde hasta tarafından cerrahi girişim sonrası yapılan 4 aktivite (yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme) sırasında deneyimlenen ağrı ve güçlük düzeyi, gözlemci hareketlilik ölçeğinde araştırmacı tarafından cerrahi girişim sonrası 4 aktivitenin yapılması sırasında, bağımlılık bağımsızlık durumu/ derecesi değerlendirilecektir.

### TANITICI ÖZELLİKLER SORU FORMU

Görüşme Tarihi:

1)Doğum Yılı:.....

2) Boy:.....

3) Kilo:.....

4)Cinsiyet: 1)Kadın 2)Erkek

5)Medeni Durum: 1)Evli 2)Bekar

6)Eğitim Seviyesi:

1)Okur-yazar değil 2)Okur-yazar 3)İlkokul mezunu

4) Ortaokul mezunu 5)Lise mezunu 5) Üniversite ve üzeri

7) Çalışma Durumu (profesyonel bir işte)

1) Çalışmıyor: a. Ev hanımı b. Emekli c. Şu anda çalışmıyor

2) Çalışıyor: a. Serbest meslek b. İşçi-Memur c. Diğer:.....

8)Sigara kullanma durumu

1)Evet 2)Hayır

9)Alkol kullanma durumu

1)Evet 2)Hayır

10)Gözlük kullanma durumu

1)Evet 2)Hayır

11) Yürümek için yardımcı bir cihaza gereksinim duyma durumu

1) Evet: (açıklayınız)..... 2) Hayır

12) Kronik hastalık

1) Evet var

a)Diyabetus mellitus b)Hipertansiyon c)Nörolojik hastalık

d)Solunum sistemi hastalığı d)Dolaşım sistemi hastalığı e) Diğer: .....

2)Yok (13. Soruyu yanıtlamayınız)

13)Kronik bir hastalığa bağlı sürekli ilaç kullanma durumu

1) Evet: .....

14) Daha önce ameliyat geçirme durumu?

1)Evet 2)Hayır (15. Soruyu yanıtlamayınız)

15) Evet ise ameliyat adı:.....

16)Ameliyat öncesi son bir ayda beslenmede azalma oldu mu?

1)Evet 2)Hayır

17)Ameliyat öncesi yakın dönemde (son 1 ay) kilo kaybınız oldu mu?

1) Evet oldu 2) Hayır olmadı

18) Evet ise; ne kadar kilo kaybınız oldu?.....kg

19) Geçirdiğiniz cerrahi operasyon hakkında herhangi bir sağlık personelinden eğitim aldınız mı?

1)Hemşire 2)Doktor 3)Diğer..... 4)Almadım

20)Yapılan ameliyat adı: .....

22)Ameliyattan sonraki ilk yürüyüşü ne zaman yaptınız?

1)0. gün 2) 1. gün 3)2. gün

66

21)Ameliyattan sonraki ilk yürüyüşü kiminle yaptınız?

1) Refakatçi 2) Hemşire 3)Yardımcı personel 4) Refakatçi ve hemşire 5) Diğer: .....

22)Ameliyattan sonraki ilk yürüyüşte kaç kişiye ihtiyaç duydunuz?

1)Bir kişi2)İki kişi3)Üç kişi

23)Ameliyattan sonra düşme yaşadınız mı?

1)Evet 2) Hayır

24)Ameliyattan sonra baş dönmeniz oldu mu?

1)Evet 2)hayır

25)Derin Soluk alıp verme egzersizi yapma ve triflo kullanmını var mı ?

1)evet 2) hayır

## **HASTA HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ**

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

### **Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme:**

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

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmek sizin için ne kadar zordu?				
Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

### **Yatak Kenarında Oturma:**

Yatak kenarında oturduğunuzda ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
Yatak kenarında oturmak sizin için ne kadar zordu?				
Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

### **Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:**

Yatak kenarında, ayağa kalktığınızda ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
Yatak kenarında, ayağa kalkmak sizin için ne kadar zordu?				
Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

### **Hasta Odasında Yürüme:**

Odada yürüdüğünüzde ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?				
Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

## **GÖZLEMCİ HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ**

Ameliyat Sonrası .....Gün

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

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

### **Kullanım yönergesi:**

Tüm bölümlere ilişkin gözlemler, aşağıdakiler gerçekleştirildikten sonra doldurulur:.

### **Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme:**

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

### **Yatak Kenarında Oturma:**

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

### **Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:**

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

### **Hasta Odasında Yürüme:**

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

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

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

## HAREKETİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER SORU FORMU

### YÖNERGE

Aşağıdaki durumları hareket etmenizi (yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme) etkileme derecesine göre değerlendiriniz.

	Oldukça etkiliyor	Etkiliyor	Biraz etkiliyor	Etkilemiyor
1. Bulantımın olması				
2. Kusmamın olması				
3. Halsiz hissetmem				
4. Hareket zamanımın uyku zamanıma denk gelmesi				
5.Hareket zamanımın yemek yeme zamanıma denk gelmesi				
6. Hareket zamanımın ziyaret saatine denk gelmesi				
7. Düşme korkusu yaşamam				
8. Aileme gereksinim duymam				
9. Destek olacak refakatçimin olmaması				
10. Yara yerimin açılmasından/kanamasından korkmam				
11. Kendimi huzursuz hissetmem				
12. Ameliyata bağlı stres yaşamam				
13. Vücutumda alt bölgesinde bulunan ekipmanlar (foleykateter, dren)				
14. Vücutumun üst bölgesinde bulunan ekipmanlar (branül, dren )				
15. Kıyafetlerimin rahat olmaması				
16. Hareket ederken ağrımın olması				
17. Nasıl hareket edeceğimi bilmemem				

## **Ek 5. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur Formu**

### **GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU**

Bu araştırmanın amacı “Abdominal Bölge Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hareketliliğe Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi” için planlanmıştır. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahiptir. Bu çalışma sizlere daha iyi hizmet vermeyi ve hasta bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntıları belirleyerek daha kaliteli ve destekleyici bir bakım vermek için yapılmaktadır

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Ebru KARAASLAN

## Ek 6. Ölçek Kullanım İzni

10.08.2020

Gmail - (konu yok)



ebru karaaslan <ebrumm.2310@gmail.com>

(konu yok)

**TULÜHA AYOĞLU** <tuluha@istanbul.edu.tr>  
Alıcı: ebru karaaslan <ebrumm.2310@gmail.com>

26 Ekim 2018 12:44

Merhaba Ebru,

İlginiz için teşekkür ederim. Ölçekler hakkında bilgi ektedir. Tezini yayınlamanız halinde, yayın yeri ve yılı hakkında geri bildirimde bulunmanızı rica ediyorum. Kaynak olarak tezimi gösterebilirsiniz. Bir sorun olursa bana e-mail ile yazabilirsiniz.

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

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

ebru karaaslan <ebrumm.2310@gmail.com>, 23 Eki 2018 Sal, 13:41 tarihinde şunu yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

[Alıntılanan metin gizlendi]

Please take into account the impact on the environment before printing this e-mail. Do not forget that if we reduce our paper consumption by half, every year 8 million hectares of forest (an area the size of Aegean Region in Turkey) will be saved from vanishing.



**Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri (2).doc**  
72K

## Ek 7. İntihal Rapor Formu



# LİSANSÜSTÜ TEZ İNTİHAL RAPOR FORMU

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez Başlığı: Abdominal Bölge Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hareketliliğe Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 50 sayfalık kısmına ilişkin, 08/08/2020 tarihinde enstitü sekreterliği/tez danışmanı tarafından intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak

alınmış olan orijinallik raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenecektir\*) olup, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 9 'dur. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
- Alıntılar dahil
- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi TURNİTİN adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih: 10/08/2020

Adı Soyadı: Ebru KARAASLAN

Öğrenci No: 184101035

Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK

Programı: CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRLİĞİ

Statüsü:  Y.Lisans  Doktora

\*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.

**DANIŞMAN ONAYI**

UYGUNDUR.

Prof. Dr. AYLA YAVA

## Ek 8. İntihal Raporu

Ebru KARAASLAN

### ORIJINALLIK RAPORU

%**9**

BENZERLIK ENDEKSİ

%**5**

İNTERNET  
KAYNAKLARI

%**4**

YAYINLAR

%**8**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>www.journalagent.com</b> İnternet Kaynağı	<b>%2</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Okan Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<b>%1</b>
<b>3</b>	<b>openaccess.hku.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<b>%1</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Trakya University</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to The Scientific &amp; Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Erciyes Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to Ege Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>

9	YOLCU, Sibel, AKIN, Semiha and DURNA, Zehra. "Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hareket Düzeyleri ve Hareket Düzeyleri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi", Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2016. Yayın	<% 1
10	issuu.com İnternet Kaynağı	<% 1
11	Submitted to Nevşehir Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
12	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University Öğrenci Ödevi	<% 1
13	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<% 1
14	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
15	Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi	<% 1
16	ARSLANTAŞ, Hülya, ADANA, Filiz, KAYA, Fadime and TURAN, Dilek. "Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler", İstanbul Üniversitesi, 2010. Yayın	<% 1
17	AKINCIC, Serkan and AKINCI, Naile AKŞİT. "Stres Üriner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlara	<% 1

Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi", Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğitim İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş., 2017.

Yayın

- 
- 18 GÜÇLÜ ALTUN, İlknur, KIRBAŞ, Dursun, ALTUN, Deniz Utku, SOYSAL, Aysun, SÜTLAŞ, Pakize Nevin, YANDIM KUŞÇU, Demet, BEHREM GAYIR, Neslihan, ARSLAN, Ekim and TOPÇULAR, Barış. "Relaps ve Remisyonla Seyreden Multipl Skleroz Olgularında Kognitif Rehabilitasyonun Etkileri", Türk Nöropsikiyatri Derneği/Turkish Neuropsychiatric Society, 2015.  
Yayın <% 1
- 
- 19 Submitted to Inonu University  
Öğrenci Ödevi <% 1
- 
- 20 Submitted to Cumhuriyet University  
Öğrenci Ödevi <% 1
- 
- 21 Submitted to Gaziantep Aniversitesi  
Öğrenci Ödevi <% 1
- 
- 22 www.turkpsikiyatri.com  
İnternet Kaynağı <% 1
- 
- 23 acikerisim.baskent.edu.tr  
İnternet Kaynağı <% 1
- 
- 24 Submitted to Bahcesehir University  
Öğrenci Ödevi <% 1
-

25	ÜZÜM, Hanifi, YEŞİLDAĞ, Beray, KARLI, Ümit, ÜNLÜ, Hülya, PARLAR, Fatih Mehmet, ÇOKPARTAL, Cengiz and TEKİN, Nedim. "KAMU VE ÖZEL SPOR MERKEZLERİ MÜŞTERİLERİNİN HİZMET KALİTESİ ALGILARININ İNCELENMESİ", Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016. Yayın	<% 1
26	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	<% 1
27	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	<% 1
28	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
29	isfaw2019.isfaw.org İnternet Kaynağı	<% 1
30	Submitted to American University in Cairo Öğrenci Ödevi	<% 1
31	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
32	www.turkpediatriarsivi.com İnternet Kaynağı	<% 1
33	cocukergen2020.com İnternet Kaynağı	<% 1

34	Ebru Ortac Ersoy, Semsinur Abdulkerim, Asuman Oz, Goncagul Aslan, Pinar Bozkurt Kavak, Dudu Fakili, Arzu Topeli. "Evaluation of Nursing Workload in Intensive Care Unit", Turkish Journal of Medical and Surgical Intensive Care, 2017 Yayın	<% 1
35	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
36	Submitted to (school name not available) Öğrenci Ödevi	<% 1
37	<a href="http://acikerisim.pau.edu.tr">acikerisim.pau.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
38	<a href="http://earsiv.erkincan.edu.tr">earsiv.erkincan.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
39	BAYKAL, Ülkü Tatar and ALTUNTAŞ, Serap Yazıcı. "Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlarının Kişisel ve Mesleki Özellikleri ile Performans Düzeylerini Etkileyen Etmenler", Logos Yayıncılık, 2014. Yayın	<% 1
40	Submitted to Selçuk Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
41	<a href="http://acikerisim.baskent.edu.tr:8080">acikerisim.baskent.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<% 1

42 Submitted to Istanbul University <% 1  
Öğrenci Ödevi

---

43 Submitted to Celal Bayar Ā niversitesi <% 1  
Öğrenci Ödevi

---

44 Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi <% 1  
Öğrenci Ödevi

---

---

Alıntıları çıkart üzerinde Eşleşmeleri çıkar < 5 words  
Bibliyografyayı Çıkart üzerinde

## Ek 9. Özgeçmiş

**Adı Soyadı:** Ebru KARAASLAN

### İLETİŞİM BİLGİLERİ

**Telefon** : 05076501308

**Mail** : [ebrumm.2310@gmail.com](mailto:ebrumm.2310@gmail.com)

**Doğum tarihi** : 01.01.1995

**Unvan** : Araştırma Görevlisi

**Çalıştığı kurum** : SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

**Daha önceki iş tecrübesi** : SANKO Üniversitesi Hastanesi Yoğun Bakım ve Reanimasyon Ünitesi

### Yapmış Olduğum Yayın-Sunumlar ve Yer Aldığım Projeler:

13. Hepatopankreatobilier Cerrahi ve 4. Hepatopankreatobilier Cerrahi Hemşireliği Kongresinde ‘Öğrenci Gözüyle Özel Bir Hastanedeki Hastaların Düşme Riski ve Hemşirelik Önlemleri’ adlı bildiri sunumu ve aynı sunumla ‘üçüncülük ödülü’ ve Sanko Üniversitesi Rektörlüğü tarafından ‘Teşekkür Belgesi’

Karaaslan, E, Tuna, A, Soylu, A. (2019). Öğrenci Gözüyle Özel Bir Hastanedeki Hastaların Düşme Riski ve Hemşirelik Önlemleri. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14 (2), 52-56. DOI: 10.17517/ksutfd.456589

SANKO Üniversitesi Hemşirelik Bölümü sosyal sorumluluk projesi olarak lise düzeyindeki öğrencilere ‘temel yaşam desteği’ ve ilkokul düzeyindeki öğrencilere beslenme, el hijyeni ve diş fırçalama eğitimi verdik. (Aralık 2016)

**Öğrenim Durumu:**

<b>Derece</b>	<b>Alan</b>	<b>Üniversite</b>	<b>Yıl</b>
<b>Lisans</b>	<b>Hemşirelik</b>	<b>SANKO Üniversitesi</b>	<b>2018</b>
<b>Yüksek lisans</b>	<b>Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı</b>	<b>Hasan Kalyoncu Üniversitesi</b>	<b>2020</b>