

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AÇIK ABDOMİNAL CERRAHİ UYGULANAN HASTALARIN
AMBULASYON SÜRELERİNİN HASTA SONUÇLARINA,
ANKSİYETE VE DEPRESYONA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SERAP BAYRAM AKKAYA

KÜTAHYA-2020

**T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**AÇIK ABDOMİNAL CERRAHİ UYGULANAN HASTALARIN
AMBULASYON SÜRELERİNİN HASTA SONUÇLARINA, ANKSİYETE
VE DEPRESYONA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SERAP BAYRAM AKKAYA

KÜTAHYA-2020

**AÇIK ABDOMİNAL CERRAHİ UYGULANAN HASTALARIN
AMBULASYON SÜRELERİNİN HASTA SONUÇLARINA, ANKSİYETE
VE DEPRESYONA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

SERAP BAYRAM AKKAYA

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği Uyarınca
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kevser KARACABAY


Nisan– 2020

TEZ KABUL ONAYI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü bünyesinde öğrenim gören Serap BAYRAM AKKAYA'nın tez savunma sınavına ilişkin jüri kararım aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖĞRENCİNİN	
Adı Soyadı	Serap BAYRAM AKKAYA
Numarası	1771541001
Tez Savunma Sınav Tarihi	10.04.2020
Tez Savunma Sınav Saati	13:00
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Program	Tezli Yüksek Lisans
Tez Konusu	Açık Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastaların Ambulasyon Sürelerinin Hasta Sonuçlarına, Anksiyete ve Depresyone Etkisinin İncelenmesi
SINAV SONUCU	Kabul: <input checked="" type="checkbox"/> Düzeltme: <input type="checkbox"/> Red: <input type="checkbox"/>

JÜRI ÜYESİ	Üniversite Adı:	Dokuz Eylül Üniversitesi
	Anabilim Dalı Adı:	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
	Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.	
	Jüri Üyesi/ Adı / Soyadı / Dr. Öğr. Üyesi Aylın DURMAZ EDEER	
		Tarih /İmza 10.04.2020 

Jüri üyesi tarafından YÜKSEK LİSANS/DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün tarihli Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü
Doç. Dr. Fatma BAŞAR

ONAY

TEZ KABUL ONAYI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü bünyesinde öğrenim gören Serap BAYRAM AKKAYA'nın tez savunma sınavına ilişkin jüri kararım aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖĞRENCİNİN	
Adı Soyadı	Serap BAYRAM AKKAYA
Numarası	1771541001
Tez Savunma Sınav Tarihi	10.04.2020
Tez Savunma Sınav Saati	13:00
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Program	Tezli Yüksek Lisans
Tez Konusu	Açık Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastaların Ambulasyon Sürelerinin Hasta Sonuçlarına, Anksiyete ve Depresyone Etkisinin İncelenmesi
SINAV SONUCU	Kabul: <input checked="" type="checkbox"/> Düzeltme: <input type="checkbox"/> Red: <input type="checkbox"/>

JÜRİ ÜYESİ	Üniversite Adı:	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
	Anabilim Dalı Adı:	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
	Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.	
	Jüri Üyesi / Adı / Soyadı / Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül SAVCI  Tarih /İmza 10.04.2020	

Jüri üyesi tarafından YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün tarihli Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü
Doç. Dr. Fatma BAŞAR


ONAY

TEZ KABUL ONAYI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü bünyesinde öğrenim gören Serap BAYRAM AKKAYA'nın tez savunma sınavına ilişkin jüri kararı aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

OGRENCİNİN	
Adı Soyadı	Serap BAYRAM AKKAYA
Numarası	1771541001
Tez Savunma Sınav Tarihi	10.04.2020
Tez Savunma Sınav Saati	13:00
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Program	Tezli Yüksek Lisans
Tez Konusu	Açık Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastaların Ambulasyon Sürelerinin Hasta Sonuçlarına, Anksiyete ve Depresyone Etkisinin İncelenmesi
SINAV SONUCU	Kabul: <input checked="" type="checkbox"/> Düzeltme: <input type="checkbox"/> Red: <input type="checkbox"/>

JÜRİ ÜYESİ	Üniversite Adı:	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
	Anabilim Dalı Adı:	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
	Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğum onaylıyorum/onaylamıyorum.	
	Jüri Üyesi / Adı / Soyadı / Dr. Öğr. Üyesi Kevser KARACABAY  Tarih /İmza 10.04.2020	

Jüri üyesi tarafından YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün tarihli Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü
Doç. Dr. Fatma BAŞAR

ONAY



TEZ TESLİM BEYAN FORMU

T. C.

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

Öğrenci No : 1771541001
Adı Soyadı : Serap BAYRAM AKKAYA
Anabilim/Bilim Dalı : Cerrahi Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Programı : Tezli Yüksek Lisans Tezsiz Yüksek Lisans
 Doktora

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

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

Serap BAYRAM AKKAYA

10/04/2020 / İmza

Diğer hususlar:

Bu bölüme yukarıda belirtilen maddeler ile ilgili tarafınızca uygun bulunmayan veya itiraz konusu olan hususları belirtiniz:

ONAY

Dr. Öğr. Üyesi Kevser KARACABAY

ÖZET

AÇIK ABDOMİNAL CERRAHİ UYGULANAN HASTALARIN AMBULASYON SÜRELERİNİN HASTA SONUÇLARINA, ANKSİYETE VE DEPRESYONA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Bu çalışma, açık abdominal cerrahi uygulanan hastaların ambulasyon sürelerinin hasta sonuçlarına, anksiyete ve depresyona etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı kesitsel türdedir. Araştırma Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi (KSBU) Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde 15.02.2019- 30.10.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini açık abdominal cerrahi girişim geçiren ve çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan 157 hasta oluşturmuştur. Veriler ameliyat sonrası ilk 72 saatlik dönemde olan hastalar ile yüz yüze görüşülerek ve hasta dosyasındaki bilgilerden (protokol numarası, tanısı, cerrahi girişim, ASA skoru, anestezi süresi) toplanmıştır. Elde edilen veriler Statistical Package for Social Science (SPSS) (24) programı ile analiz edilmiştir. İki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, sürekli değişkenlerin ilişkisinin değerlendirilmesinde de spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $49,5 \pm 18,1$ olup, %44,6'sı kadındır. Hastaların %40,2'sinin apendektomi ameliyatı olduğu ve ambulasyon zamanlarının ortalaması $12,45 \pm 9,07$ saat olarak bulunmuştur. Hastaların %66,2'sinin oda içinde yürüyerek ambulasyonlarını gerçekleştirdikleri belirlenmiştir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde %72'sinde bulantı görülmüştür. Bireylerin HADÖ anksiyete puan ortalaması $4,0 \pm 2,6$ ve HADÖ depresyon puanı ortalaması $4,4 \pm 3,0$ 'tür. Çalışma kapsamındaki hastaların ambulasyon süreleri ile depresyon puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf anlamlı ilişki saptanmıştır. Bireylerin son 24 saatteki ortalama ağrı düzeyi $3,7 \pm 1,7$, ağrı tedavisiyle son 24 saatte ağrıdan kurtulma yüzdesi $82,7 \pm 16,0$ olarak elde edilmiştir. Ağrı için en sık kullanılan ağrı kesicinin %40,8 ile iv parasetamol grubu ilaçlar olduğu belirlenmiştir. Bulantısı, konstipasyonu, nazogastrik sondası, üriner kateteri ve dreni olan hastaların ambulasyon zamanının anlamlı olarak daha geç olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Hastaların derin solunum ve

öksürük, yürüme, genel aktivite ve uyuma sırasında ağrı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların yaş, anestezi süresi ve hastanede kalma süresi ile ambulasyon zamanı arasında pozitif yönde zayıf anlamlı korelasyon saptanmıştır. ($p<0,05$).

Sonuç: Sonuç olarak hastaların ambulasyon zamanı geciktikçe hastanede kalış süresinin arttığı ve hastalarda konstipasyon geliştiği belirlenmiştir. Bunun yanı sıra hastalarda anestezi süresi ve yaş arttıkça ambulasyon zamanının geciktiği saptanmıştır. Ameliyat sonrası bulantısı, konstipasyonu, dreni, üriner kateteri ve nazogastrik sondası olan hastaların da ambulasyon zamanlarının anlamlı düzeyde geciktiği saptanmıştır. Ayrıca hastaların derin solunum ve öksürük, yürüme, genel aktivite ve uyuma sırasında ağrı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların erken ambulasyonu iyileşme sürecini olumlu etkileyen bir girişim olması nedeniyle, etkileyen faktörlerin saptanıp ortadan kaldırılması ve hemşirelerin hastaların ambulasyon zamanlarını ertelememesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Ambulasyon, Anksiyete, Depresyon, Hasta Sonucu

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF AMBULATION PERIODS ON PATIENT RESULTS, ANXIETY AND DEPRESSION OF PATIENTS WHO HAD OPEN ABDOMINAL SURGERY.

Objective: This study was conducted to determine the effect of ambulation time on patient outcomes, anxiety and depression in patients undergoing open abdominal surgery.

Materials (Patients) and Methods: The research is descriptive cross-sectional. The research was carried out at KSBÜ Evliya Çelebi Training and Research Hospital General Surgery Clinics between 15.02.2019 and 30.10.2019. The sample of the study consisted of 157 patients who underwent open abdominal surgery and met the criteria for participation in the study. The data were collected face-to-face with patients who were in the first 72 hours postoperatively and from the information in the patient file (protocol number, diagnosis, surgical intervention, ASA score, duration of anesthesia). The data obtained were analyzed with Statistical Package for Social Science (SPSS) (24) program. Mann-Whitney U test was used in two group comparisons, and spearman correlation analysis was used to evaluate the relationship of continuous variables.

Results: According to the findings obtained from the research, the average age of the patients participating in the research is 49.5 ± 18.1 , and 44.6% are women. It was found that 40.2% of the patients had appendectomy surgery and the mean of ambulation time was 12.45 ± 9.07 hours. It was determined that 66.2% of the patients performed ambulation by walking in the room. Nausea was observed in 72% of patients in the postoperative period. The mean score of the HADS anxiety is 4.0 ± 2.6 and the mean of the HADS depression is 4.4 ± 3.0 . A significant relationship was found between ambulation times and depression in patients in the study. The average pain level of individuals in the last 24 hours was 3.7 ± 1.7 , and the percentage of relief from pain in the last 24 hours was 82.7 ± 16.0 . It was determined that the most commonly used painkiller for pain was IV paracetamol group drugs with 40.8%. Ambulation time of patients with nausea, constipation, nasogastric catheter, foley catheter and drain was determined to be significantly later ($p < 0.05$). It was determined that the patients had high levels of pain during deep breathing and cough,

walking, general activity and sleep. In addition, there was a weak positive correlation between the age, anesthesia time, hospital stay, with ambulation time.

Conclusion: As a result, it was determined that the length of hospital stay and the constipation developed in the patients due to late ambulation. In addition, it was found that ambulation time was delayed as the anesthesia time and age of the patients increased. Ambulation times of patients with nausea, constipation, drainage, urinary catheter and nasogastric catheter were found to be significantly delayed. Also, patients were found to have high levels of pain during deep breathing and cough, walking, general activity and sleep. Since early ambulation of patients is an attempt to positively affect the healing process, it is recommended that the influencing factors are identified and eliminated, and nurses should not delay the ambulation time of patients.

Keywords: Ambulation, Anxiety, Depression, Pain, Patient Outcome

TEŞEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans eğitimim süresince teorik ve pratik anlamda kendisinden çok şey öğrendiğim, tezimin her aşamasında göstermiş olduğu titizlik ve özverili çalışması, emeği ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan çok kıymetli hocam ve danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sn. Kevser KARACABAY'a;

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde kıymetli zamanımı ayırıp tüm içtenliği, desteği ve bilgisiyle yol gösteren, önemli katkılar sağlayan çok değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Sn. Ayşegül SAVCI'ya;

Katkıları ve destekleri için jüri üyesi değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Sn. Aylin DURMAZ EDEER'e, Doç. Dr. Sn. Fatma VURAL'a ve Dr. Öğr. Üyesi Sn. Nigar ÇELİK'e;

İstatistiksel anlamda çalışmama destek veren biyoistatistik uzmanı Sn. Su Özgür'e;

KSBU Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticileri'ne ve değerli meslektaşlarım genel cerrahi servis hemşirelerine;

Çalışmaya gönüllü olarak katılarak bu araştırmanın gerçekleşmesini sağlayan tüm hastalarım;

Birlikte başladığımız bu yolda, desteği, motivasyonu ve enerjisiyle hep yanımda olan arkadaşım Selcan ATASEVEN TUĞRAN'a;

Hayatımın her aşamasında yanımda olan, bugünlere gelmemde maddi-manevi desteklerini esirgemeyen, varlıklarından güç aldığım canım babam Mehmet BAYRAM ve canım annem Sabahat BAYRAM'a;

Biricik kardeşim Şeyma KARABAŞ'a;

Bu çabamda destekleri, anlayışları, sabırları ve sevgileri için değerli eşim Zafer AKKAYA'ya, canım oğlum Eymen Melih'e ve bu süreçte hayatımıza katılan canım kızım Ece'ye;

Teşekkürlerimi bir borç bilirim....

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ÇİZELGELER LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİMLER	3
2.2. AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEM VE OLUŞABİLECEK HASTA SONUÇLARI	4
2.2.1. Ağrı.....	5
2.2.2. Solunum Sistemine Yönelik Sorunlar	9
2.2.3. Bulantı ve Kusma	11
2.2.4. Abdominal Distansiyon.....	12
2.2.5. İdrar Retansiyonu	12
2.2.6. Konstipasyon	13
2.2.7. Diyare	14
2.2.8. Yara İyileşmesinde Gecikme.....	14
2.2.9. Yara Açılması ve Eviserasyon	15
2.2.10. Anksiyete - Depresyon	16
2.2.11. Erken Ambulasyon ve Hemşirenin Rolü.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	22
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	22
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	22
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	23
3.4.1. Bağımsız Değişkenler.....	23

3.4.2. Bağımlı Değişkenler.....	23
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	23
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	23
3.7. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI.....	24
3.7.1. Hasta Tanılama Formu (EK-2).....	24
3.7.2. Hasta Sonuçları İzlem Formu (EK-3).....	25
3.7.3. Kısa Ağrı Envanteri (KAE) (EK-4).....	25
3.7.4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) (EK-5).....	26
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	27
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. HASTALARIN SOSYODEMEOGRAFİK VE KLİNİK DURUMLARINA GÖRE TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ.....	29
4.2. HASTALARIN AMELİYAT SONRASI AĞRI, ANKSİYETE VE DEPRESYON PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.....	33
5. TARTIŞMA.....	39
5.1. AMELİYAT SONRASI HASTALARIN SEMPTOM VE KATETER VARLIĞINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	39
5.2. AĞRI İLE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	42
5.3. ANKSİYETE VE DEPRESYON PUANINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	45
5.4. AMBULASYON SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
6.1. SONUÇLAR.....	51
6.2. ÖNERİLER.....	52
6.2.1. Sağlık Kurumuna Yönelik Öneriler.....	52
6.2.2. Hemşirelere Yönelik Öneriler.....	52
6.2.3. Araştırmacılara Yönelik Öneriler.....	52
7. KAYNAKLAR.....	54
8. EKLER.....	71
EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	71

EK-2. HASTA TANILAMA FORMU	72
EK-3. HASTA SONUÇLARI İZLEM FORMU	73
EK-4. KISA AĞRI ENVANTERİ	74
EK-5. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	76
EK-6. KSBU GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL İZNİ	77
EK-7 KÜTAHYA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN FORMU	78
EK-8. KSBU EVLİYA ÇELEBİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ KURUM İZNİ.....	79
EK-9. KISA AĞRI ENVANTERİ ÖLÇEK KULLANIM İZNİ.....	80
ÖZGEÇMİŞ.....	81

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 2.1. Uzamış Yatak İstirahatinin ve Erken Ambulasyonun Sistemler Üzerine Etkisi.....	18
Çizelge 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri (n=157)	29
Çizelge 4.2. Hastaların Geçirdikleri Ameliyata Göre Dağılımı (n=157).....	30
Çizelge 4.3. Hastaların Klinik Durumlarına Yönelik Tanımlayıcı Özellikler (n=157).....	31
Çizelge 4.4. Hastaların Ameliyat Sonrası Semptom ve Kateter Varlığının Dağılımı (n=157).....	32
Çizelge 4.5. Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı, Anksiyete ve Depresyon Puan Ortalamaları (n=157).....	33
Çizelge 4.6. Hastaların Ameliyat Sonrası Semptom ve Kateter Varlığının Son 24 Saatteki Ağrı Durumu Puan Ortalamaları İle Karşılaştırması (n=157)...	35
Çizelge 4.7. Hastaların Ameliyat Sonrası Semptom ve Kateter Varlığının Ambulasyon Zamanı Ortalamaları ile Karşılaştırması (n=157).....	36
Çizelge 4.8. Hastaların Ambulasyon Zamanı ile Ağrı, Anksiyete, Depresyon, Yaş, BKI, Anestezi Süresi, Hastanede Kalma Süresi İlişkisinin İncelenmesi (n=157).....	37
Çizelge 4.9. Hastaların Yaş, Anestezi Süresi ve Hastanede Kalış Süresinin Ambulasyon Zamanı Üzerindeki Etkisinin Regresyon Sonuçları.....	37

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1. ASA Sınıflandırması.....	4
Şekil 2.2. Dünya Sağlık Örgütü Analjezik Merdiveni.....	8



SİMGELER VE KISALTMALAR

ASA	American Society of Anesthesiologists
ASBK	Ameliyat sonrası bulantı kusma
BKI	Beden Kitle İndeksi
CA	Kanser
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HADÖ	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
HADÖ-A	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (Anksiyete)
HADÖ-D	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (Depresyon)
IASP	International Association for the Study of Pain
İM	İntramüsküler (kas içi)
İV	İntravenöz (damar içi)
KAE	Kısa Ağrı Envanteri
KSBÜ	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
NSAİİ	Non-steroid anti-inflamatuar ilaç
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi girişimler kontrollü travmalar olup, birey üzerinde stres yanıtı sebep olarak tüm sistemleri etkilemektedir (Özer, 2016). Cerrahi öncesi hastalarda anestezi kaygısı, ölüm riski, ağrıdan korkma, beden üzerinde denetimini kaybedeceği endişeleri yer almaktadır (Turhan, Avcı, & Özcengiz, 2012; Dayılar Candan, Oyur Çelik, Kamer, & Sarıççek, 2017). Bu girişimler hastaları yalnızca psikolojik olarak etkilemekle kalmayıp aynı zamanda komplikasyonlara neden olabileceğinden fizyolojik olarak da etkilemektedir. Cerrahi komplikasyonlar içinde ağrı, vital kapasitede azalma, konstipasyon, üriner sistem enfeksiyonu, ortostatik hipotansiyon, venöz tromboemboli, deri bütünlüğünde bozulma, yara iyileşmesinde gecikme, anksiyete ve depresyon yer almaktadır (Özkum İzveren & Dal, 2011; Yıldız Fındık, 2016; Uğurlu, Kula Şahin, Secginli, & Eti Aslan, 2017). Ameliyat sırasında ve iyileşme dönemindeki hareketsizlik, anestezi ve analjezikler bu komplikasyonların gelişmesine neden olan faktörler arasındadır. Özellikle ameliyat sonrası yatak istirahatinin uzaması kas kaybına, pulmoner fonksiyonlarda gerilemeye, gastrointestinal motilitenin başlamasında gecikmeye ve venöz tromboemboliye sebep olmaktadır (Özkum İzveren & Dal, 2011; Uğurlu, Kula Şahin, Secginli, & Eti Aslan, 2017). Bu komplikasyonlar, hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine, hastanede yatış süresinin uzamasına, morbidite ve mortalite oranlarında da artışa neden olmaktadır. Cerrahideki yeni yaklaşımlar ve kanıta dayalı çalışmalar erken ambulasyonla cerrahi iyileşmenin hızlanabileceğini, komplikasyonların büyük çoğunluğunun önlenebileceğini ve dolayısıyla morbidite-mortalite oranlarının azaltılabileceğini göstermiştir (Pashikanti & Ah, 2012; Kalisch, Lee, & Dabney, 2013; Demirhan & Gül, 2014; Abdikarim, ve ark, 2015). Ameliyat sonrası hastaların ilk altı saat içinde, major cerrahi geçiren yoğun bakım hastalarının ise yaşam bulguları stabil olmak kaydıyla, ilk 24 saat içerisinde ambulasyonunun sağlanması önerilmektedir (Ersoy & Gündoğdu, 2007; Demirhan & Gül, 2014; Vermişli & Çam, 2015; Uğurlu, Kula Şahin, Seçginli, & Eti Aslan, 2017; <http://eras.org.tr/page.php?id=10&saglikCalisani=true>). Ameliyat sonrası dönemde yatak istirahatinin uzamasının komplikasyonların gelişme riskini arttıran önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda; ameliyat sonrası ERAS protokolü doğrultusunda ilk 24 saatte erken ayağa kaldırılan hastaların hastanede kalış sürelerinin ve komplikasyon gelişme durumlarının geleneksel cerrahi grubuna göre

daha az olduğu belirtilmektedir (Çakabay, ve ark, 2011; Bozkırlı, ve ark, 2012; Öndeş Bayar, Bademci, Sözen, Tüzüner, & Karayalçın, 2013). Uğurlu, Kula Şahin, Seçginli, & Eti Aslan çalışmalarında hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte ayağa kaldırılmasının komplikasyonların önlenmesinde en önemli girişim olduğunu belirtmişlerdir (Uğurlu, Kula Şahin, Seçginli, & Eti Aslan, 2017). Pashikanti & Von Ah (2012) erken mobilizasyonun cerrahi hastalar üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmalarında; erken mobilizasyonun ağrıyı azalttığı, hasta konforunu arttırdığı ve hastanede kalış süresini azalttığı bildirilmiştir (Pashikanti & Von Ah, 2012).

Hastalar ameliyat sonrasında ağrı, düşme korkusu, sıvı tedavisi, dren ya da göğüs tüpü sebebiyle ayağa kalkmak ve hareket etmekte isteksiz olabilirler (Yolcu, Akın, & Durna, 2016). Erken ambulasyonun uygulanabilmesi için ambulasyonu olumsuz etkileyen faktörler ortadan kaldırılmalı ve hastaların ağrı şiddetinin on üzerinden dört ya da daha az olması sağlanmalıdır (Özalevli, 2015). Bu sebeple hastaların analjezik uygulama saatlerinin ambulasyon öncesinde planlanması ve mobilize olmaya teşvik edilmesi önerilmektedir (Solak Kabataş & Özbayır, 2016).

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma; açık abdominal cerrahi girişim uygulanan hastaların ambulasyon sürelerinin hasta sonuçlarına, anksiyete ve depresyona etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİMLER

Abdominal cerrahi girişimler mide, safra kesesi, karaciğer, dalak, pankreas, incebağırsak ve kalınbağırsakta ortaya çıkan hastalıkları kapsamaktadır. Ameliyat gerektiren başlıca hastalıklar ise, peptik ülser, mide CA (cancer=kanser), inflamatuvar hastalık (crohn hastalığı (regional enterit), apandisit), divertiküler hastalık, herniler, obstrüksiyonlar, tümörler, morbid obezite, safra taşları (kolelitiazis), psödokistler, dalak rüptürü, hipersplenizim, splenektomi, karaciğer travmaları, piyojenik karaciğer apsesi, kist hidatik ve karaciğer tümörleri, kolorektal kanserler, poliplerdir (Aktan, 2004; Karadakovan & Eti Aslan, 2010; Wahyuni, Wahyuni, Tarigan, & Syarifah, 2019). Hastanedeki cerrahi girişimlerin %70'i abdominal cerrahilerdir (Wahyuni, Wahyuni, Tarigan, & Syarifah, 2019).

Abdominal cerrahiler acil ya da elektif yapılan cerrahi girişimlerdendir. Bu girişimler laparoskopik veya açık yöntemle yapılabilir. Laparoskopik cerrahiler, kamera yardımıyla genel anestezi ile minimal insizyon kullanılarak abdomene müdahale edilen cerrahilerdir. Açık cerrahilere göre daha az girişimsel olması, daha az komplikasyonla karşılaşılması ve hastanede kalış süresini kısaltması yönünden tercih edilmektedir. Açık cerrahiler ise, minimal invaziv yaklaşımların uygun olmadığı vakalarda gerçekleştirilebilmektedir. Genel anestezi kullanılan bu cerrahilerde ameliyat süreleri daha uzun olmakta, komplikasyonlar daha sık görülmekte ve ameliyat sonrası iyileşme daha geç gerçekleşmektedir (Karadakovan & Eti Aslan, 2010; Yılmaz, Cartı, & Kandemir, 2016; Aykas & Karasu, 2018).

ASA SINIFLANDIRMASI	
ASA 1.	Normal, sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi patoloji dışında bir hastalık veya sistemik sorunu olmayan sağlıklı bir kişi.
ASA 2.	Cerrahi girişim gerektiren nedene veya başka bir hastalığa (hafif derecede anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, amfizem, şişmanlık, diyabet gibi) bağlı hafif bir sistemik bozukluğu olan kişi.
ASA 3.	Aktivitesini sınırlayan, ancak güçsüz bırakmayan hastalığı (hipovolemi, latent kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, ileri diyabet, sınırlı akciğer fonksiyonu gibi) olan kişi.
ASA 4.	Gücünü tamamen yitirmesine neden olup hayatına sürekli bir tehdit oluşturan bir hastalığı (şok, dekompanse kalp veya solunum sistemi hastalığı, böbrek, karaciğer yetmezliği gibi) olan kişi.
ASA 5.	Ameliyat olsa da olmasa da 24 saatten fazla yaşamayı beklenmeyen, son ümit olarak cerrahi girişim yapılan ölüm halindeki kişi.
ASA 6.	Yukarıdaki 5 gruba daha sonra bu grup eklenmiştir. Bu gruba da organ alınmaya uygun, beyin ölümü gelişmiş hastalar girmektedir.
* Acil cerrahi girişim gerektiğinde hastanın sınıflama numarasından sonra "E" harfi eklenmektedir.	

Şekil 2.1. ASA Sınıflandırması (<https://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/preoperatifdegerlendirme.pdf>).

Ameliyat öncesi dönemde hasta hazırlığı çok önemli bir basamaktır. Bu süreçteki hasta hazırlığında anesteziğin hastayı değerlendirmesi de yer almaktadır. ASA; Amerikan Anestezistler Derneği'nin, ameliyat öncesi hastaları fiziki sağlık durumlarına göre değerlendirerek sınıflandırdığı bir sistemdir. Bu değerlendirmede temel amaç morbiditeyi azaltıp, hastayı arzu edilen fonksiyonlarına mümkün olduğunca çabuk döndürmektir. Bu amaçla hastayla görüşüp fizik muayenesi yapılır ve anamnezi alınır, hastanın perioperatif riski değerlendirilir, anestezi işlem için bilgilendirilip onamı alınır ve bu bilgiler belgelendirilir. Buna göre anestezi yaklaşım ve özellikle monitorizasyon yöntemleri belirlenir (<https://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/preoperatifdegerlendirme.pdf>).

2.2. AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEM VE OLUŞABİLECEK HASTA SONUÇLARI

Erken ameliyat sonrası dönem, hastanın bilincinin açılmasıyla başlamakta olup hastanın ayağa kalkıp yürümesine kadar geçen dönemi yani 72 saatlik süreyi kapsamaktadır. Bu dönemde hastalar öz bakımını gerçekleştirmek için desteğe ihtiyaç duyarlar. Ayrıca komplikasyon gelişme riskinin varlığı da söz konusu olduğu için optimal hemşirelik bakımına gereksinim vardır (Taşdemir & Şenol Çelik, 2010; Özkum İzveren & Dal, 2011; Vermişli & Çam, 2015). Cerrahi girişimler kontrollü

travmalar olup, birey üzerinde yalnızca psikolojik değil aynı zamanda fizyolojik olarak da istenmeyen etkilere neden olabilmektedir. Tüm cerrahi girişimlerde komplikasyon gelişme durumu söz konusu olabilir. Yavaşcaoğlu ve ark (2009)'nın yaptığı çalışmada ağrının %43 ile en çok görülen komplikasyon olduğu, %31,8 ile bulantı kusma izlediği bildirilmektedir (Yavaşcaoğlu ve ark, 2009). Ameliyat sonrası komplikasyon gelişiminde etkili olan risk faktörleri yaş, obezite, malnütrisyon, dehidratasyon ve sıvı-elektrolit dengesizlikleri, kronik akciğer hastalığı varlığı, kalp yetmezliği, geçirilmiş myokard infarktüsü, renal yetmezlik, kronik karaciğer rahatsızlıkları, diyabetes mellitus, sigara ve alkol kullanımı, ameliyat süresinin uzun olması, ilaç kullanımı (kortikosteroid ve immunsupresif), etkisiz ağrı yönetimi, yetersiz yara bakımı, inaktivite (yetersiz/geçambulasyon) olarak bildirilmektedir (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010; Kerwel, ve ark, 2014; Saraçoğlu, ve ark, 2014). Abdominal cerrahi sonrası görülen komplikasyonların başında, pulmoner komplikasyonlar, ağrı, kanama, aritmi, ortostatik hipotansiyon, bulantı-kusma, parolitik ileus, üriner retansiyon, venöz tromboemboli, cerrahi alan enfeksiyonu olduğu bildirilmektedir (Kerwel, ve ark, 2014; Glaysher & Cresswell, 2017). Ayrıca ameliyat öncesi dönemde anksiyete, duygusal stres ve depresyonun ameliyat sonrası ağrı ve iyileşmede gecikme gibi komplikasyonlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Turhan, Avcı, & Özcengiz, 2012; Yıldız Fındık & Yıldızeli Topçu, 2012; Dayılar Candan, Oyur Çelik, Kamer, & Sarıççek, 2017). Hastalarda cerrahi sürecin komplikasyonsuz olarak tamamlanabilmesi için cerrahi girişimin başarılı olmasının yanı sıra hastanın ameliyat öncesi ve sonrası dönemde de risk faktörleri göz önünde bulundurularak komplikasyonların önlenmesine yönelik hasta bakımının sağlanması gerekmektedir.

2.2.1. Ağrı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatına (International Association for the Study of Pain= IASP) göre ağrı; gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili veya böyle bir hasara ilişkin olarak tarif edilen tatsız bir duygusal ve duygusal deneyimdir (<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>).

Ağrı üzerine çalışmalar yapmış ve mesleği hemşire olan Margo Mc Caffery (1968) ağrıyı; 'hasta ne tanımlıyorsa odur' olarak tanımlamıştır. Bu tanım ile ağrının

subjektif bir olgu olduğunu ve kişiden kişiye farklılıklar gösterebileceğini, hastaya inanılması gerektiğini anlatmıştır (Eti Aslan, 2010; Gök & Yavuz van Giersbergen, 2015; Pasero, 2018).

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayan ve yara iyileşmesi ile azalma göstermesi beklenen, kişiye, operasyona göre farklı şiddette olabilen akut bir olaydır (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010; Özkum İzveren & Dal, 2011; Gök & Yavuz van Giersbergen, 2015). Genellikle rahatsız edici olay ve cerrahi işlemin istenmeyen yan etkisi olarak algılanır (Mukiri, 2015). Ameliyat sonrası ağrı, akut ağrı ve kronik ağrı olarak ayrılabilir. Akut ağrı ameliyattan hemen sonra (yedi güne kadar) görülür. Ameliyattan sonra üç aydan fazla süren ağrı ise kronik ağrı olarak kabul edilir (Gupta, ve ark., 2010). Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası hastaların yaklaşık %50-90 oranında orta düzeyden şiddetliye doğru ağrı yaşadıkları bildirilmiştir (Yılmaz & Gürler, 2011; Wu & Raja, 2011; Ismail, Shahzad, & Shafiq, 2012).

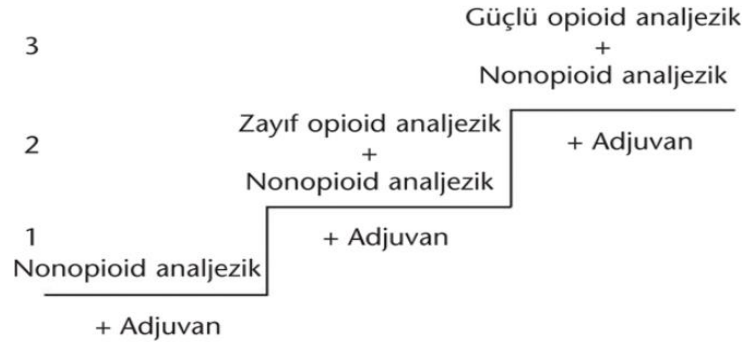
Abdominal ameliyatlarda, insizyonun diyafragmaya yakın olması ve abdominal alanda yoğun sinir ağrı nedeniyle ağrının şiddetinin dokuz olarak bildirildiği ameliyat türüdür (Meissner ve ark, 2015). Üst abdominal cerrahi girişim uygulanan hastaların, öksürürken ve yataktan kalkarken ameliyat yerindeki ağrıyı daha yoğun hissettiği ve ameliyat türü ile yaşanan ağrının birbiriyle ilişkili olduğu, hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı nedeniyle soluk alma, öksürme, hareket etme ve uyuma gibi aktiviteleri yapmakta zorlandıkları belirtilmiştir (Yılmaz, Gürler 2011). Buna bağlı olarak bireylerde pnömoni, derin ven trombozu, ileus, üriner retansiyon, anksiyete, korku gibi komplikasyon gelişme riski yüksektir (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010; Karadakovan & Eti Aslan, 2010; Yüceer, 2011; Meissner, ve ark, 2015). Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörler ameliyat sonrası ağrının önemli belirleyicilerindendir ve ağrı üzerindeki kontrol ve tolerans ile ilişkili önemli psikolojik faktörlerdendir (Mukiri, 2015). Dolayısıyla yetersiz ağrı kontrolü mortalitenin artmasına neden olabilir, bireylerin ambulasyonunu engelleyerek günlük aktivitelerine başlamalarını ve dolayısıyla iyileşmelerini geciktirir, yaşam kalitesinin düşmesine neden olur, hastanede kalış süresini uzatır ve hastane maliyetlerini yükseltir. Bununla birlikte yetersiz ağrı kontrolünün depresyon ve anksiyeteye de neden olduğu bildirilmektedir (Gupta, ve ark, 2010; Yüceer, 2011; Cimilli, 2001; Rodriques, Ravi, & Prabhu, 2013).

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma gibi kasıtlı ve somut bir nedenle ortaya çıkmasından dolayı normal olarak algılansa da, komplikasyonlara neden olduğu ve iyileşme sürecini uzattığı için mutlaka kontrol altına alınmalıdır (Yüceer, 2011; Strode, Seimane, & Biksane, 2012; Meissner, ve ark, 2015; Glowacki, 2015). Ameliyat sonrası ağrı yönetimi, derin solunum egzersizleri ve erken mobilizasyon ile desteklenen hastalarda daha az komplikasyon geliştiği vurgulanmıştır (Aktan, 2004). Özellikle büyük ameliyatlarda, optimal analjezi yönetimi ile etkili analjezi, erken ambulasyon ve bağırsak fonksiyonlarının erken dönemde geri gelmesi ve erken oral beslenme sağlanmalıdır (Gündoğdu, 2018). Ameliyat sonrası ağrı, iyileşme döneminin kalitesini ve uzunluğunu etkilediğinden dolayı, ağrı yönetimi ERAS'ın en önemli bileşenlerinden biridir. Multidisipliner bir yaklaşımla ağrının yönetimi için en uygun yöntem multimodel analjezi (multimodel analgesia = MA) olarak bildirilmektedir (Gelman ve ark, 2018). MA, analjeziyi sağlamak amacıyla ağrı yolu boyunca farklı reseptörleri hedefleyen birden fazla farmakolojik analjezik ilaç sınıfının kullanılması olarak tanımlanır (Schwenk & Mariano, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün kronik kanser ağrısında önerdiği analjezik kullanımında basamak yöntemi, bütün ağrı tedavilerinde kullanılan bir yöntemdir. Buna göre ağrı tedavisinde üç basamaklı analjezik kullanımı uygulanması önerilmektedir:

1. basamak: Non-opioid analjezikler (parasetamol, aspirin) + adjuvan ilaçlar
2. basamak: Zayıf opioidler (kodein, buprenorfin, tramadol) + non-opioidler (gerektiğinde) + adjuvan ilaçlar
3. basamak: Güçlü opioidler (morfin) + adjuvan ilaçlar

İlk basamaktaki ilaçların uygun dozda kullanılmalarına rağmen ağrı giderilmediyse ikinci basamağa, devam etmesi durumunda da üçüncü basamağa geçilmesi gerekmektedir (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Impaired_Access/en/).



Şekil 2.2. Dünya Sağlık Örgütü Analjezik Merdiveni

Akut ağrının birkaç gün içinde kaybolacağı ve ameliyat başarılı olduğu sürece, ameliyat sonrası akut ağrının da kısa sürede unutulacağı' şeklinde yanlış bir inanış vardır (Gupta, ve ark, 2010). Oysa ki, ameliyat sonrası etkili ağrı yönetiminin sağlanması hastaların en doğal hakkıdır (Mukiri, 2015). Ancak hasta kontrollü analjezi gibi tıp alanındaki gelişmelere rağmen, yetersiz ağrı tedavisi hastalar için yaygın bir sorundur (Özer, Akyürek, & Başbakkal, 2006; Ay & Alpar, 2010; Kiekkas, ve ark, 2015; Gan, Habib, Miller, White, & L. Apfelbaum, 2014; Erden, Akçalı, Bulut, & Babacan, 2015). Multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmesi gereken ağrı kontrolü bir ekip işidir ve hemşirelik uygulamalarının da önemli bir parçasıdır. Hemşire hasta ile birebir iletişimde olan, ağrısını değerlendiren, tedavisini uygulayan ve sonuçlarını değerlendiren kişi olarak bu ekipte vazgeçilmez bir role sahiptir (Ay & Alpar, 2010; Eti Aslan, Kula Şahin, Secginli, & Bübüloğlu, 2018). Bu kilit rolü hemşireyi diğer sağlık çalışanlarından farklı ve önemli kılmaktadır. Bu nedenle ağrı kontrolünde hemşirelerin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir. Fakat yetersiz eğitim, mevcut analjezik ilaçlarla ilişkili komplikasyon korkusu, zayıf ağrı değerlendirmesi ve personel sayısının yetersizliği gibi nedenlerle ameliyat sonrası ağrı yönetilememektedir (Gupta, ve ark, 2010). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ağrı yönetiminde hızlı ağrı kontrolü sağlamak istemeleri nedeniyle genellikle farmakolojik yöntemleri seçtikleri saptanmıştır (Yılmaz & Gürler, 2011; Acar, Acar, Demir, & Eti Aslan, 2016; Eti Aslan, Kula Şahin, Secginli, & Bübüloğlu, 2018). Ağrı yönetiminde farmakolojik ajanların yanında gevşeme, müzik dinleme, masaj, dikkati başka yöne çekme, sıcak/soğuk uygulamalar, transkutan elektriksel sinir uyarımı (transcutaneous electrical stimulation = TENS) gibi non farmakolojik yöntemlerin kullanılması da

önerilmektedir (Özveren, H., 2011; Yılmaz Şenyüz & Koçaşlı, 2017). İş yükünün fazla, hemşire sayısının yetersiz olması, zaman yetersizliği, malzeme eksikliği, hastaların bu yöntemlerin etkisine inanmaması ve hemşirelerin bu yöntemler hakkında yeterince bilgi ve deneyime sahip olmamaları gibi nedenlerle non farmakolojik yöntemleri uygulamadıkları bildirilmiştir (Yılmaz & Gürler, 2011; Özveren, Faydalı, & Özdemir, 2016; Mert & Göktaş, 2019; Sağkal Midilli, Eşer, & Yücel, 2019). Ayrıca hastaların hemşirelerin yalnızca ilaç uygulama rollerini bilmeleri nedeniyle non farmakolojik yöntemlere yönelik beklentilerinin olmadığı belirtilmektedir (Yılmaz & Gürler, 2011).

Ağrı tedavisinde önemli bir bölüm ağrının değerlendirilmesidir. Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli olmamaktadır. Ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerinin de bilinmesi gerekmektedir (Eti Aslan, 2010). Ağrının geçerli bir ölçek kullanılarak değerlendirilmesi ve uygulanan girişimlerin etkili olup olmadığının da kontrol edilmesi gerekmektedir (Meissner ve ark, 2015). Bunun yanı sıra ağrı değerlendirmesi; hasta hareket ederken, öksürürken, derin nefes alma egzersizleri yaparken de yapılmalıdır. Yılmaz ve Gürler (2011), hastaların ameliyat sonrası ağrı nedeniyle, %96.4’ünün öksürme, %78.3’ünün hareket etme, %53.6’sının uyuma ve %46.7’sinin soluk almada zorlandığını bildirmişlerdir (Yılmaz & Gürler, 2011). Hastalar ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeye cesaretlendirilmeli, ağrı ile baş etmede hastaya rehberlik edilmeli ve etkili ağrı yönetimi yapılarak aktivitelere katılmaları sağlanmalıdır (Ay & Alpar, 2010).

2.2.2. Solunum Sistemine Yönelik Sorunlar

Dünya çapında her yıl 230 milyondan fazla majör cerrahi gerçekleştiği tahmin edilmekte ve bu cerrahilerin ameliyat sonrası solunum sistemine yönelik komplikasyon insidansı %1 ila %23 arasında değişmektedir (Miskovic & Lumb, 2017). Yapılan cerrahi girişim, uygulanan anestezi türü ve hastaya ait ameliyat öncesi risk faktörleri (obesite, sigara, yaş, mevcut kronik akciğer hastalıkları) solunum sistemine yönelik komplikasyonlar için önemli rol oynamaktadır. Cerrahi girişimin süresi, cerrahi teknik ve insizyonun büyüklüğü de cerrahiye ait risk faktörleri

arasındadır (Kavalcı, Arar, Çolak, Turan, & Kavalcı, 2013; Saraçoğlu, ve ark, 2014). Cerrahi girişim sırasında sırtüstü pozisyon ve immobilizasyon süresinin uzun olması akciğerlerde sıvı göllenmesine ve fonksiyonel akciğerlerin fonksiyonel kapasitesinde azalmaya neden olmaktadır. Abdominal bölgedeki cerrahi insizyonun solunum kaslarının bütünlüğünü bozması, insizyon bölgesinin ağrısı, frenik sinir disfonksiyonu ve diyafram disfonksiyonu solunumun derinliğini azaltır. Solunum derinliğinin azalması, hipoksemi, atelektazi ve akciğer enfeksiyonu gibi sorunların gelişmesine neden olur (Yavuz van Giersbergen, Şahin Köze, Alkan, & Moradi Özkan, 2015; Durmaz Edeer, Sarıkaya, & Baksi, 2018). Ameliyat sonrası solunum sistemi komplikasyonları, önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Bu nedenle riskli vakaların ameliyat öncesi dönemde belirlenmesi önemlidir (Kavalcı, Arar, Çolak, Turan, & Kavalcı, 2013). Solunum sistemindeki değişiklikler genel anestezinin indüksiyonundan hemen sonra meydana gelir. Nöromüsküler bloker kullanan hastaların % 75'inde atelektazi geliştiği belirtilmiştir (Miskovic & Lumb, 2017). Atelektazi en sık rastlanan ameliyat sonrası solunum sistemi komplikasyonudur. Saraçoğlu ve arkadaşlarının (2014) yaptığı ameliyat sonrası solunum sistemi komplikasyonlarının gelişiminde rol alan prediktif faktörleri araştırdıkları çalışmalarında hastaların %54,5'inde atelektazi geliştiği bildirilmiştir (Saraçoğlu, ve ark, 2014).

Solunum sistemi komplikasyonlarının önlenmesine yönelik uygulanacak girişimler, ameliyat sırası koruyucu uygulamalara ek olarak ameliyat öncesi komorbiditelerin optimizasyonunun sağlanmasını, sigaranın bırakılmasını ve aneminin düzeltilmesini içerir. Bunun yanı sıra ameliyattan sonra nazogastrik tüplerden kaçınılmalı, ağrı en aza indirilmeli, erken ambulasyon ve göğüs fizyoterapisi sağlanmalıdır (Miskovic & Lumb, 2017). Yüksek riskli hastalar için ise, cerrahi girişimin süresi en aza indirilmelidir. Cerrahi girişimin ve anestezinin türü, hastaya ait ameliyat öncesi risk faktörleri (obesite, sigara, yaş, mevcut kronik akciğer hastalıkları) solunum sistemine yönelik komplikasyonlar için önemli rol oynamaktadır. Cerrahi girişimin süresi, cerrahi teknik ve insizyonun büyüklüğü de cerrahiye ait risk faktörleri arasındadır (Saraçoğlu ve ark, 2014). Cerrahi girişimin uzun olduğu operasyonlarda ameliyat sonrası komplikasyon riskinin arttığı belirtilmektedir (www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/13102014165328-1015.pdf).

2.2.3. Bulantı ve Kusma

Ameliyat sonrası bulantı kusma (ASBK), ameliyat sonrası ilk 24-48 saat içinde meydana gelen bulantı, öğürme veya kusma olarak tanımlanır (Pierre & Whelan, 2013; Choi, 2016). Kusma; mide ve ince bağırsak içeriğinin diyafragma ve karın kaslarının kasılması sonucu ağız yoluyla dışarı atılmasıdır. Öncesinde genellikle bulantı ortaya çıkar ve kusmayla birlikte devam eder (Yaman Aktaş, Gürçayır, & Atalay, 2018). ASBK; cerrahi ve anestezi ile ilgili en yaygın problemlerden biri olup hasta memnuniyetsizliğinin ve rahatsızlığının başlıca sebebidir (Smith, Smith & Smith, 2012; Choi, 2016; Bilgen, ve ark, 2018). Yavaşçaoğlu ve ark. (2009), tarafından yapılan retrospektif çalışmada hastalarda ağrıdan sonra en sık görülen komplikasyonun bulantı-kusma (%31,8) olduğu belirtilmiştir (Yavaşçaoğlu ve ark (2009). ASBK insidansının, yüksek riskli cerrahi hastalarında % 80'e kadar arttığı bildirilmiştir (Pierre & Whelan, 2013; Choi, 2016; Bilgen, ve ark, 2018).

ASBK'ya neden olan faktörler; yaş, cinsiyet (kadın), obezite, bulantı-kusmaya yatkınlık, sigara kullanımı, cerrahinin şekli ve süresi, inhalasyonel anestezi ajanlarının ve azot oksitinin kullanımı, ameliyat sonrası opioidlerin kullanımı, yüksek anksiyete, hareket kısıtlılığı ve ameliyat sonrası ağrı yoğunluğu olarak bildirilmektedir (Chatterjee, Rudra & Sengupta, 2011; Bilgen, ve ark, 2018). Ağrı, ASBK'nin yaygın bir nedenidir. Ani hareketler ve pozisyon değişiklikleri opioid alan hastalarda bulantı ve kusmayı hızlandırabilir (Shaikh, Nagarekha, Hegade, & Marutheesh, 2016).

ASBK hastalarda; aspirasyon, dehidratasyon, hemoraji, özofagus rüptürü ve eviserasyona neden olması sebebiyle hastanede kalış süresini uzatarak maliyetlerin artmasına neden olmaktadır (Smith, Smith & Smith, 2012; Apfel, ve ark, 2012; Shaikh, Nagarekha, Hegade, & Marutheesh, 2016). Bunun yanı sıra bulantı kusma kontrol edilmediği takdirde hastada konforda ve yaşam kalitesinde bozulma gibi problemlerle de karşı karşıya kalınabilir (Aygin, 2016). Ayrıca hastaların erken dönemde oral beslenmelerini engelleyen ve dolayısıyla iyileşme sürecini olumsuz etkileyen bir komplikasyon olduğu için mutlaka önlenmelidir. ASBK'nın önlenmesinde kanıta dayalı yaklaşımlar, bulantı kusma ile ilişkili risk faktörleri belirlenmeli (geçerli bir ölçek kullanılarak risk belirlenmeli) ve temel risk faktörleri azaltılmalı, yönetilebilmesi için farmakolojik ve non farmakolojik yöntemlerin

kullanılması bildirilmektedir (Lee & Fan, 2011; Aslan ve ark, 2011; Apfel, ve ark, 2012). Ayrıca antiemetiklerin kullanılmasının yanı sıra perioperatif dönemde kusmayı uyaran ilaçların kullanımından da kaçınılması gerektiği bildirilmektedir (www.eras.org.tr/news.php?id=3). Hemşirelik bakımında amaç; bulantı kusmanın en aza indirilmesi, sıvı elektrolit düzeylerinin normal sınırlarda tutulması, hastanın bir an önce normal sıvı ve gıda alımına dönmesidir. Şiddetli kusması olanlarda dehidratasyonun önlenmesi amacıyla oral alım sağlanamıyorsa parenteral sıvı ve elektrolit tedavisi uygulanmalıdır (Aygin, 2016).

2.2.4. Abdominal Distansiyon

Abdominal distansiyon; ameliyat sonrası erken dönemde, hastaların mide ve bağırsaklarında sıvı ve gaz birikimi sonucu genişlemeye bağlı olarak gelişir. Abdominal distansiyonun gelişmesine neden olan faktörler arasında; stres tepkisi, genel anestezi, abdominal bölgeye yapılan cerrahi girişim, travma ve narkotik analjezik kullanımı yer almaktadır. Ayrıca ameliyat sırasında bağırsakların elle tutulması distansiyon oluşumuna neden olmaktadır (Taşdemir & Şenol Çelik, 2010; Özkum İzveren & Dal, 2011).

Abdominal distansiyon, hastada ağrıda artış, yara iyileşmesinde bozulma, pulmoner komplikasyonlara, bulantı, kusmaya ve erken ambulasyonun gecikmesine neden olmaktadır. Buna bağlı olarak da hastanın hastanede kalış süresini uzatır. Ameliyat sonrası erken dönemde hastanın ambulasyonu abdominal distansiyonu azaltır (Story & Chamberlain, 2009; Kuş, 2012).

2.2.5. İdrar Retansiyonu

İdrar retansiyonu; hastanın mesanesinin dolu olmasına rağmen idrar yapamaması durumudur. Böylelikle mesanede idrar birikir, mesane duvarı gerilir, simfizis pubis üzerindeki basınç hissi hastada huzursuzluk ve sıkıntı nedenidir (Sarı, 2015; Yaban & Karaöz, 2016).

Genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası üriner retansiyon gelişme oranı % 38 olarak ifade edilmektedir (Yaban & Karaöz, 2016). Üriner retansiyon oluşumu anestezi tipi, cerrahinin tipi ve süresi, intraoperatif uygulanan sıvıların hacimleri, altta yatan komorbiditeler, ağrının varlığı, hastanın anksiyetesi ve perioperatif dönemde kullanılan ilaçlar gibi çeşitli nedenlere bağlı olabilir. Tedavi edilmediği takdirde akut

böbrek hasarı ve detrusor kas hasarı ile mesanenin aşırı gerilmesine yol açabilir. İdrar yolu enfeksiyonu, deliryum, kardiyak aritmi vb. gibi hastalıklara neden olabilir (Jackson, ve ark, 2018; Agrawal, Majhi, & Garg, 2019). Tüm bu komplikasyonlar da hastanın hastanede kalış süresinde artışa neden olabilir (Yaban & Karaöz, 2016).

Cerrahi sonrası hemşirelerin boşaltım fonksiyonunun sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde önemli sorumlulukları vardır. Hemşirelik girişimleriyle hasta rahatlatılır ve ağrısı giderilir, mesane distansiyonu belirtileri açısından gözlemlenir. Hastanın hidrasyonu değerlendirilir, oral, İV yeterli sıvı alımı sağlanır. Böbrek fonksiyonları açısından saatlik idrar miktarı yakından izlenir (Smeltzer S. , Bare, Hinkle, & Cheever, 2010). Tüm uygulamalara rağmen hastada idrar çıkışının olmaması durumunda üriner kateter uygulanır. Kateterler idrar yolu enfeksiyonlarının başlıca nedenleri oldukları için, uzun süre kalmaları önlenmeli ve hastalar enfeksiyon belirtileri açısından gözlemlenmeli, bol sıvı almaları ve aldığı-çıkarıldığı sıvı takibinin yapılması sağlanmalıdır (Eti Aslan, 2010; Sarı, 2015; Gündoğdu, 2018). Bu uygulamalar hastanın hastanede geçirdiği süreyi kısaltmak için çok önemlidir. Hastaları ayağa kaldırmak mesane içindeki basıncı üretraya yönlendirdiğinden idrara çıkmayı kolaylaştırabilir, bundan dolayı hastaların erken ambulasyonunu sağlamak üriner retansiyon insidansını azaltmada yararlı bir uygulamadır (Yaban & Karaöz, 2016).

2.2.6. Konstipasyon

Konstipasyon; karın ağrısı, şişkinlik, kramplar, bulantı, kusma ve yetersiz beslenme gibi şikayetlere neden olabilen klinik bir problemdir (Karadağ Arlı, 2019). Karın cerrahisi geçiren hastalarda fizyolojik ve psikolojik nedenlerle ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde sık görülen bir problemdir (Demir, 2019).

Ameliyat sonrası dönemde defekasyon hissinin bastırılması, sürgü/ördek kullanma zorunluluğu, hastaların rahatsızlığını ifade etmekte güçlük çekmesi, ağrının varlığı-şiddeti-süresi, ağrı yönetiminde kullanılan analjezik ilaçlar (opioid ve nonopioid ajanlar), ameliyat sırasında bağırsakların elle tutulması, cerrahi girişim sonrası bağırsak hareketleri başlayıncaya kadar oral gıda alımının olmaması nedeniyle bağırsakların uzun süre boş kalması, cerrahi sonrası erken dönemde rejim I ve II özellikteki diyetin olması, yetersiz sıvı alımı ve en önemlisi immobilizasyon

hastalarda boşaltım sorunlarının gelişimine neden olabilmektedir (Yetkin & Kara, 1998; Büyükyılmaz & Şendir, 2009; Özkum İzveren & Dal, 2011; Ucuzal & Aldanmaz, 2015; Arı & Yılmaz, 2016; Karadağ Arlı, 2019). Yaşlı bireylerde ve cerrahi girişimden önceki bağırsak alışkanlığı konstipe olanlarda, cerrahi sonrası kontipasyon gelişme riski yüksektir (Yetkin & Kara, 1998).

Konstipasyona bağlı olarak karın içi basınç artar, diyafragma hareketleri, solunum sistemi ve kalp olumsuz yönde etkilenerek komplikasyon gelişme riski artar ve iyileşme süreci de olumsuz etkilenir, hastanede kalış süresinin uzamasına ve maliyetin artmasına neden olur (Rasmussen & Pedersen, 2009; Ucuzal & Aldanmaz, 2015; Karadağ Arlı, 2019).

Hemşireler, ameliyat sonrası dönemde konstipasyon sorununun önlenmesi için erken ambulasyon, yatak içinde dönme ve bacak egzersizleri, posadan zengin yiyeceklerin diyeteye eklenmesi, sıvı alımının artırılması vb. uygun hemşirelik girişimlerini uygulamalıdır (Büyükyılmaz & Şendir, 2009; Eti Aslan, 2010). Konstipasyon yönetiminde non farmakolojik yöntemlerden biri olan abdominal masaj, hemşirenin bağımsız girişimlerindedir. Saat yönünde manevralar yapılarak uygulan masaj peristaltik hareketleri artırarak defekasyon sıklığını artırır, abdominal distansiyonu azaltarak kişinin rahatlamasını sağlar (Turan & Atabek Aştı, 2015).

2.2.7. Diyare

Cerrahi girişim geçiren hastalarda cerrahinin türü (mide-barsak ameliyatları vb.), tedavi süresince kullanılan ilaçlar (analjezik ajanlar, antibiyotikler, kemoterapotik ajanlar, tiroid ajanları, antiasitler vb.), anksiyete ve laksatiflerin aşırı kullanımı diyareye neden olabilmektedir (Büyükyılmaz & Şendir, 2009).

Ameliyat sonrası diyare, sıvı-elektrolit kaybına neden olarak hastanede kalış süresinin uzamasına dolayısıyla morbidite ve mortalitenin artmasına neden olabilmektedir (Zhao, ve ark, 2017).

2.2.8. Yara İyileşmesinde Gecikme

Yaranın iyileşme süreci yaranın derinliğine, genişliğine, iyileşme sürecindeki yetersizliklere, bireyin beslenmesine, yaşına göre farklılıklar gösterirler. Bunun yanı sıra yara iyileşmesini etkileyen faktörler; cerrahi teknik, cerrahi girişim yapılacak

bölgenin hazırlanma şekli, ilaçlar, sigara-alkol kullanımı, diyabet, hastanede yatış süresi olarak sayılabilir (Teke Gençtürk, 2015; Öğce, 2015).

Abdominal cerrahide kullanılan longitudinal insizyonların, transvers ya da eğri insizyonlara kıyasla ameliyat sonrası ağrı ve solunum komplikasyonlarında artışa neden olduğu bildirilmektedir (Burger, Van't Riet, & Jeekel, 2002). ERAS protokollerine göre mümkün olan en kısa kesinin kullanılması önerilmektedir (www.eras.org.tr/news.php?id=3).

Cerrahi sonrası ilk pansuman değişimi, genellikle ameliyattan 24-48 saat sonra gerçekleşir. Pansumanında herhangi bir akıntı yoksa açılmamalı ve pansuman değişiklikleri aseptik tekniklere uygun yapılmalıdır (Eti Aslan, 2010; Teke Gençtürk, 2015).

Ameliyat sonrasında en sık görülen komplikasyonlardan biri kanamadır. Kanama riski nedeni ile hemşire; hastanın yaşam bulgularını uygun sıklıkta takip etmeli, ameliyat yerini kanama açısından değerlendirmeli ve drenaj gelen drenaj miktarını belirli aralıklarla takip etmelidir (Durmaz A. , 2012).

2.2.9. Yara Açılması ve Eviserasyon

Yara açılması; ameliyat yarasının birleşim yerinde açıklık olmasıdır. Eviserasyon ise; yaranın aşırı zorlanması nedeniyle insizyon yerinden iç organların dışarı çıkmasıdır. İnsidansı % 0.4 ila % 3.5 arasında değişmektedir. Perioperatif bakım ve suture materyallerindeki ilerlemelere rağmen, abdominal bölgedeki insizyonun açılmasıyla ilgili insidans ve mortalite oranları son yıllarda önemli ölçüde değişiklik göstermemiştir (van Ramshorst, ve ark, 2010). Yara açılması ve eviserasyon kronik hastalığı olan, beslenmesi bozuk, zayıf ya da obez ve yaşlı hastalarda daha sık görülmektedir. Yara açılmasında, öksürük ve kusma nedeniyle dikişlerin aşırı derecede gerilmesi de rol oynar. Bunun için hasta öksürürken insizyon yerini desteklemeli, hastanın yeterli sıvı ve besin alması sağlanmalıdır. Pansumanlar değiştirilirken aseptik tekniklere uyulmalı, insizyon bölgesi enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden gözlemlenmelidir (Eti Aslan, 2010; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010; Nancharaiah, Prasad, & Venkateswarulu, 2018).

2.2.10. Anksiyete - Depresyon

Hastanede yatma ve cerrahi girişim geçirme, hasta için psikolojik bir stres kaynağıdır. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı önemlidir (Yavuz, 2010). Cerrahi girişimler hastalarda anestezi kaygısı, ölüm riski, ağrıdan korkma, bedenin zarar göreceği ve acı çekeceği, beden üzerinde denetimini kaybedeceği endişelerine neden olmaktadır (Cimilli, 2001; Turhan, Avcı, & Özcengiz, 2012; Scott, ve ark, 2015; Özer, 2016; Dayılar Candan, Oyur Çelik, Kamer, & Sarıçiçek, 2017). Bunun yanı sıra ameliyatın hasta için önemi, ameliyatla ilgili bilgi yetersizliğine bağlı bilinmeyen korkusu, olası olumsuz sonuçlar, ameliyat sonrası ağrı, aileden uzak bir çevrede bulunmak ve çeşitli tıbbi uygulamalar da anksiyete nedenleri arasında yer almaktadır (Cimilli, 2001; Yıldız Fındık & Yıldızeli Topçu, 2012; Özer, 2016).

Ameliyat öncesi anksiyete; ameliyat esnasında daha fazla anestetik madde kullanılmasına, ameliyat sonrası ağrının ve buna bağlı olarak analjezik ihtiyacının artmasına, daha fazla komplikasyonun (bulantı, kusma, yorgunluk, taşikardi, solunum sistemi problemleri vb.) ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla hastanede kalış süresini uzatarak iyileşmeyi, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Jawaid, Mushtaq, Mukhtar, & Khan, 2007; Turhan, Avcı, & Özcengiz, 2012). Özellikle bireylerin beden imajında değişikliğe neden olabilecek cerrahi işlem durumu söz konusu ise hastalarda sosyal izolasyon, hatta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların da görülebileceği bildirilmektedir (Dayılar Candan, Oyur Çelik, Kamer, & Sarıçiçek, 2017). Ameliyat olmak üzere yatan hastaların depresyon düzeyleri, tıbbi tedavi amaçlı olarak yatanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastaların hastanede yatma süreleri arttıkça depresyon ortalama puanlarının da arttığı bildirilmektedir (Ofraz & Varol, 2010). Ameliyat öncesi süreçte yetersiz psikolojik hazırlık, hastanın cerrahi strese uyum gösterememesi ile sonuçlanabilmektedir (Karadağ Arlı, 2017). Bu nedenle fiziksel hastalığa eşlik eden anksiyete ve depresyonun erken tanınması ve zamanında müdahale edilmesi önemlidir (Başak ve ark, 2015). Burada yine hastayla birebir ilişki içinde olan hemşirelere önemli rol düşmektedir. İyi bir hemşirelik bakımı hastanın hissettiği anksiyeteyi minimum seviyeye indirmede etkilidir (Yavuz, 2010). Hemşire ameliyata ilişkin gerekli açıklamalar yaparak hastayı desteklemelidir ve ameliyat öncesi hastanın yaşadığı korkuyu gidermeye çalışmalıdır. Ameliyat öncesi yüksek anksiyeteye sahip

olan hastalar belirlendiğinde; bilgilendirme yolu ile endişeleri azaltılmalı ve ameliyat öncesi premedikasyon işlemi ile anksiyete düzeyleri azaltılmalıdır (Taşdemir, Erakgün, Deniz, & Çertuğ, 2013). Ayrıca hasta anksiyete yönünden değerlendirilirken hastaya endişeli olup olmadığını sormak yerine endişelerinin neler olduğunu sormak; endişenin olması beklenen bir duygu olduğu mesajını vermek, hastanın duygularını paylaşmasını kolaylaştırmaktadır (Cimilli, 2001; Karadağ Arlı, 2017).

2.2.11. Erken Ambulasyon ve Hemşirenin Rolü

Ambulasyon; ayağa kalkma; yürüme, dolaşma; özellikle ameliyattan sonra hastanın ayağa kalkıp dolaşmasıdır. Erken ambulasyon ise; hastaların mümkün olan en erken dönemde mobilizasyonlarının yapıp hastanede kalış süresini kısaltmak olarak tanımlanmıştır (Çınar, 2005; Mahmudova & Candan Dönmez, 2018).

Ameliyat sonrası dönemde yatak istirahatinin uzamasının komplikasyonların gelişme riskini arttıran önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Taşdemir & Şenol Çelik, 2010; Karadakovan & Eti Aslan, 2010; Özkum İzveren & Dal, 2011; Pashikanti & Von Ah, 2012; Rodriques, Ravu, & Prabhu, 2013; Kalisch, Lee, & Dabney, 2013; Vermişli & Çam, 2015; Scott, ve ark, 2015; Uğurlu, Kula Şahin, Seçginli, & Eti Aslan, 2017; Ahmed Mersal, Ahmed Mersal, & Ahmed Hussein, 2017; Miwa, ve ark, 2017). (Çizelge 2.1).

Hastanın erken dönemde ayağa kaldırılmasıyla ameliyat ile ilişkili kardiyovasküler ve solunum sistemi komplikasyonları azalır, yara iyileşmesi ve bağırsak peristaltizmi desteklenir, tromboflebit gelişimi önlenir ve hastanın kısa sürede kendi bakımının sorumluluğunu alması sağlanır (Nesbitt, ve ark., 2012; Yolcu, Akın, & Durna, 2016; Miwa, ve ark, 2017). (Çizelge 2.1).

Çizelge 2.1. Uzamış Yatak İstirahatinin ve Erken Ambulasyonun Sistemler Üzerine Etkisi

<i>Sistemler</i>	<i>Ameliyat Sonrası Uzamış Yatak İstirahatinin Etkisi</i>	<i>Erken Ambulasyonun Etkisi</i>
<i>Solunum Sistemi</i>	Vital kapasitede azalma, Atelektazi Hipoksi, Sekresyonda artma, Pulmoner konjesyon, Pulmoner emboli Pnömoni	Fonksiyonel kapasitede artma, Solunum fonksiyonlarında düzelme, Sekresyonların atılmasını kolaylaştırma, Akciğer enfeksiyonu önleme, Venöz tromboemboli - pulmoner emboliyi önlenme,
<i>Gastrointestinal Sistem</i>	Gastrik sekresyon azalma, GİS motilitesinde gecikme, Paralitik ileus, Konstipasyon, Karın ağrısı, Fekal tıkaç oluşumu,	GİS fonksiyonlarında artma, Peristaltizmde artma, Abdominal distansiyon azalma, Defekasyon alışkanlığında düzelme, Erken oral beslenmeye geçiş,
<i>Üriner Sistem</i>	Üriner sistem enfeksiyonu, Üriner sistem atonisi, Üriner retansiyon, Böbrek taşı,	İdrar akışını sağlama, Üriner sistem enfeksiyonunu önleme, Böbrek taşı oluşumunu önleme,
<i>Kas-İskelet Sistemi</i>	Kas ağrıları, Kaslarda zayıflama, Kas atrofileri Tendonlarda zayıflama, Kemik demineralizasyonu, Osteoporoz riski Patolojik kırık Eklem kontraktürleri, Ortostatik hipotansiyon,	Kas kontraksiyonunda artma Kas atrofilerini önleme, Eklem hareket açıklığında artma, Sırt ağrılarında azalma, Osteoporozu önleme, Patolojik kırığı önleme, Eklem kontraktürlerini önleme, Uygun postürü sürdürebilme, Miyokardiyal oksijen tüketiminde azalma,
<i>Kardiyovasküler Sistem</i>	Aktivite intoleransı, Kalp yükünde artma, Venöz tromboemboli	Venöz dönüşte artma, Venöz tromboemboliyi önleme,
<i>Deri</i>	Deri bütünlüğünde bozulma Basınç yaraları, Yara iyileşmesinde gecikme ve enfeksiyon	Yara iyileşmesinde hızlanma, Basınç yaralarının önlenmesi, Yara yeri enfeksiyonunun önlenmesi
<i>Psikososyal</i>	Korku (düşme, yük olma, ağrı) Endişe Öfke Anksiyete, Depresyon	İyileşme sürecinde hızlanma Hastanede yatış süresinde azalma Kendine güvende artma, Anksiyete ve depresyonun önlenmesi

*Çizelge araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayanarak oluşturulmuştur.

Bunun yanı sıra erken ambulasyon uygulanan hastaların hastanede kalış sürelerinin kısaldığı, hastane enfeksiyonları ve hastane maliyetlerinin, morbidite ve mortalite oranlarının azaldığı bildirilmiştir (Nesbitt, ve ark, 2012; Miwa, ve ark., 2017; Pokharel & Adhikari, 2017). Kuru ve Olçar (2020) çalışmalarında erken ambulasyonun ameliyat sonrası ağrı üzerinde de olumlu bir etkiye sahip olduğunu ve hastanede kalış süresini azalttığını bildirmişlerdir (Kuru & Olçar, 2020).

Erken ambulasyon, hareketsizlikle ilişkili komplikasyonları önlemek ve iyileşmeyi hızlandırmak için etkili bir hemşirelik müdahalesi olarak önerilmektedir. Bu nedenle hemşirelik bakım uygulamalarının temel parçasıdır (Morris, Benetti, Marro, & Rosenthal, 2010; Kibler, ve ark, 2012; Nesbitt, ve ark, 2012; Pashikanti & Von Ah, 2012). Cerrahi nedeniyle gelişebilecek komplikasyonları minimum seviyeye indirmek için yapılacak uygulamalardan biri de hastanın mümkün olan en kısa zamanda ambulasyonunun sağlanmasıdır.

Erken ayağa kaldırma; cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS) olarak adlandırılan protokoller kapsamında da önemli bir bileşen olarak yer almaktadır (Kibler, ve ark, 2012; Dolgun, ve ark, 2017). ERAS protokolüne göre hastanın ameliyat olduğu gün iki saat, diğer günlerde ise en az altı saat yatak dışında mobilize olması sağlanmalıdır. Ayrıca radikal cerrahi geçiren yoğun bakım hastalarının bile yaşam bulguları stabil olmak kaydıyla ilk 24 saat içerisinde mobilize edilmesi önerilmektedir (Ersoy & Gündoğdu, 2007; Demirhan & Gül, 2014; Vermişli & Çam, 2015; Uğurlu, Kula Şahin, Seçginli, & Eti Aslan, 2017; <http://eras.org.tr/news.php?id=3>).

Hastaların ayağa kaldırılması için belirlenmiş kesin bir süre yoktur. Fakat hasta üzerindeki olumlu etkilerine dayanarak, ameliyat sonrası dönemin kalitesini artıdığından dolayı mümkün olan en kısa sürede hastaların ayağa kaldırılmaları hasta bakımında çok önemlidir ve birçok hasta ameliyat günü ayağa kaldırılabilir (Aktan, 2004; Dolgun, Yavuz van Giersbergen, Aslan, & Altınbaş, 2017).

Abdominal cerrahi girişim geçiren hastalar özellikle ameliyat sonrası erken dönemde, harekete bağlı olarak gelişebilecek ağrı ve insizyon bölgesinin zarar görebileceği korkusu nedeni ile hareket etmede isteksiz olabilmekte ve ağrı nedeniyle zorlandıkları aktivitelerden kaçınmaktadırlar (Morris, Benetti, Maro, & Rosenthal, 2010; Kalisch, Lee, & Dabney, 2013). Çalışmalarda; hastalarda erken ambulasyonun uygulanabilmesi için ağrı şiddeti skalasının dört puan ve altında olması gerekliliğinden bahsedilmektedir (Özalevli, 2015; Uğurlu, Kula Şahin, Seçginli, & Eti Aslan, 2017). Ayrıca sıvı tedavisi, dren ya da göğüs tüpünün varlığı gibi nedenler de ameliyat sonrası hastanın ayağa kalkmakta zorlanmasına neden olabilmektedir (Nesbitt, ve ark, 2012; Yolcu, Akın, & Durna, 2016). Yapılan çalışmalarda hastaların tedavi sürecinde

ambulasyonun önemli ölçüde geciktirildiği ya da ihmal edildiği de bildirilmektedir (Kalisch, Lee, & Dabney, 2013). Ameliyat sonrası erken dönemde hasta ambulasyonunun sağlanamamasının bir diğer nedeni de hemşire sayısının yetersizliğidir. Ameliyat sonrası ilk ambulasyon saati ile ilgili farklı görüşlerin olması ve yetersiz personel sayısı gibi nedenler dolayısıyla hastaların ameliyat sonrası ambulasyonu geç döneme kalmaktadır (Vermişli & Çam, 2015).

Erken ambulasyonun sağlanması için hastanın ağrısının kesilmesi, bulantı ve kusmanın önlenmesi, erken enteral beslenmenin sağlanması, cesaretlendirilmesi ve hareket edebileceği fiziksel şartların oluşturulması gerekmektedir (Demirhan & Gül, 2014; Solak Kabataş & Özbayır, 2016; Arıcı & Taştan, 2018). Böylece hasta erken dönemde fiziksel aktivitesini yeniden kazanır ve iyileşme süreci hızlanmış olur (Özkum İzveren & Dal, 2011).

Ameliyat sonrası yataktan kaldırmadan önce hastanın yaşam bulguları değerlendirilmeli, uygun ise hasta ambulasyon için hazırlanmalıdır. Cerrahi bölgedeki ağrıyı azaltmak için önce yan yatırılıp sonra kademeli olarak yavaşça kaldırılmalıdır (Aktan, 2004). Hastanın yaşam bulguları uygun olsa bile ameliyat sonrası yataktan ilk kalkmaya bağlı olarak hastada baş dönmesi, ortostatik hipotansiyon olabilir ve senkop gelişebilir. Bunu önlemek için yatak içinde hasta önce yarı-fowler pozisyonuna daha sonra tam fowler pozisyonuna getirilmeli, sonrasında yatakta oturtularak aşamalı ambulasyona hazırlanmalıdır. Bu hazırlığa rağmen baş dönmesi tanımlayan hastalar yataktan kaldırılmaz, yatak kenarında oturtulur ve ambulasyona ara verilir. Hastanın kendini iyi hissettiği bir zamanda tekrar aşamalı olarak mobilize olması sağlanır (Erdil & Özhan Elbaş, 2016). İlk ambulasyonda hastaya eşlik edilmeli ve hasta desteklenmelidir (Eti Aslan, 2010).

Abdominal kemer/korse (binder), karnı çevreleyen ve insizyonu destekleyen geniş bir kemerdur. Kullanımlarıyla ilgili yeterli kanıt olmamasına rağmen, yapılan bazı çalışmalarda olumlu sonuçlar bildirilmiştir Rothman (2014) ve Arıcı ve ark. (2015)'nin ameliyat sonrası dönemde abdominal kemer/korse kullanımının etkinliğini araştıran çalışmalarında, cerrahi sonrası abdominal kemer/korse kullanılmasının ağrı kontrolü ve hasta ambulasyonu üzerinde olumlu etkilere sahip olduğunu

bildirmişlerdir (Rothman, Gunnarsson, & Bisgaard, 2014; Arıcı ve ark., 2015).
Konuyla ilgili farklı çalışmalara ihtiyaç vardır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, açık abdominal cerrahi uygulanan hastaların ambulasyon sürelerinin hasta sonuçlarına, anksiyete ve depresyona etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma KSBÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde 15.02.2019- 30.10.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. KSBÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ek hizmet binaları ile birlikte toplam 950 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanenin genel cerrahi 1 ve 2 servislerinde toplam 59 yatak olup, 23 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Genel Cerrahi 1 ve 2 kliniklerinde açık abdominal cerrahi girişim geçiren hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma verilerinin toplanacağı zaman aralığında çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan hastalar araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Örneklem, bir yıl önceki aynı tarih aralığında açık abdominal cerrahi girişim geçiren hasta sayısı (350) kullanılarak %80 güç, %95 güven aralığı ve 0.05 hata payı olacak şekilde örneklem sayısı hesaplandığında 140 hasta bulunmuştur (Sümbüloğlu, 1998). Dahil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 157 hasta araştırmanın örneklem sayısını oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde olma
- Sözel iletişim kurabilme
- Cerrahi girişim sonrası en az 24 saat hastanede yatma
- Ambulasyonu etkileyecek kas iskelet sistemi ile ilişkili ve nörolojik bir hastalık tanısı almamış olması (inme, hemipleji, serebro vasküler olay, multiple sklerozis vb.)

Araştırmanın Dışlanma Kriterleri:

- ASA skoru 4 ve üzeri olma

- Laparoskopik girişim geçirmiş olma
- 72 saatten uzun süre hastanede yatma

3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.4.1. Bağımsız Değişkenler

- ✓ Sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi),
- ✓ Ambulasyon süresi,

3.4.2. Bağımlı Değişkenler

- ✓ Hasta sonuçları (üriner retansiyon, abdominal distansiyon, bulantı kusma, konstipasyon, oksijen satürasyonu)
- ✓ Ağrı puanı,
- ✓ Anksiyete ve depresyon puanları

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Açık abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların ambulasyon süreleri ile sosyodemografik özellikleri arasında ilişki vardır.

H2: Açık abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların ambulasyon süreleri ile anksiyete puanları arasında ilişki vardır.

H3: Açık abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların ambulasyon süreleri ile depresyon puanları arasında ilişki vardır.

H4: Açık abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların ağrı puanları ile ambulasyon süreleri arasında ilişki vardır.

H5: Açık abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların hasta sonuçları (üriner retansiyon, abdominal distansiyon, bulantı, kusma, konstipasyon, oksijen satürasyonu) ile ambulasyon süreleri arasında ilişki vardır.

3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmada bazı hastaların ameliyat sonrası 0'ıncı gün yoğun bakım ünitesine alınmaları ve orada 3-4 gün süreyle kalmaları nedeniyle ilk 72 saatte ortaya çıkabilecek erken dönem sorunları yönünden bu hastalar gözlemlenememiştir.

Çalışmaya dahil edilen hastalardan majör abdominal cerrahi girişim geçiren hasta sayısının az olması da sınırlılıklarımız içerisinde yer almaktadır.

3.7. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI

Araştırmanın verilerini toplamak için, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni, KSBU Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır. Araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan hastalara, öncelikle araştırma hakkında bilgi verilmiştir ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Veriler ameliyat sonrası 72 saatlik dönemde olan hastalarla yüz yüze görüşülerek ve hasta dosyasındaki bilgilerden (protokol numarası, tanısı, cerrahi girişim, ASA skoru, anestezi süresi) toplanmıştır. Hastaların saturasyonları Medwelt marka parmak tipi pulseoksimetre ile araştırmacı tarafından veri toplama aşamasında ölçülüp kaydedilmiştir. Verilerin toplanması her bir hasta için yaklaşık 15-20 dk. sürmüştür.

Veri Toplama Araçları:

- Hasta Tanılama Formu (EK-2)
- Hasta Sonuçları İzlem Formu (EK-3)
- Kısa Ağrı Envanteri (KAE) (EK-4)
- Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) (EK-5)

3.7.1. Hasta Tanılama Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatür taramasına dayanarak oluşturulan hasta tanılama formunda; bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve sağlık öyküleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, tıbbi tanısı, kronik hastalık varlığı, BKİ, sigara kullanma durumu, daha önce hastaneye yatma öyküsünün varlığı, daha önce cerrahi girişim geçirme durumu, şu an geçirilen cerrahi girişimin türü, anestezi süresi, ASA skoru, hastanede kalış süresi, cerrahi sonrası ambulasyonun nasıl ve ne zaman olduğu) ile ilgili özelliklerini belirlemeye yönelik toplam on yedi soru yer almıştır (Özkum İzveren & Dal, 2011; Dolgun, ve ark, 2017; Mahmudova & Candan Dönmez, 2018).

3.7.2. Hasta Sonuçları İzlem Formu (EK-3)

Araştırmacı tarafından literatür taramasına dayanarak oluşturulan, ameliyat sonrası 72 saatlik sürede hasta sonuçlarının (üriner retansiyon, abdominal distansiyon, bulantı kusma, konstipasyon, oksijen satürasyonu) kaydedildiği formdur (Özkum İzveren & Dal, 2011; Apfel, ve ark, 2012; Kuş, 2012; Yaban & Karaöz, 2016).

3.7.3. Kısa Ağrı Envanteri (KAE) (EK-4)

Kısa ağrı envanteri (KAE= The Brief Pain Inventory=BPI), Cleeland ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. KAE, ağrı değerlendirmesi için kapsamlı bir araçtır ve birçok dilde onaylanmış, birçok farklı popülasyonda yüksek geçerlilik ve güvenilirlik oranına sahip bir değerlendirme aracıdır (Cleeland & Ryan, 1994; Dicle, Karayurt, & Dirimeşe, 2009). KAE kronik ağrı durumları (kanser gibi), osteoartrit, fantom ağrısı, ağırlı nöropati, CABG, kronik hemipleji, bel ağrısı, travmatik stres bozukluğu ve diyabetik nöropati hastalıklarına sahip bireylerde kullanılmıştır (Mendoza, Mayne, Ruble, & Cleeland, 2005; Dicle, Karayurt, & Dirimeşe, 2009).

KAE ağrının şiddeti ve ağrının günlük işlevler üzerindeki etkisi değerlendirmek için geliştirilmiş, onaylanmış, yaygın olarak kullanılan, kendi kendine uygulanan bir ankettir (Mendoza, Mayne, Rublee, & Cleeland, 2005). KAE ağrı şiddeti ile ilgili dört, ağrının fonksiyonlara etkisi (genel aktivite, duygu durumu, yürüme, insanlarla iletişim, uyku, yaşamdan zevk alma) ile ilgili yedi soruyu içermektedir. Her bir ölçek 0 ile 10 arasında değerlendirilmektedir. Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dicle, Karayurt ve Dirimeşe (2009) tarafından genel cerrahi ile obstetri ve jinekoloji kliniklerinde abdominal cerrahi uygulanan hastalarda (n=178) yapılmıştır. Ölçek geçerlilik çalışmalarında dil geçerliliği ve yapı geçerliliği yapılmıştır. Ölçeğin dil geçerliliği için çeviri ve geri çeviri tekniği kullanılmıştır. Yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizinden orijinal ölçeğe benzer iki faktör (ağrı şiddeti ve ağrının fonksiyonlara etkisi) belirlenmiştir. Faktör yüklerinin 0.55 ve 0.91 arasında olduğu saptanmıştır. İki faktörün açıkladığı varyans %72.02 olarak bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirliği, iç tutarlılık kat sayısı Cronbach Alpha ve madde toplam puan korelasyonu ile sınanmıştır. Cronbach Alpha kat sayısı ağrı şiddeti için 0.79, ağrının fonksiyonlara etkisi için 0.80 olarak bulunmuştur. Madde toplam puan korelasyonunun 0.42 ile 0.69 arasında olduğu saptanmıştır. KAE'nin, ameliyat

sonrası ağrı şiddetini ve girişimini değerlendirmek için güvenilir ve geçerli bir araç olduğu ve Türkiye'deki cerrahi sonrası ağrının klinik değerlendirmesi için yararlı olacağı bildirilmiştir (Dicle, Karayurt, & Dirimeşe, 2009). Bizim çalışmamızda KAE için cronbach alpha değeri; ölçekte ağrı şiddeti ile ilgili olan 3-4-5 ve 6. soruları içeren kısmın değeri; ,899 olarak bulunmuştur. Ağrı etkileşimi ile ilgili olan 9. sorunun A,B,C,D,E,F ve G alt sorularını içeren bölümünün cronbach alpha değeri ise; ,854 olarak hesaplanmıştır.

3.7.4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) (EK-5)

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)), anksiyete ve depresyon belirtilerinin tarandığı, hastanın kendisi tarafından doldurulan ve hastane ortamında sıkça kullanılan bir ölçektir (Zigmond & Snaith, 1983). HADÖ; 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş olup anksiyete ve depresyon alt ölçeklerini içermektedir. Ölçeğin amacı tanı koymak değil bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Ayrıca ölçek hastanın emosyonel durumunun değişiminin değerlendirilmesinde de kullanılabilir. Aynı zamanda, HADÖ kullanışlı bir değerlendirme aracı olduğu ve puan aralıklarını yanlış pozitif ve yanlış negatif sonucu en aza indirecek şekilde verdiği kanıtlanmıştır (Zigmond & Snaith, 1983).

HAD ölçeği başka ölçeklerle karşılaştırmalı olarak kullanılmış ve bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu değerlendirme yönünden yeterli olduğu bulunmuştur. Ölçeğin amacının; tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu tarayarak risk grubunu belirlemek olduğu belirtilmiştir (Aydemir, Güvenir, Küey, & Kültür, 1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği adıyla, Türkiye için uyarlaması yetişkin yaş grubunda çeviri ve tekrar çeviri, geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi ilk olarak Aydemir ve ark.(1997) tarafından yapılmıştır. Ölçek 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini araştıran 14 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar dördümlük likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Yanıt tekrarlarını önlemek amacıyla bir değişikliğe gidilmiş, bir maddedeki ilk yanıt şiddeti yansıtırken, bir sonraki madde de sonuncu yanıt en yüksek şiddeti yansıtacak şekilde düzenlenmiştir. Puanlamanın hazırlanmasında "0-1 arası" hasta olmayan, "2"

sınırdaki hasta, “3-4” belirgin hasta olarak kabul edilmiştir. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8.,10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. Maddeler yani tek sayılı sorular toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. Maddelerin çift sayılı soruların puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. ROC analizi sonucunda HADÖ’nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HADÖ-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HADÖ-D) için 7 olarak saptanmıştır. Buna göre bu puanların üzerinde puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilmektedir(Aydemir, Güvenir, Küey, & Kültür, 1997). Ölçeğin geçerliği dil, içerik, yapı ve birlikte geçerlik yöntemleriyle sınanmıştır ve HADÖ’nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir biçimde kullanılabilmesi saptanmıştır (Aydemir, Güvenir, Küey, & Kültür, 1997). Bizim çalışmamızda HADÖ ölçeğine ait cronbach alpha değeri (genel) 0,790; anksiyete için 0.650, depresyon için 0.739 olarak hesaplanmıştır.

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin Statistical Package for Social (SPSS) 24.0 veri analiz programı kullanılarak analiz edilmiştir Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi), hasta sonuçları (üriner retansiyon, abdominal distansiyon, bulantı kusma, konstipasyon, oksijen satürasyonu), bağımlı değişkenleri ise; ambulasyon süresi, ağrı puanı, anksiyete ve depresyon durumları olarak belirlenmiştir. Tanımlayıcı özellikler kategorik veriler için sayı (n) ve yüzde (%), sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleriyle sunulmuştur. İstatistik değerlendirme öncesinde tüm sürekli ölçümler gruplarda normal dağılıma uygunluk değerlendirmesi yapıldıktan sonra normallik varsayımının sağlandığı durumlarda parametrik, sağlanmadığı durumlarda ise nonparametrik testlerle değerlendirilmiştir. İki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, sürekli değişkenlerin ilişkisinin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri tahmin etmek için istatistiksel bir teknik olan lineer regresyon yöntemi kullanılmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın uygulanabilirliği için, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2019/04 sayılı ve 19.03.2019 tarihli izni ile onay alınmıştır ve ekte sunulmuştur (EK-6). Kütahya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 2019/12 sayılı ve 18.01.2019 tarihli komisyon kararı ile onay alınmış olup ekte sunulmuştur (EK-7). KSBU Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi'nden 2019/12 sayı ve 18.01.2019 tarihli yazı ile kurum izni alınmış ve ekte sunulmuştur (EK-8). KAE ölçeğini kullanmak için Sn. Aklime SARIKAYA ile mail üzerinden iletişime geçilip ölçek kullanım izni alınmış ve ekte sunulmuştur (EK-9). Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiş olup, katılımı kabul eden gönüllü hastalardan da sözlü ve yazılı izin alınmıştır (EK-1).

4. BULGULAR

Açık abdominal cerrahi uygulanan hastaların ambulasyon sürelerinin hasta sonuçlarına, anksiyete ve depresyona etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda sunulmuştur.

4.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK DURUMLARINA GÖRE TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Çizelge 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri (n=157)

Değişkenler		
Yaş BKI (kg/m ²)	$\bar{X} \pm SS$ Min-Max	
	Ort: 49,5 \pm 18,1 (18-87) Ort: 27,0 \pm 5,1 (18-46)	
	N	%
Cinsiyet		
Kadın	70	44,6
Erkek	87	55,4
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	11	7,0
Okur yazar	5	3,2
İlkokul	77	49,0
Ortaokul	23	14,6
Lise	24	15,3
Üniversite	17	10,8
Medeni durum		
Evli	120	76,4
Bekar	37	23,6
Meslek		
Çalışmıyor	16	10,2
Ev hanımı	60	38,2
Emekli	42	26,8
Memur	4	2,5
Serbest meslek	17	10,8
İşçi	18	11,5
Sigara kullanımı		
Evet	43	27,4
Hayır	114	72,6
Kronik hastalık varlığı*		
Evet	42	26,8
Hayır	115	73,2
Toplam	157	100,0

\bar{X} : Ortalama SS: Standart Sapma Min: Minimum Maks: Maksimum

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $49,5 \pm 18,1$ 'dir. Hastaların BKİ ortalaması $27,0 \pm 5,1$ 'dir. Cinsiyete göre dağılım değerlendirildiğinde hastaların %55,4 (n:87)'ü erkektir. Hastaların %49,0 (n:77)'u ilkokul mezunudur. Hastaların %76,4 (n:120)'ü evlidir. Meslek dağılımları değerlendirildiğinde hastaların %38,2 (n:60)'si ev hanımıdır. Hastaların %27,4 (n:43)'ü sigara kullanmaktadır. Sigara kullanan hastaların günlük tüketim ortalaması $19,3 \pm 12$ 'dir. Ayrıca araştırmaya katılan hastaların %26,8 (n:42)'inin kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı bulunanların %50 (n:21)'si HT, %19 (n:8)'u DM, %28,6 (n:12)'si HT+DM ve %2,4 (n:1)'ü KAH'tır (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2. Hastaların Geçirdikleri Ameliyata Göre Dağılımı (n=157)

Geçirilen Ameliyat	N	%
Apendektomi	63	40,2
Herni_Onarımı	25	15,9
Kolesistektomi	23	14,7
Perforasyon Onarımı	13	8,3
İleal rezeksiyon	10	6,4
Herni_Onarımı + Kolesistektomi	6	3,8
Splenektomi	4	2,5
Gastrektomi	4	2,5
Kolon rezeksiyonu	3	1,9
Kolostomi kapatılması	3	1,9
Diğer*	3	1,9
Toplam	157	100,0

*Apse drenajı, Koledokojejenostomi, Kitle rezeksiyonu

Araştırmaya katılan hastalarda en sık görülen ameliyatlar sırasıyla; %40,2 (n:63) apendektomi, %15,9 (n:25) herni onarımı ve %14,7 (n:23) kolesistektomidir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.3. Hastaların Klinik Durumlarına Yönelik Tanımlayıcı Özellikler (n=157)

Değişkenler	N	%
Daha önce hastanede yatma		
Evet	106	67,5
Hayır	51	32,5
Daha önce ameliyat geçirme		
Evet	101	64,3
Hayır	56	35,7
ASA skoru		
1	37	23,6
2	99	63,1
3	21	13,4
Ambulasyon şekli		
Oda içinde 1-2 adım atma	14	8,9
Oda içinde yürüme	104	66,2
Servis koridorunda yürüme	39	24,8
	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks
Anestezi süresi (dk)	93,5±50	20-270
Ameliyat öncesi kalış süresi (gün)	0,72±1,14	0-1
Ameliyat sonrası kalış süresi (gün)	2,24±1,24	1-5
Hastanede kalış süresi (gün)	2,95±2	1-11
Ambulasyon zamanı (saat)	12,45±9,07	3-48

\bar{X} : Ortalama SS: Standart Sapma Min: Minimum Maks: Maksimum

Araştırmaya katılan hastaların % 67,5 (n:106)'i daha önceden hastanede yatmış ve % 64,3 (101)'ü daha önce ameliyat geçirmiştir. Hastaların %63,1 (n:99)'inin ASA skoru 2'dir. Hastaların ambulasyon ortalama zamanı 12,45±9,07 saattir. Ambulasyon şekline göre dağılım değerlendirildiğinde; hastaların %66,2 (n:104)'sinin ilk mobilizasyonları oda içinde yürüme şeklindedir. Hastaların ortalama anestezi süresi 93,5±50 (dk), ameliyat öncesi ortalama yatılan gün sayısı 0,72±1,14, ameliyat sonrası ortalama yatılan gün sayısı 2,24±1,24, hastanede ortalama kalış süresi 2,95±2 gündür (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.4. Hastaların Ameliyat Sonrası Semptom ve Kateter Varlığının Dağılımı
(n=157)

Değişkenler		
Satürasyon $\bar{X} \pm SS$ (Min-Max)	94,1 \pm 2,3 (90 -98)	
	n	%
Bulantı		
Var	113	72,0
Yok	44	28,0
Kusma		
Var	16	10,2
Yok	141	89,8
Konstipasyon*		
Var	30	19,1
Yok	127	80,9
Nazogastrik katater		
Var	27	17,2
Yok	130	82,8
Üriner katater		
Var	31	20,0
Yok	124	80,0
İdrar retansiyonu		
Var	0	0,0
Yok	157	100,0
Dren		
Var	106	67,5
Yok	51	32,5
Santral katater		
Var	5	3,2
Yok	152	96,8
Toplam	157	100,0

*Hastada en az 5 gün boyunca (ameliyat öncesi dönem de dahil) defekasyon gerçekleşmemişse hasta konstipe olarak değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.4'ü incelediğimizde; satürasyon ortalaması 94,1 \pm 2,3'dir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde %72 (n:113)'sinde bulantı, %10,2 (n:16)'sinde kusma, %19,1 (n:30)'inde konstipasyon, %17,2 (n:27)'sinde nazogastrik, %20 (n:31)'sinde üriner kateteri, %67,5 (n:106)'inde dren, %3,2 (n:5)'sinde santral kateter bulunmaktadır. Hastalarda ameliyat sonrası dönemde idrar retansiyonu görülmemiştir.

4.2. HASTALARIN AMELİYAT SONRASI AĞRI, ANKSİYETE VE DEPRESYON PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

Hastaların ağrı, anksiyete ve depresyon puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında yalnızca cinsiyet ile anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,013$, $U=2344,0$). Kadınların anksiyete düzeyleri erkeklere göre yüksektir.

Çizelge 4.5. Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı, Anksiyete ve Depresyon Puan Ortalamaları (n=157)

Ölçekler	Ölçek Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	Min – Maks
KAE	Son 24 saatteki ortalama ağrı durumu	3,7±1,7	0-8
	Şu anki ağrı durumu	2,1±2,0	0-8
	Ağrı tedavisiyle son 24 saatte ağrıdan kurtulma yüzdesi	82,7±16,0	30-100
	Genel Aktivite	3,5±2,3	0-10
	Emosyonel Durum	2,6±2,6	0-10
	Yürüebilme	4±2,5	0-10
	Derin Solunum ve Öksürme Egzersizi	5,8±2,7	0-10
	Diğer İnsanlarla İlişkiler	1,6±2	0-8
	Uyuma	2,8±3,3	0-10
	Yasamdan Zevk Alma	1,8±2,3	0-10
HADÖ	Anksiyete	4,0±2,6	0–12
	Depresyon	4,4±3,0	0–14

\bar{X} : Ortalama SS: Standart Sapma Min: Minimum Maks: Maksimum

Hastaların anksiyete, depresyon ve kısa ağrı envanterine ait puan ortalamaları Çizelge 4.5’de verilmiştir. Hastaların HAD-Anksiyete puan ortalaması 4,0±2,6 ve HAD-Depresyon puanı ortalaması 4,4±3,0’tür. Hastaların son 24 saatteki ortalama ağrı durumu 3,7±1,7, şu anki ağrı durumu 2,1±2,0, ağrı tedavisiyle son 24 saatte ağrıdan kurtulma yüzdesi 82,7±16,0 olarak belirlenmiştir. Yine hastaların ağrıya bağlı alt boyut puanları ise sırasıyla; genel aktivite puan ortalaması 3,5±2,3, emosyonel durum puan ortalaması 2,6±2,6, yürüebilme puan ortalaması 4±2,5, derin solunum ve öksürme egzersizi puan ortalaması 5,8±2,7, diğer insanlarla ilişkiler puan ortalaması

1,6±2, uyuma puan ortalaması 2,8±3,3, yaşamdan zevk alma puan ortalaması 1,8±2,3 olarak elde edilmiştir (Çizelge 4.5).

Çizelgede gösterilmemiş olmasına rağmen, ağrı için kullanılan ilaçların dağılımına baktığımızda, en sık kullanılan ağrı kesicinin %40,8 (n:64) ile parasetamol, parasetamol+NSAİİ %28,7 (n:45) ile ikinci sırada ve parasetamol+narkotik ilaçlar ise %11,5 (n:18) ile üçüncü sırada yer almıştır.



4.3. HASTALARIN AMELİYAT SONRASI SEMPTOM VE KATETER VARLIĞININ AĞRI VE AMBULASYON ZAMANI ORTALAMALARI İLE KARŞILAŞTIRMASI

Çizelge 4.6. Hastaların Ameliyat Sonrası Semptom ve Kateter Varlığının Son 24 Saatteki Ağrı Durumu Puan Ortalamaları İle Karşılaştırması (n=157)

	Semptom varlığı	$\bar{X} \pm SS$	Test istatistiği
Bulanti			
Son_24_saatteki_ort_agri	Evet	3,8±1,7	U=2166,5
	Hayır	3,4±1,8	p=0,204
Kusma			
Son_24_saatteki_ort_agri	Evet	3±1,5	U=833,0
	Hayır	3,8±1,7	p=0,081
Konstipasyon			
Son_24_saatteki_ort_agri	Evet	3,3±1,6	U=1542,0
	Hayır	3,8±1,7	p=0,099
NG			
Son_24_saatteki_ort_agri	Evet	3,6±1,5	U=1630,5
	Hayır	3,7±1,8	p=0,556
Üriner kateter			
Son_24_saatteki_ort_agri	Evet	4±1,8	U=1694,5
	Hayır	3,7±1,7	p=0,300
Dren			
Son_24_saatteki_ort_agri	Evet	3,8±1,8	U=2532,0
	Hayır	3,6±1,6	p=0,514

U: Mann Whitney U test istatistiği p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Çizelge 4.6’da hastaların ameliyat sonrası semptom ve kateter varlığının son 24 saatteki ağrı durumu puan ortalamaları ile karşılaştırması verilmiştir. Ameliyat sonrası semptom ve kateter varlığı ile son 24 saatteki ağrı durumu puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ancak üriner kateteri ve dreni olan hastaların son 24 saatteki ağrı düzeyi ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.7. Hastaların Ameliyat Sonrası Semptom ve Kateter Varlığının Ambulasyon Zamanı Ortalamaları ile Karşılaştırması (n=157)

Semptom/Kateter Varlığı	$\bar{X} \pm SS$	Test istatistiği
Bulantı		
Evet	13,9±9,8	U=1565,0
Hayır	8,8±5,6	p<0,001
Kusma		
Evet	13,9±12,3	U=1082,5
Hayır	12,3±8,7	p=0,790
Konstipasyon		
Evet	15,4±9	U=1334,0
Hayır	11,7±9	p=0,010
NG		
Evet	16,7±10,9	U=1205,0
Hayır	11,6±8,4	p=0,010
Üriner kateter		
Evet	19,5±11,7	U=885,0
Hayır	10,8±7,4	p<0,001
Dren		
Evet	13,7±9,7	U=1960,0
Hayır	9,8±7,1	p=0,005

U: Mann Whitney U test istatistiği p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Çizelge 4.7’de hastaların ameliyat sonrası semptom ve kateter varlığına göre ambulasyon zamanı ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre; bulantı, konstipasyon, nazogastrik, üriner kateter ve dreni olan hastaların ambulasyon zamanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,05). Kusma ile ambulasyon zamanı arasında anlamlı fark yoktur ancak kusması olan hastaların ambulasyon zamanı ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre semptomu ve kateteri olan hastaların ambulasyon zamanlarının daha geç olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.8. Hastaların Ambulasyon Zamanı ile Ağrı, Anksiyete, Depresyon, Yaş, BKI, Anestezi Süresi, Hastanede Kalma Süresi İlişkisinin İncelenmesi (n=157)

		Ağrı	Hadö-A puanı	Hadö-D puanı	Yaş	BKI	Anestezi süresi	Hastane kalış süresi
Ambulasyon zamanı (saat)	Rs	,048	,078	,190*	,275**	-,087	,306**	,350
	P	,553	,330	,017	,000	,280	,000	,000

rs: Spearman korelasyon katsayısı, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Hastaların ambulasyon zamanı ile ağrı, anksiyete, depresyon, yaş, BKI, anestezi süresi, hastanede kalma süresi ilişkisinin incelenmesi Çizelge 4.8’de verilmiştir. Hastaların ambulasyon zamanı ile depresyon (rs=,190; p=,017), yaş (rs=,275; p=,000), anestezi süresi (rs=0,306; p=,000) ve hastanede kalış süreleri (rs=,350; p=,000) arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmış olup, bu sonuçlar istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Çizelge 4.9. Hastaların Yaş, Anestezi Süresi ve Hastanede Kalış Süresinin Ambulasyon Zamanı Üzerindeki Etkisinin Regresyon Sonuçları

Model		Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar	T	P değeri	β'nin %95 Güven Aralığı	
		β	Std. Hata	Beta			Alt limit	Üst limit
Backward model	(Sabit)	2,254	2,082		1,083	0,281	-1,859	6,368
	Yaş	0,082	0,039	0,163	2,116	0,036	0,005	0,159
	Anestezi süresi	0,033	0,016	0,175	2,077	0,039	0,002	0,064
	Hastanede kalış süresi	1,060	0,392	0,232	2,704	0,008	0,286	1,834

Ambulasyon zamanı bağımsız değişkenler tarafından tanımlarken lineer regresyon, backward yöntemi kullanılmıştır. Modelin değişkenlerle ambulasyon süresini açıklayıcılığı $R^2=0,192$ olarak bulunmuştur. Tahmin modeli aşağıda sunulmuştur.

$$\text{Ambulasyon zamanı} = 2,254 + 0,082 (\text{Yaş}) + 0,033 (\text{Anestezi süresi}) + 1,060 (\text{Hastanede kalış süresi})$$

Belirlenen regresyon modeline göre yaşın 1 (bir) birimlik artış ambulasyon süresinde 0,082 birimlik bir artışa sebep olacaktır. Anestezi süresinin 1 (bir) birimlik artış

ambulasyon süresinde 0,033 birimlik bir artışa sebep olacaktır. Ayrıca hastanede kalış süresindeki 1 (bir) birimlik artış ambulasyon süresinde 1,060 birimlik artışa sebep olacaktır.



5. TARTIŞMA

Açık abdominal cerrahi uygulanan hastaların ambulasyon sürelerinin hasta sonuçlarına, anksiyete ve depresyona etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılan araştırmada elde edilen bulgular literatür bilgileri değerlendirilerek dört başlık altında tartışıldı.

5.1. AMELİYAT SONRASI HASTALARIN SEMPTOM VE KATETER VARLIĞINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Erken ameliyat sonrası dönem, hastanın bilincinin açılmasıyla başlamakta olup hastanın ayağa kalkıp yürütmesine kadar geçen dönemi yani 72 saatlik süreyi kapsamaktadır. Bu dönemde hastalar öz bakımını gerçekleştirmek için desteğe ihtiyaç duyarlar. Ayrıca komplikasyon gelişme riskinin varlığı da söz konusu olduğu için optimal hemşirelik bakımına gereksinim vardır (Taşdemir & Şenol Çelik, 2010; Özkum İzveren & Dal, 2011; Vermişli & Çam, 2015; Bilgen, ve ark, 2018).

Ameliyat sonrası dönemde bireylerde sık görülen komplikasyonlardan biri bulantı ve kusmadır. Cerrahi ve anestezi ile ilgili bir problem olan bulantı ve kusma insidansının % 20 ila % 30 arasında değiştiği, yüksek riskli cerrahi hastalarında % 80'e kadar arttığı ve hastada memnuniyetsizliğe neden olan önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (Pierre & Whelan, 2013; Choi, 2016; Bilgen, ve ark, 2018). Bizim çalışmamızda ameliyat sonrası bulantı görülme oranı %72, kusma görülme oranı ise %10.2 olarak bulunmuştur. Yavaşçaoğlu ve ark. (2009), tarafından yapılan retrospektif çalışmada ameliyat sonrası dönemde hastalarda görülen bulantı-kusma oranının %31,8 olduğu belirtilmiştir (Yavaşçaoğlu ve ark, 2009). Yapılan çalışmalara ve teknolojiye ilerlemelere rağmen ameliyat sonrası bulantı kusma hala hastalar için problem olmaya devam etmektedir (Shaikh, Nagarekha, Hegade, & Marutheesh, 2016). Ameliyat sonrası bulantı kusmanın hastalarda; aspirasyon, dehidratasyon, hemoraji, özofagus rüptürü ve eviserasyon gibi komplikasyonlara neden olduğu bildirilmektedir (Smith, Smith, & Smith, 2012; Apfel, ve ark, 2012; Shaikh, Nagarekha, Heade, & Marutheesh, 2016). Bu nedenle ASBK'nın etkili yönetimi ve komplikasyonlarının önlenmesi önemlidir. Hemşirelik bakımında amaç; bulantı kusmanın en aza indirilmesi, sıvı elektrolit düzeylerinin normal sınırlarda tutulması, hastanın bir an önce normal sıvı ve gıda alımının sağlanması önemlidir (Aygin, 2016).

Ameliyat sonrası bulantı kusma gelişmesinde rol oynayan temel risk faktörlerinin geçerli bir ölçek ile belirlenmesinin ve en aza indirilmesinin insidansı azaltabileceği bildirilmektedir. Bu doğrultuda yapılmış çalışmalardan elde edilen kanıta dayalı yaklaşımlar, genel anestezi yerine bölgesel anestezinin kullanılması (A1), propofol infüzyonunun tercih edilmesi (A1), inhalasyon likit ve gaz anesteziklerin kullanımından kaçınılması (A2), ameliyat öncesi, sırası ya da sonrası dönemde opioid kullanımının en aza indirgenmesi (A2) ve yeterli hidrasyonun sağlanması (A1) önerilmektedir. Bunun yanı sıra önlenmesinde farmakolojik ve non farmakolojik proflaksinin sağlanması bildirilmektedir (Arslan, Çiçek, Celep, Hüseyin, & Üstün Kalender, 2011; Lee & Fan, 2011).

Çalışmamızda hastalarda konstipasyon görülme oranı %19,1 olarak bulunmuştur. Çelik ve ark.'nın (2015) yaptığı araştırmaya göre abdominal cerrahi nedeniyle hastanede yatan hastaların %25-40'ında barsak boşaltım sorunlarının olduğu belirtilmiştir (Çelik, ve ark, 2015). Konstipasyon, genel cerrahi hastalarında fizyolojik ve psikolojik nedenlere bağlı olarak ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sık görülen bir komplikasyondur. Cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda ameliyat sonrası dönemde konstipasyon geliştiği bildirilmekte olup, bu durum hastalarda özellikle tedavi sırasında hareketsizlik, erken dönemde yatağa bağımlılık, opioid / nonopioid analjezik kullanımı nedeniyle artar (Ucuza & Aldanmaz, 2015; Demir, 2019). Wahyuni ve arkadaşları (2019) yapmış olduğu çalışmada; erken ambulasyonun karın ameliyatından sonra bağırsakların peristaltik aktivitesine etkisinin olduğu sonucuna varmışlardır (Wahyuni, Wahyuni, Tarigan, & Syarifah, 2019). Ameliyat sonrası erken ambulasyon, yatak içinde dönme ve bacak egzersizleri, sıvı alımının artırılması ve posadan zengin yiyeceklerin eklenerek diyetin düzenlenmesi şeklindeki hemşirelik girişimleri uygulandığında konstipasyon riskinin azaldığı bildirilmiştir (Büyükyılmaz & Şendir, 2009; Eti Aslan, 2010).

Çalışmamızda dren kullanım oranının %67,5, üriner kateter kullanım oranının ise %20 olduğu saptanmıştır. Cerrahi girişim uygulanan bireylerde kateter, tüp ve drenlerin kullanımının hastada enfeksiyon riskini arttırdığı bildirilmektedir. Bu nedenle ERAS protokolü cerrahi girişimlerde; kateter, tüp ve drenlerin kullanımının enfeksiyon riski nedeniyle sınırlandırılmasını, eğer kullanılmaları zorunluysa da en kısa sürede çıkarılmasını önermektedir (<http://eras.org.tr/page.php?id=>

10&sağlıkCalisani=true). Ayrıca dren kullanımının, hastanın ambulasyonunu kısıtladığı, buna bağlı komplikasyon riskini arttırdığı da bildirilmektedir (Gustafsson, ve ark, 2019). Diğer taraftan dren kullanımının anastomoz kaçaklarına da herhangi bir etkisi olmadığı bildirilmiştir (Petrowsky, Demartines, Rousson, & Clavien, 2004). Bu nedenle drenlerin rutin kullanımından kaçınılması gerektiği belirtilmektedir (Birikbaş & Bölükbaş, 2019; Gustafsson, ve ark, 2019; <http://eras.org.tr/page.php?id=10&sağlıkcalisani=true>). Dren ve üriner kateter kullanımının olmasının nedeninin geleneksel yaklaşımlardan vazgeçmenin zor olduğundan kaynakladığı düşünülmektedir. Ayrıca üriner kateterin özellikle ambulasyonu kısıtlı olan hastalarda tuvalet ihtiyacının karşılanması amacıyla ilk seçenek olarak tercih edildiği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra ameliyat sonrası dönemde nazogastrik sondanın kullanımının; solunumsal komplikasyonları ve hastanede kalış süresini azaltmadığı, ameliyat sonrası dönemde bağırsakların geri dönüş hızını etkilemediği, tam tersine atelettazi ve pnömoni insidansını arttırdığı bildirilmiştir (Güllüoğlu, ve ark, 2000; Pokharel & Adhikari, 2017). Hastaların cerrahi müdahaleden sonra derin solunum, öksürme ve nefes alma yeteneği, nazogastrik sondanın verdiği rahatsızlıktan ciddi şekilde etkilenir. Diğer taraftan nazogastrik sondası olmayan hastaların solunum egzersizlerini daha etkili yaptıkları, daha çok mobilize oldukları, bağırsak motilitesi daha erken düzeldiğinden oral gıdaya erken başladıkları bulunmuştur (Güllüoğlu, ve ark, 2000; Pokharel & Adhikari, 2017). Nelson ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmanın sonucunda, nazogastrik sonda kullanımından kaçınıldığında hastaların bağırsak fonksiyonlarının daha erken dönemde geri döndüğü bulunmuştur (Verma & Nelson, 2010). Nazogastrik tüp varlığının hastanın ağızdan beslenmesini geciktirdiği, ameliyat sonrası dönemde yerleştirilmiş olsa dahi ameliyat sonrası dönemde çıkartılması gerektiği bildirilmektedir (Gündoğdu, 2018). Çalışmamızda nazogastrik sonda kullanım oranının %17,2 olduğu ve mide ca, kolon ca, perforasyon cerrahisi gibi özellikle 24-48 saat ağız yoluyla sıvı ve yiyecek alınmaması gereken cerrahi girişimlerde kullanıldığı saptanmıştır. Ameliyat sonrası dönemde nazogastrik sonda kullanım durumu için de geleneksel yaklaşımdan kaynaklı bir durum olduğu ve özellikle hizmet içi eğitimlerde dren, nazogastrik, üriner kateter kullanımına yönelik güncel kanıtların paylaşılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

5.2. AĞRI İLE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Abdominal ameliyatlarda; insizyonun diyafragma yakın olması ve cerrahi alanda yoğun sinir ağrı olması nedeniyle en şiddetli ağrının yaşandığı ameliyat türüdür (Meissner ve ark, 2015). Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası hastaların yaklaşık %50-80 oranında orta düzeyden şiddetliye doğru ağrı yaşadıkları ve yapılan tedavilerin yetersiz olduğu bildirilmiştir (Yılmaz & Gürler, 2011; Wu & Raja, 2011; Ismail, Shahzad, & Shafiq, 2012; Eti Aslan, 2014). Çalışmamızda hastaların son 24 saatteki ortalama ağrı şiddeti 3,7; son 24 saatteki ağrılarının geçme düzeyi ise %82,7 olarak bulunmuştur. Özer ve Bölükbaş (2001) yaptıkları çalışmada hastaların %93,67'sinin şiddetli, %50,18'inin yanma/sızı şeklinde ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (Özer & Bölükbaş, 2001). Acar (2016)'ın yaptığı araştırmada ise; hastaların %77,3'ünün cerrahi sonrası ağrıdan yakındığı belirtilmiştir. Hastaların yaklaşık %50'sinin ağrısının olmadığı ya da hafif düzeyde olduğu, geri kalan yaklaşık %50'sinin ise orta ve şiddetli düzeyde ağrısının olduğu belirtilmiştir (Acar ve ark, 2016). Murray ve Retief (2016) yaptığı çalışmada ise, hastaların %62'sinin şiddetli ya da orta şiddetli ağrıdan yakındıklarını bildirmişlerdir (Murray & Retief, 2016). Dicle ve Dirimeşe'nin (2009) KAE kullanarak yaptıkları çalışmalarında hastaların ameliyat sonrası 1. günde; son 24 saatteki en şiddetli ağrı puanı 6,4, son 24 saatteki ağrılarının geçme düzeyi %84,3 olarak bulunmuştur (Dicle, Karayurt, & Dirimeşe, 2009). Çalışmamıza ameliyat sonrası ikinci ve üçüncü gündeki hastalar dahil edildiği için hastaların ağrı düzeylerinin daha düşük saptandığı düşünülmektedir. Özkum İzveren ve Dal'ın (2011) abdominal cerrahi girişim geçirmiş hastalarla yaptıkları çalışmada da hastaların cerrahi sonrası birinci günde %73,1'lik, ikinci günde %65,7'lik, üçüncü günde ise %64,2'lik oranla cerrahi ağrı bildirdiği belirtilmiştir. Yılmaz ve Gürler'in (2011), hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları ve hasta görüşlerini inceledikleri çalışmalarında bireylerin ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı nedeniyle, %96,4'ünün öksürme, %78,3'ünün hareket etme, %53,6'sının uyuma ve %46,7'sinin soluk almada zorlandığını belirlemişlerdir. Bizim çalışmamızda da bu çalışma ile paralel olarak hastaların sırasıyla derin solunum ve öksürük, yürüme, genel aktivite ve uyuma sırasında ağrı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan hastaların hareket düzeyleriyle ilişkili faktörlerin değerlendirdiği bir çalışmada, hastaların nerdeyse yarısının yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme ve

yatak kenarında oturma hareketini gerçekleştirirken, yatak kenarından ayağa kalkarken ve hasta odasında yürürken orta ve çok şiddetli düzeylerde ağrı hissettikleri belirtilmiştir (Yolcu, Akın, & Durna, 2016). Hastaların şiddetli ağrı yaşamasına bağlı olarak derin solunum/öksürük, ayağa kalkma ve uyku gibi iyileşmeyi hızlandıracak aktiviteleri yapamamasının komplikasyon gelişme riskini arttırdığı bildirilmektedir (Yıldızeli Topçu, 2016). Donahue ve ark. (2016)'nın çalışmasında etkili ağrı yönetimi sağlanan hastada ambulasyonun arttığı, opioid kullanımının azaldığı, hastanede kalış süresinin kısaldığı bildirilmiştir (Donahue, Bradbury, Zychowicz, & Muckler, 2016). Bu nedenle komplikasyon gelişmesinin önlenmesi bakımından hastanın konforunun sağlanması amacıyla ağrı yönetimi ameliyat sonrası dönemde çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası ağrı kontrolü ERAS'ın temel bileşenlerindedir. Multidisipliner bir yaklaşımla ağrının yönetimi için en uygun yöntem multimodel analjezi (multimodel analgesia=MA) olarak bildirilmektedir (Gelman ve ark, 2018). Multimodal analjezi, analjeziyi sağlamak amacıyla ağrı yolu boyunca farklı reseptörleri hedefleyen birden fazla farmakolojik analjezik ilaç sınıfının kullanılması olarak tanımlanır. MA tedavisinde kullanılan ilaçların sinerjik etkisinden yararlanılarak etkin ağrı kontrolü sağlanmaktadır. Bu ilaçlar kombine halde düşük dozlarda verildiğinden, ilaçların istenmeyen etkilerine maruziyeti de önlemektedir (Schwenk & Mariano, 2018). MA tedavisinde farmakolojik tedavinin yanı sıra TENS, gevşeme teknikleri, sıcak-soğuk uygulamalar, biofeedback, deriye mentol uygulama, kriyoterapi gibi non farmakolojik tedaviler de yer almaktadır. Ancak akupunktur ve masaj gibi non farmakolojik uygulamaların MA tedavisinde güvenli olduğu fakat etki mekanizması belirlenmediğinden kanıt düzeyinin düşük olduğundan bahsedilmektedir (Manworren, 2015; Yılmaz Şenyüz & Koçaşlı, 2017). Çalışmamızda hastaların ortalama ağrı düzeyinin 3,7 ile düşük düzeyde olduğu ve ağrı tedavisiyle son 24 saatte ağrıdan kurtulma yüzdesinin $82,7 \pm 16,0$ olduğu saptanmıştır. Ağrı tedavisinde en çok analjezik ilaçların kullanıldığı belirlenmiştir. Ağrı için alınan ilaçların dağılımına göre en sık kullanılan ağrı kesici %40,8 (n:64) sıklık ile parasetamol, parasetamol+NSAİ %28,7 (n:45) kullanım sıklığı ile ikinci sırada ve %11,5 (n:18) sıklık ile parasetamol+narkotik ilaçlar üçüncü sırayı almıştır. Çalışmamızda neredeyse hastaların yarısında tekli analjezi kullanıldığı saptanmıştır. Cerrahi ağrı tedavisi için

opioid ve NSAİİ ilaçların kombine şekilde kullanılmasının bu ilaçların tek başına kullanılmasından daha etkili olduğu belirtilmiştir (Wilder-Smith, Hill, Dyer, Torr, & Coetzee, 2003). Perdreau ve Joudet (2015) yaptıkları çalışmada MA uygulanan grupta ağrının önemli derecede azaldığını bildirmişlerdir (Perdreau & Joudet, 2015). MA yaklaşımı ile ilgili günümüzdeki kanıtlar, analjezi sağladığı, opioid gereksinimini ve opioid ile ilişkili advers olayları azalttığı, iyileşmeyi ve hasta memnuniyetini artırdığı için perioperatif dönemde multimodal analjezinin rutin kullanımını desteklemektedir (Schwenk & Mariano, 2018; Gelman, ve ark, 2018). Çalışmamızda hastaların ağrı yönetiminde farmakolojik ajanların kullanıldığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da sıklıkla, farmakolojik yöntemlerin kullanıldığı bildirilmektedir (Yılmaz & Gürler, 2011; Acar, Acar, Demir, & Eti Aslan, 2016; Eti Aslan, Kula Şahin, Secginli, & Bülbüloğlu, 2018). Ay ve Alpar (2010) yaptığı çalışmada hemşirelerin yaklaşık %72'sinin asla non farmakolojik yöntemlere başvurmadığını bildirmişlerdir. Bu durumun hemşirelerin hastalara yeterince zaman ayıramamasından ve farmakolojik yöntemlerin çabuk etki gösterdiğini düşünmelerinden ve ağrı yönetimi ile ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Fakat farmakolojik ajanların uygulama dozlarını düşürerek, etkilerini artırmak ve istenmeyen etkilerini azaltmak için hemşireler non farmakolojik yöntemlerden de yararlanılması önerilmektedir (Ay & Alpar, 2010). Hastalarda multimodal analjezinin ve non farmakolojik tekniklerin kullanılmasını sağlamak için öncelikle sağlık profesyonellerinin güncel bilgiler ışığında hizmet içi eğitimlerinin yapılması, ağrı yönetimi ile ilgili gerçekleştirilen kongre, sempozyumlara katılımları sağlanmalıdır.

Çalışmamızda ağrı ile cinsiyet ve yaş arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Benzer olarak Özkum İzveren ve Dal (2011) yaptıkları çalışmada ağrı ile yaş, cinsiyet arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Murray ve Retief (2016) ise yaptığı çalışmada, genç yaşta, kadın cinsiyette, acil cerrahi, karın ve alt ekstremitte cerrahisi geçirenlerde ağrı insidansının yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Murray & Retief, 2016).

Çalışmamızda hastaların daha önce cerrahi girişim geçirmelerinin son 24 saatteki ortalama ağrı düzeylerine etkisi bulunmamıştır. Çelik (2013)'in, ve Kırdemir ve Özorak (2011)'in yaptıkları araştırmalarda da önceki cerrahi girişim deneyimi ile ağrı şiddeti arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Kırdemir, & Özorak, 2011; Çelik,

2013). Bireylerin önceki cerrahi ve ağrı deneyimlerinin olumlu veya olumsuz olması sonuçlarda farklılık oluşturabilir. Bundan dolayı önceki cerrahi deneyimlerinin olumsuz olması, bireylerin ağrıyı olumsuz algılamalarına neden olabileceğinden kapsamlı bir hemşirelik bakımıyla hastanın geçmişe yönelik varsa eğer, kaygılarının azaltılması ve bilgilendirilmesi sağlanabilir.

Bunun yanı sıra çalışmamızda üriner kateteri ve dreni olan hastaların son 24 saatteki ortalama ağrı düzeyleri, olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. de Lima ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada da dreni olan hastaların ağrı düzeylerinin yüksek olduğu ve dren çıkartıldıktan sonra ağrı düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir (de Lima ve ark 2008). Bu sonuç drenin hastanın konforunu bozarak ağrısını arttırmış olabileceğini düşündürmektedir.

5.3. ANKSİYETE VE DEPRESYON PUANINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hastanede yatma ve cerrahi girişim hastalarda anksiyeteye neden olan durumlardandır (Turhan, Avcı, & Özcengiz, 2012; Scott, ve ark, 2015; Özer, 2016; Dayılar Candan, Oyur Çelik, Kamer, & Sarıççek, 2017). Ameliyat öncesi anksiyete; ameliyat esnasında daha fazla anestetik madde kullanılmasına, ameliyat sonrası ağrının ve analjezik ihtiyacının artmasına, daha fazla komplikasyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla hastanede kalış süresini uzatarak iyileşmeyi, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Jawaid, Mushtaq, Mukhtar, & Khan, 2007; Turhan, Avcı, & Özcengiz, 2012). Çalışmamızda bireylerin HADÖ anksiyete puan ortalaması $4,0 \pm 2,6$ ve HADÖ depresyon puanı ortalaması $4,4 \pm 3,0$ olarak bulunmuştur. HADÖ'nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HADÖ-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HADÖ-D) için 7 olarak saptanmıştır. Buna göre bu puanların üzerinde puan alan kişiler anksiyete ve depresyona eğilim açısından risk grubu olarak kabul edilmektedir (Aydemir, Güvenir, Küey, & Kültür, 1997). Dolayısı ile çalışmamızda hastaların anksiyete ve depresyona eğilimlerinin olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda kadın hastaların anksiyete puanı erkeklere göre daha yüksek olarak saptanmış ve bu sonuç yapılmış çalışmalarla paralellik göstermektedir (Bahar & Taşdemir, 2008; Oflaz & Varol, 2010; Yılmaz &

Aydın, 2013; Mingır, Ervatan, & Turgut, 2014; Karadağ Arlı, 2017). Bu sonucun cerrahi sürecin kadın hastaları rollerinde kesintiler oluşturma kaygısından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra kadınların kendilerini daha rahat ifade etmeleri ve duygularını daha kolay dışa yansıtmalarından, erkeklerde ise kaygıyı gizleme eğilimlerinden kaynaklanması da söz konusu olabilir.

5.4. AMBULASYON SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

ERAS protokolüne göre hastanın ameliyat olduğu gün iki saat, diğer günlerde ise en az altı saat yatak dışında mobilize olması sağlanmalıdır. Ayrıca radikal cerrahi girişim geçiren yoğun bakım hastalarının bile yaşam bulguları stabil olmak kaydıyla ilk 24 saat içerisinde mobilize edilmesi önerilmektedir (Ersoy & Gündoğdu, 2007; Demirhan & Gül, 2014; Vermişli & Çam, 2015; Uğurlu, Kula Şahin, Seçginli, & Eti Aslan, 2017; www.eras.org.tr/page.php?id=10&saglikCalisani=true). Çalışmamızda ameliyat sonrası ambulasyon zamanı ortalamasının 12.45 ± 9.07 saat ve ambulasyon şeklinin %66,2 oranında oda içinde yürüme şeklinde olduğu belirlenmiştir. Arı ve Yılmaz (2016) tarafından yapılan çalışmada da hastaların ameliyat sonrası ambulasyonun ortalama süresinin 7.1 ± 3.1 saat olduğu bildirilmiştir (Arı & Yılmaz, 2016). Topçu (2016) tarafından yapılan çalışmada hastaların ameliyattan sonra ambulasyon süresinin 1.01 ± 0.29 gün olduğu belirtilmiştir (Yıldızeli Topçu & Deniz Öztekin, 2016). Adogwa ve ark. (2017)'nin çalışmasında da ameliyat sonrası hastaların %52,8'inin erken ambule (24 saatten önce) olduğu bildirilmiştir (Adogwa, ve ark, 2017). Ameliyat sonrası dönemde hastaların ayağa kaldırılması için belirlenmiş kesin bir süre yoktur. Ancak hastanın iyileşme süreci üzerine olumlu etkisi olması nedeniyle hastanın durumu uygun olduğunda mümkün olan en kısa sürede hastanın ayağa kaldırılması önerilmektedir (Uğurlu, Kula Şahin, Seçginli, & Eti Aslan, 2017).

Ancak ameliyat sonrası dönemde ambulasyon zamanına yönelik görüş ayrılıklarının olması, hemşire sayısının yetersiz ve iş yükünün fazla olması, ekip işbirliğinin olmaması, zaman yetersizliği gibi nedenlerle hastaların ambulasyonunun geç döneme kaldığı bildirilmektedir (Kalisch & Lee, 2010; Vermişli & Çam, 2015; Zencir & Eşer, 2015). En çok karşılanamayan ve kaçırılan hemşirelik bakım uygulamasının %84 oranıyla ambulasyon olduğu bildirilmektedir (Kalisch & Lee,

2010). Bunun yanı sıra hastaların ağrısı, bulantısı, kronik hastalığı ya da var olan drenlerine bağlı olarak hastanın ayağa kalkmak istememesi de ambulasyonu geciktiren nedenler olarak belirtilmektedir (Morris, Benetti, Marro, & Rosenthal, 2010; Nesbitt, ve ark, 2012; Kalisch, Lee, & Dabney, 2013; Yolcu, Akın, & Durna, 2016).

Çalışmamızda anestezi süresi ve yaş arttıkça ambulasyon zamanının geciktiği saptanmıştır. Yaşın 1 (bir) birimlik artışı ambulasyon süresinde 0,082 birimlik bir artışa sebep olacaktır. Anestezi süresinin 1 (bir) birimlik artışı ise ambulasyon süresinde 0,033 birimlik bir artış oluşturacaktır. Yolcu, Akın ve Durna'nın çalışmasında (2016), ameliyat sonrası dönemde yaş artışına paralel olarak, hastaların mobilizasyon ile ilgili güçlüklerin arttığı saptanmıştır (Yolcu, Akın, & Durna, 2016). Adogwa ve ark (2017) yaptığı çalışmada yaş ile ambulasyon zamanı arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (Adogwa, ve ark, 2017). Yaş ve anestezi süresi cerrahi girişim sonrasında komplikasyon gelişmesinde risk oluşturabilen etkenlerdir. Ortalama anestezi süresi, dört saatten daha uzun olan cerrahi girişimler sonrası hastaların komplikasyon gelişimi açısından risk altında olduğu belirtilmiştir (Arıcı & Taştan, 2018). Bunun yanı sıra yaş ilerledikçe hastaların hareket etme yeteneklerinde de farklı nedenlerle zorluklar olduğu bilinmektedir. Tüm bu durumların aynı zamanda hastaların ambulasyon sürelerini de geciktirdiği düşünülmektedir. Özellikle yaşlı hastaların ambulasyon konusunda teşvik edilmesi önemlidir.

Çalışmamızda, bulantısı olan hastaların ambulasyon zamanlarının, olmayanlara göre daha uzun olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bulantısı olan hastaların beslenmeleri olumsuz etkilenir. Buna bağlı olarak da hastada gelişebilecek halsizliğin hastanın ambulasyon süresinin uzamasına neden olabileceği düşünülmektedir. Cerrahi girişim sonrası ambulasyon sorunu olan hastaların da bulantı kusma yönünden riskli hasta grubunda yer aldığı bildirilmektedir. Çünkü erken ambulasyonun sindirim sistemi sorunlarının azalmasını sağladığı ve hasta memnuniyetini arttırdığı bildirilmektedir (Dağistanlı, Kalaycı, & Kara, 2018; Durmaz & Burucu, 2019).

Hastada var olan drenlerin ve kateterlerin de ambulasyon zamanında uzamaya neden olduğu bildirilmiştir (Nesbitt, ve ark, 2012; Yolcu, Akın, & Durna, 2016; Gündoğdu, 2018). Ahmed ve ark.(2014)'nın çalışma bulgularına göre, cerrahi sonrası

ilk altı saat içinde üriner kateteri çekilen hastaların, ambulasyon süresi ve hastanede kalış süresinin, idrar sondasının çıkarılma zamanlaması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Ahmed, Sayed Ahmed, Atwa, & Metwally, 2014). de Lima ve ark (2008) çalışmalarında göğüs tüpü olan hastaların yürüme mesafesinin çıkartıldıktan sonra anlamlı düzeyde artmış olduğu bildirilmiştir (de Lima, ve ark, 2008). Çalışmamızda da diğer çalışmalara paralel olarak dreni, üriner kateteri ve nazogastrik sondası olan hastaların ambulasyon zamanları anlamlı düzeyde gecikmiştir. Bu durumun hastalarda drenlerin cerrahi kesi yerine yakın olmaları nedeniyle ağrı duymasına ya da ambulasyon sırasında çıkabileceğinden endişe duymalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Bu durumda öncelikle hastalara erken ambulasyonun önemine ve dren ya da sondaları ile nasıl ayağa kalkabileceklerine yönelik ameliyat öncesi eğitim verilmelidir. Ayrıca hastaların ambulasyon zamanından önce ağrı yönetiminin sağlanması da ambulasyonun sağlanabilmesi için oldukça önemlidir.

Ameliyat sonrası dönemde yatak istirahatinin uzamasının komplikasyonların gelişme riskini arttıran önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Eti Aslan, 2010; Özkum İzveren & Dal, 2011; Pashikanti & Von Ah, 2012; Rodriques, Ravu, & Prabhu, 2013; Kalisch, Lee, & Dabney, 2013; Scott, ve ark., 2015; Uğurlu, Kula Şahin, Seçginli, & Eti Aslan, 2017; Ahmed Mersal, Ahmed Mersal, & Ahmed Hussein, 2017; Miwa ve ark, 2017). Adogwa ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada ambulasyon zamanı geç (48 saat üzeri) olan hastalarda pnömoni ya da en az bir komplikasyon gelişme durumunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Adogwa, ve ark, 2017). Bizim çalışmamızda da ambulasyon süresi geç olan hastaların konstipasyonu ve depresyona eğilim puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların yatakta kalma süreleri arttıkça bağımlılıkları artmaktadır. Bu durum, hastada depresyon eğilimine neden olabilecek bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Diğer taraftan abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarda konstipasyon riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir. Bunun yanı sıra hastaların ambulasyon zamanlarının gecikmesinin de konstipasyona neden olduğu bildirilmektedir (Özkum İzveren & Dal, 2011; Ucuzal & Aldanmaz, 2015; Arı & Yılmaz, 2016; Karadağ Arlı, 2019). Çalışma sonucumuz literatür ile benzerlik göstermektedir. Hastaların erken ambulasyonunun sağlanarak gastrointestinal fonksiyonların normale dönmesi ve hastanın bağımsızlığının sağlanması önemlidir.

Bunun yanı sıra konstipasyonu önlemeye yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanması da ameliyat sonrası dönemde önemlidir. Ayrıca anksiyete ve depresyona eğilime yönelik hastalarda ameliyat öncesi dönemden riskli hastaların belirlenmesi, gerekli girişimlerin planlanması ve uygulanması (hasta eğitiminin gerçekleştirilmesi, hastanın etkili dinlenmesi ve sorularının cevaplanması, gerekli ise konsültasyonun sağlanması vb.) da hastaların ameliyat sonrası süreci rahat geçirmesi yönünden önemlidir.

Ayrıca çalışmamızda hastaların ambulasyon zamanı geciktikçe hastanede kalma süresinin arttığı belirlenmiştir. Hastanede kalış süresindeki 1 (bir) birimlik artış ambulasyon süresinde 1,060 birimlik artışa sebep olacağı belirlenmiştir. Ayrıca hastaların hastanede kalma süresi arttıkça depresyona eğilim düzeyinin arttığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da ameliyat sonrası erken ayağa kaldırılan hastalarda, hastanede yatış süresinin anlamlı olarak daha kısa; hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik durumlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Teeuwen, ve ark, 2010; Meyer, ve ark, 2013; Kalisch, Lee, & Dabney, 2013; Kuru & Olçar, 2020). Öndeş Bayar ve ark. (2013) yaptığı çalışmada karaciğer rezeksiyonu geçiren hastalar iki gruba ayrılmıştır (hızlandırılmış cerrahi grubu ve geleneksel cerrahi grubu). Hızlandırılmış cerrahi grubundaki hastalar ameliyat sonrası ilk 24 saatte erken mobilize edilmiş ve ameliyat günü iki saati taburcu olana dek sonraki günler altı saati yatak dışında geçirmeleri sağlanmıştır. Bu grubun hastanede kalma süresi $5,5 \pm 1,4$ gün iken geleneksel cerrahi grubunun hastanede kalma süresinin $11,4 \pm 2,84$ gün olduğu saptanmıştır (Öndeş Bayar, Bademci, Sözen, Tüzüner, & Karayalçın, 2013). Diğer bir çalışmada da erken ayağa kaldırılan hastalarda, hastanede kalış süresinin 5,7 gün, erken ayağa kaldırılmayanlarda 12,9 gün olduğunu belirtilmektedir (McWilliams & Pantelides, 2008). Dolayısı ile hastalarda hastane enfeksiyonları, maliyet, morbidite ve mortalite oranlarında azalma sağlandığı bildirilmiştir (Nesbitt, ve ark, 2012; Miwa, ve ark, 2017; Pokharel & Adhikari, 2017). Hastanın iyileşme sürecini ve hasta memnuniyetini olumlu etkilediği bildirilen erken ambulasyonun sağlanmasında hemşirelik girişimlerinin önemi büyüktür. Erken ambulasyonun sağlanabilmesi için hizmet içi eğitimlerde ambulasyonun önemine yönelik konulara yer verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hastanın durumunun uygun olduğu durumlarda ambulasyonda standardizasyonun sağlanmasına ve uygulanabilirliğine

yönelik gerekli düzenlemelerin yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra hastaların ameliyat sonrası ambulasyonunu kolaylaştırmak amaçlı destek araçlar kullanılmaktadır. Abdominal kemer/korse (binder), karnı çevreleyen ve insizyonu destekleyen geniş bir kemerdir. Kullanımlarıyla ilgili yeterli kanıt olmamasına rağmen, yapılan çalışmalarda olumlu sonuçlar bildirilmiştir. Cheifetz ve arkadaşları (2010), Rothman (2014), Arıcı ve ark. (2015)'nin çalışmalarında, özellikle majör abdominal cerrahi sonrası elastik abdominal korse kullanılmasının ağrı kontrolü, hasta ambulasyonu ve yürüme performansını iyileştirme üzerinde olumlu etkilere (hastaların ambulasyonlarının arttırdığı, ağrı puanlarının düştüğü) sahip olduğu belirtilmiştir (Cheifetz, Lucy, Overend, & Crowe, 2010; Rothman, Gunnarsson, & Bisgaard, 2014; Arici, Tastan, & Can, 2016).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

- Araştırma kapsamına alınan 157 hastanın yaş ortalamasının $49,5 \pm 18,1$ olup, %55.4'ü erkektir.
- Hastaların %76.4'ü evli, % 49'u ilkokul mezunu, %38.2'si ev hanımı, %26.8'i emeklidir.
- Hastaların %27.4'ü sigara kullanmaktadır.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların BKİ ortalaması $27,0 \pm 5,1$ 'dir.
- Araştırmaya katılan hastaların %26,8'nin kronik hastalık öyküsü (diyabet, hipertansiyon, KAH, vb.) vardır.
- Açık abdominal cerrahi geçiren hastalarda en çok (%40,2) apendektomi ameliyatı yapıldığı görülmüştür. Ayrıca elde ettiğimiz sonuçlara göre araştırma kapsamına dahil edilen hastaların ambulasyon zamanı ortalaması $12,45 \pm 9,07$ 'dir. Hastaların ilk ambulasyon şeklinin %66,2 oranıyla oda içinde yürüme olduğu bulunmuştur.
- Hastaların ameliyat sonrası döneme ait klinik bulguları değerlendirildiğinde; en çok bulantı (%72) şikayeti karşımıza çıkmıştır.
- Hastaların son 24 saatteki ortalama ağrı düzeyi $3,7 \pm 1,7$, anksiyete puan ortalamaları $4,0 \pm 2,6$, depresyon puan ortalamaları ise $4,4 \pm 3,0$ olarak bulunmuştur.
- Hastaların derin solunum ve öksürük, yürüme, genel aktivite ve uyuma sırasında ağrı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Ameliyat sonrası bulantı, kusma, konstipasyon, NG, üriner kateter ve dren olan hastaların ambulasyon zamanları daha uzun olarak saptanmıştır.
- Hastalarda ambulasyon zamanı ile yaş ve anestezi süresi arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır. Bunun yanı sıra hastaların hastanede kalma süreleri ile ambulasyon zamanı arasında anlamlı pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır.

6.2. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; sağlık kurumu, hemşireler ve araştırmacılara yönelik öneriler şunlardır;

6.2.1. Sağlık Kurumuna Yönelik Öneriler

- Erken ambulasyonun sağlanabilmesi için hizmet içi eğitimlerde ambulasyonun önemine yönelik konulara yer verilmesi,
- Ambulasyonda standardizasyonun sağlanmasına/ uygulanabilirliğine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması ve bu amaçla kitapçık, broşür gibi görsel eğitim araçlarının geliştirilmesi,
- Ayrıca hastaların ameliyat sonrası ambulasyonunu kolaylaştırmak amaçlı destek araçların kullanılması,
- Hastalarda multimodal analjezinin ve non farmakolojik tekniklerin kullanılmasını sağlamak için öncelikle sağlık profesyonellerinin güncel bilgiler ışığında hizmet içi eğitimlerinin yapılması, ağrı yönetimi ile ilgili gerçekleştirilen kongre, sempozyumlara katılımlarının sağlanması önerilmektedir.

6.2.2. Hemşirelere Yönelik Öneriler

- Hasta ve yakınlarının ameliyat öncesi dönemde erken ambulasyonun önemi konusunda bilgilendirilmesi ve hasta güvenliği sağlanarak hastaların erken ambulasyonlarının sağlanması,
- Erken ambulasyonu engelleyen faktörlerin iyi sorgulanması, saptanması ve ortadan kaldırılması için gerekli uygulamaların planlanması,
- Ameliyat sonrası hastaların teşviki açısından ilk ambulasyon sürecinde cerrahi klinik hemşirelerinin hastaya bire bir destek olması ya da hemşire gözetiminde yapılması,
- Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi ve riskli hastaların saptanması önerilmektedir.

6.2.3. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Ameliyat öncesi ve sonrası olacak şekilde iki farklı dönemde çalışma verilerinin toplanması,

- Çalışmanın daha büyük örneklem grubunda, majör abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarda ve farklı cerrahi kliniklerinde girişimsel araştırma yöntemi kullanılarak yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

Abdikarim, I., Cao, X.-Y., Li, S.-Z., Zhao, Y.-Q., Taupyk, Y., & Wang, Q. (2015). Enhanced Recovery After Surgery with Laparoscopic Radical Gastrectomy for Stomach Carcinomas. *World J Gastroenterol*, 21(47):13339-13344.

Acar, K., Acar, H., Demir, F., & Eti Aslan, F. (2016). Cerrahi Sonrası Ağrı İnsidansı ve Analjezik Kullanım Miktarının Belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 2:85-91.

Adogwa, O., Elsamadicy, A., Fialkoff, J., Cheng, J., Karikari, I., & 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.

Agrawal, K., Majhi, S., & Garg, R. (2019). Post-operative Urinary Retention: Review of Literature. *World J Anesthesiol*, 8(1):1-12.

Ahmed, M., Sayed Ahmed, W., Atwa, K., & Metwally, L. (2014). Timing of Urinary Catheter Removal After Uncomplicated Total Abdominal Hysterectomy: A Prospective Randomized Trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, (176):60-63.

Ahmed Mersal, F., Ahmed Mersal, N., & Ahmed Hussein, H. (2017). Effect of Educational Guidelines for Prevention of Immobilization Complications on Caregivers' Performance and Patients' Functional Condition. *American Journal of Nursing Research*, 5(2):32-41.

Aktan, A. Ö. (2004). Temel Cerrahi. İ. Sayek (Ed.), *Ameliyat Sonrası Bakım* (s. 121-24). Ankara: Güneş Kitabevi.

Apfel, C., Philip, B., Cakmakkaya, Ö., Shilling, A., Shi, Y.-Y., Leslie, J., . . . Kovac, A. (2012). Who Is at Risk for Postdischarge Nausea and Vomiting after Ambulatory Surgery? *Anesthesiology*, 117(3):475-486.

Arı, M., & Yılmaz, E. (2016). Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Konstipasyona Etkisi. *Turk J Colorectal Dis*, (2):39-46.

Arıcı, E., & Taştan, S. (2018). Abdominal Cerrahi Sonrası Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sc.*, 10(3): 188-96.

Arslan, M., Çiçek, R., Celep, B., Hüseyin, Y., & Üstün Kalender, H. (2011). Tiroidektomi Sonrası Postoperatif Ağrıda İntravenöz Parasetamolün Analjezik Etkinliğinin Lornoksikamla Karşılaştırılması. *Ağrı*, 23(4):160-166.

ASA. (2012). Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting: An Updated Report by The American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology*, 116(2):248-273.

Ay, F., & Alpar, Ş. E. (2010). Postoperatif Ağrı Ve Hemşirelik Uygulamaları. *Ağrı*, 22(1):21-29.

Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., & Kültür, S. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4):280-287.

Aygin, D. (2016). Bulantı ve Kusma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1):44-56.

Aykas, A., & Karasu, Z. (2018). Güncel Bilgiler Eşliğinde Kolelitiazis Tedavisinde Laparoskopik ve Açık Kolesistektomi Karşılaştırılması. *KSÜ Tıp Fak Dergisi*, 13(2):51-53.

Bahar, A., & Taşdemir, H. (2008). Dahili Ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2):9-17.

Başak, F., Hasbahçeci, M., Güner, S., Sisik, A., Acar, A., Yücel, M., . . . Baş, G. (2015). Prediction Of Anxiety and Depression in General Surgery İnpatients: A

Prospective Cohort Study of 200 Consecutive Patients. *International Journal of Surgery*, 23:18-22.

Bilgen, S., Kızılcık, N., Haliloğlu, M., Yıldırım, G., Kaspar, E. Ç., & Köner, Ö. (2018). Effect of the Dexamethasone-Ondansetron Combination Versus Dexamethasone-Aprepitant Combination to Prevent Postoperative Nausea and Vomiting. *Turk J Anaesthesiol Reanim*, 46(5):373-380.

Birlikbaş, S., & Bölükbaş, N. (2019). ERAS Rehberleri Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri Enhanced Recovery After Surgery. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(3):194-205.

Bozkırlı, B., Gündoğdu, R., Ersoy, P., Akbaba, S., Temel, H., & Sayın, T. (2012). ERAS Protokolü Kolorektal Cerrahi Sonuçlarımızı Etkiledi mi? *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 28(3):149-152.

Burger, J., Van 't Riet, M., & Jeekel, J. (2002). Abdominal Incisions: Techniques and Postoperative Complications. *Scandinavian Journal of Surgery*, 91(4):315-321.

Büyükyılmaz, F., & Şendir, M. (2009). Cerrahi Hastalarında Barsak Boşaltımı Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1):74-81.

Chatterjee, S., Rudra, A., & Sengupta, S. (2011). Current Concepts in the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesthesiology Research and Practice*, 11(3):1-10.

Cheifetz, O., Lucy, S., Overend, T., & Crowe, J. (2010). The Effect of Abdominal Support on Functional Outcomes in Patients Following Major Abdominal Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Physiotherapy Canada*, 62(3):242-253.

Choi, S. U. (2016). Is Postoperative Nausea and Vomiting Still The Big "Little" Problem? *Korean J Anesthesiol*, 69(1):1-2.

Cimilli, C. (2001). Cerrahide Anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 182-186.

Cleeland, C. S., & Ryan, K. (1994). Pain Assessment: Global Use Of The Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine*, 23(2):129-38.

Çakabay, B., Demirci, S., Aksel, B., Ünal, E., Bayar, S., Kocaoğlu, H., & Akgül, H. (2011). Mide Kanseri Cerrahisinde Fast-track ve Geleneksel Yöntemlerin Karşılaştırılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 27(2):74-77.

Çelik, S. (2013). Batın Ameliyatından 24-48 Saat Sonra Hastaların Ağrı Düzeyleri Ve Uygulanan Hemşirelik Girişimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3):325-337.

Çelik S, Atar NY, Öztürk N, Mendes G, Kuytak F, Bakar E,Ergin S. (2015). Constipation Risk in Patients Undergoing Abdominal Surgery. *Iran Red Crescent Med J*, 17(6):1-9.

Çınar, V. (2005). Batın Ameliyatı Geçiren Hastalarda Erken Ambulasyonun Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi*. Afyonkarahisar

Dağıstanlı, S., Kalaycı, M. U., & Kara, Y. (2018). Genel Cerrahide ERAS Protokolünün Değerlendirilmesi. *İKSST Derg.*, (10):9-20.

Dayılar Candan, H., Oyur Çelik, G., Kamer, E., & Sarıççek, A. (2017). Evaluation of Anxiety Levels of Patients Before Colon Surgery. *Turk J Colorectal Dis*, (27):6-10.

de Lima, V. P., Bonfim, D., Risso, T. T., de Moraes Paisani, D., Junior, J. F., Chiavegato, L. D., & Faresin, S. M. (2008). Influence of Pleural Drainage on Postoperative Pain, Vital Capacity and Six-minute Walk Test After Pulmonary Resection. *J Bras Pneumol*, 34(12):1003-1007.

Demir, B. (2019). The Risk Of Postoperative Constipation İn Liver Transplant Patients. *Annals of Medical Research*, 26(10):2427-2431.

Demirhan, İ., & Gül, P. (2014). Postoperatif İyileşmenin Hızlandırılması Ve Hemşirelik Yaklaşımları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 2(1):43-53.

Dicle, A., Karayurt, Ö., & Dirimeşe, E. (2009). Validation Of The Turkish Version of the Brief Pain Inventory in Surgery Patients. Pain Management Nursing, 107-113.

Dolgun, E., Yavuz van Giersbergen, M., Altınbaş, Y., Aslan, A., Eroğlu, B., Polat, M., & İslamoğlu, A. (2017). Çocuk Hastaların Ameliyat Sonrası İlk Ayağa Kaldırılma Süreleri. DEUHFED , 10(2):79-82.

Dolgun, E., Yavuz van Giersbergen, M., Aslan, A., & Altınbaş, Y. (2017). The Investigation Of Mobilization Times Of Patients after Surgery. Asian Pac. J. Health Sci, 4(1):71-75.

Donahue, R., Bradbury, G., Zychowicz, M., & Muckler, V. (2016). Multimodal Perioperative Analgesia Regimen to Improve Patient Outcomes After Total Knee Arthroplasty: A Multidisciplinary Quality Improvement Project. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 33(2):1-15.

Durmaz Edeer, A., Sarıkaya, A., & Baksi, A. (2018). Ameliyat Öncesi Dönem Hasta Hazırlığında Hemşirelik Yönetimi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 10(4):330-43.

Durmaz, A. (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakım Yönetimini Öğrenmesinde Bilgisayar Destekli Simülasyon Tekniğinin Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, İzmir.

Durmaz, M., & Burucu, R. (2019). Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusmayı Önlemede Kullanılan Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kanıt Düzeyleri . İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(3):97-104.

ERAS Türkiye Derneği. Erişim adresi: <http://eras.org.tr/news.php?id=3>. (2020, 5 Mart).

Erden, S., Akçalı, D., Bulut, H., & Babacan, A. (2015). Determining The Knowledge Of The Pain And Postoperative Pain Management Of Surgical Nurses: A Pilot Study. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1):54-69.

Erdil, F., & Özhan Elbaş, N. (2016). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj Sanayi ve Tic. Ltd.Şti.

Ersoy, E., & Gündoğdu, H. (2007). Cerrahi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 23(1):35-40.

Eti Aslan, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, A. Karadakovan, & F. Eti Aslan (Ed.), Ağrı, (s. 137-160). Adana: Nobel Kitabevi.

Eti Aslan, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, A. Karadakovan, & F. Eti Aslan (Ed.), *Ameliyat Sonrası Bakım*. (s. 345-372). Adana: Nobel Kitabevi.

Eti Aslan, F. (2014). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Eti Aslan, F., Kula Şahin, S., Secginli, S., & Bülbüloğlu, S. (2018). Hastaların, Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimine İlişkin Hemşirelik Uygulamalarından Memnuniyet Düzeyleri: Bir sistematik Derleme. *Ağrı*, 30(3):105-115.

Gan, T.J, Habib, A.S, Miller, T.E., White, W., & Apfelbaum, J.L. (2014). Incidence, Patient Satisfaction, and Perceptions of Post-surgical pain: Results From a US National Survey. *Current Medical Research & Opinion*, 30(1):149-160.

Gelman, D., Gelmanas, A., Urbanaite, D., Tamošiūnas, R., Sadauskas, S., Bilskiene, D., Macas, A. (2018). Role of Multimodal Analgesia in The Evolving Enhanced Recovery After Surgery Pathways. *Medicina*, 54(2):1-9.

Glaysher, M., Cresswell, A. (2017). Management of Common Surgical Complications. *Surgery*, 35(4):190-194.

Glowacki, D. (2015). Effective Pain Management and Improvements in Patients' Outcomes and Satisfaction. *Critical Care Nurse*, 35(3):33-43.

Gök, F., & Yavuz van Giersbergen, M. (2015). Ameliyathane Hemşireliği, M. Yavuz van Giersbergen, & Ş. Kaymakçı (Ed.), Cerrahi Hastasında Ağrı Kontrolü. (s. 325-338). İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.

Gupta, A., Kaur, K., Sharma, S., Goyal, S., Arora, S., & Murthy, R. R. (2010). J Adv Pharm Technol Res. 1(2): 97–108.

Gustafsson, U., Scott, M., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., . . . Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018. World J Surg., 43:659–695.

Güllüoğlu, B. M., Akın, L. M., Barlas, A., Erenoğlu, C., Aktan, Ö., & Batkın, A. (2000). Kolorektal Cerrahi Sonrası Rutin Nazogastrik Dekompresyonu Gerekli mi? Ulusal Cerrahi Dergisi, 16(4):245-253.

Gündoğdu, H. (2018). Current Perioperative Management Strategies for Enhanced Recovery After Surgery. Yoğun Bakım Dergisi, 9(2):51-58.

International Association for the study of Pain (IASP), Erişim adresi: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>. (2020, 10 Ocak).

Ismail, S., Shahzad, K., & Shafiq, F. (2012). Response to the Letter for the Article - Observational Study to Assess the Effectiveness of Postoperative Pain Management of Patients Undergoing Elective Caesarean Section. J Anaesthesiol Clin Pharmacol, 28:410-411.

Jackson, J., Davies, P., Leggett, N., Nugawela, M. D., Scott, L. J., Leach, V., . . . Whiting, P. (2018). Systematic Review of Interventions for The Prevention and Treatment of Postoperative Urinary Retention. BJS Open, 3:11-23.

Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative Anxiety Before Elective Surgery. Neurosciences, 12(2):145-148.

Kalisch, B. J., Lee, S., & Dabney, B. W. (2013). Outcomes of İnpatient Mobilization: a Literature Review. *Journal Of Clinical Nursing*, 1-16.

Kalisch, B., Lee, K. (2010). The İmpact of Teamwork on Missed Nursing Care. *Nurs Outlook* , 58(5):233-241.

Karadağ Arlı, Ş. (2017). Ameliyat Öncesi Anksiyetenin APAIS ve STAI-I Ölçekleri İle Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3):38-47.

Karadağ Arlı, Ş. (2019). Evaluation of Constipation Risk Among İnpatients in Surgery and Internal Medicine Wards. *Turk J Colorectal Dis* , 29(1):19-24.

Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (2010). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Kitabevi.

Kavalcı, G., Arar, C., Çolak, A., Turan, N., & Kavalcı, C. (2013). Postoperatif Solunum Yetersizliği Riskinin Belirlenmesinde Kullanılan Risk İndeklerinin Karşılaştırılması. *Nobel Med.*, 9(2):26-31.

Kerwel, T., Leichtle, S., Asgeirsson, T., Hendren, S., Cleary, R., & Luchtefeld , M. (2014). Risk Factors for Readmission After Elective Colectomy: Postoperative Complications Are More İmportant Than Patient and Operative Factors. *Dis Colon Rectum*, 57(1):98-104.

Kırdemir P, Özorak Ö. Postoperatif Ağrı Ve Analjezik İhtiyacı Preoperatif Dönemde Tahmin Edilebilir Mi? *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(4):951-9.

Kibler, V., Hayes, R., Johnson, D., Anderson, L., Just, S., & Wells, N. (2012). Early Postoperative Ambulation: Back to Basics . *AJN*, 112(4):63-69.

Kiekkas, P., Gardeli, P., Bakalis, N., Stefanopoulos, N., Adamopoulou, K., Avdulla, C., & Konstantinou, E. (2015). Predictors of Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Postoperative Pain in Greece. *Pain Management Nursing*, 16(1):2-10.

Kuru, T., Olçar, H. A. (2020). Effects of Early Mobilization and Weight Bearing on Postoperative Walking Ability and Pain in Geriatric Patients Operated Due to Hip Fracture: A Retrospective Analysis. *Turk J Med Sci*, 50(1):117-125.

Kuş, İ. (2012). Akut Batın Cerrahisinde Abdominal Distansiyonun İdrar Retansiyonuna Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ameliathane Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

Lee, A., Fan, L. (2011). Stimulation of the Wrist Acupuncture Point P6 for Preventing Postoperative Nausea and Vomiting. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(4):1-63.

Mahmudova, R., Candan Dönmez, Y. (2018). Ameliyat Sonrası Hastaların Ayağa Kalkma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 1(1):1-6.

Manworren, R. (2015). Multimodal Pain Management and The Future of a Personalized Medicine Approach to Pain. *AORN Journal*, 101(3):307-318.

McWilliams, D., Pantelides, K. (2008). Does Physiotherapy Led Early Mobilisation Affect Length of Stay on ICU? *ACPRC Journal*, 40:5-11.

Meissner, W., Coluzzi, F., Fletcher, D., Huygen, F., Morlion, B., Neugebauer, E., . . . Pergolizzi, J. (2015). Improving the Management of Post-operative Acute Pain: Priorities for Change. *Current Medical Research and Opinion*, 31(11):2131-2143.

Mendoza , T., Mayne, T., Rublee, D., & Cleeland, C. (2005). Reliability and Validity of a Modified Brief Pain Inventory Short Form in Patients With Osteoarthritis. *European Journal of Pain*, 10(4):353-361.

Mert, S., Göktaş, S. (2019). Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumlarının Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(2):76-83.

Meyer, M., Stanislaus, A., Lee, J., Waak, K., Ryan, C., Saxena, R., . . . Eikermann, M. (2013). Surgical Intensive Care Unit Optimal Mobilisation Score (SOMS) Trial: A

Protocol for an International, Multicentre, Randomised Controlled Trial Focused on Goal-Directed Early Mobilisation of Surgical ICU Patients. *BMJ Open*, 3(8):1-11.

Mingir, T., Ervatan, Z., Turgut, N. (2014). Spinal Anestezi ve Perioperatif Anksiyete. *Turk J Anaesth Reanim.*, 42:190-5.

Miskovic, A., Lumb, A. (2017). Postoperative Pulmonary Complications. *British Journal of Anaesthesia*, 118(3):317–34.

Miwa, S., Visintainer, P., Engelman, R., Miller, A., Lagu, T., Woodbury, E., . . . Pack, Q. R. (2017). Effects of an Ambulation Orderly Program Among Cardiac Surgery Patients. *Am J Med.*, 130(11):1306–1312.

Morris, B. A., Benetti, M., Marro, H., Rosenthal, C. (2010). Clinical Practice Guidelines For Early Mobilization Hours After Surgery. *Orthopaedic Nursing*, 29(5):290-316.

Mukiri, S. (2015). Clinical Study on Post-operative Analgesia and Pain Management of Patients Undergoing Elective Surgeries . *International Surgery Journal*, 2(4):475-479.

Murray, A. A., Retief, F. W. (2016). Acute Postoperative Pain in 1 231 Patients at a Developing Country Referral Hospital: Incidence and Risk Factors. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia* , 22(1):26-31.

Nancharaiah, P., Prasad, T., Venkateswarulu, M. (2018). A Clinical Study of Abdominal Wound Dehiscence and Its Management. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 17(2):49-54.

Nesbitt, J. C., Deppen, S., Corcoran, R., Cogdill, S., Huckabay, S., McKnight, D., . . . Perrigo, L. (2012). Postoperative Ambulation in Thoracic Surgery Patients: Standard Versus Modern Ambulation Methods. *British Association of Critical Care Nurses*, 17(3):130-137.

Oflaz, F., Varol, H. (2010). Yatan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi, 17(1):1-7.

Öğce, F. (2015). Ameliyathane Hemşireliği, M. Yavuz van Giersbergen, & Ş. Kaymakçı (Ed.), Yara İyileşmesi, Pansumanlar, Drenler (s. 549-565). İzmir: Meta Basım Matbacılık Hizmetleri.

Öndeş Bayar, Ö., Bademci, R., Sözen, U., Tüzüner, A., & Karayalçın, K. (2013). Major Karaciğer Rezeksiyonunda ERAS Protokolü. Okmeydanı Tıp Dergisi, 29(3):135-142.

Özalevli, S. (2015). Toraks Cerrahisinde Postoperatif Pulmoner Rehabilitasyon. Toraks Cerrahisi Bülteni, 6:16-25.

Özer, N. (2016). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte, F. Eti Aslan (Ed.), Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi Cerrahinin Sınıflandırılması Cerrahi Gerektiren Durumlar ve Hasta Üzerindeki Etkileri. (s. 9-25). Ankara: Akademisyen Tıp.

Özer, N., Bölükbaş, N. (2001). Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrılı Tanımlamaları ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1):7-17.

Özer, S., Akyürek, B., Başbakkal, Z. (2006). Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi, Davranış Ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi. Ağrı, 18(4):36-43.

Özkum İzveren, A., Dal, Ü. (2011). Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18(2):36-46.

Özveren , H., Faydalı, S., Özdemir, S. (2016). Hemşirelerin Ağrının Farmakolojik Olmayan Yöntemlerle Kontrolüne İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. Turkish Journal of Clinics and Laboratory, 7(4):99-105.

Özveren, H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 83-92.

Pasero, C. (2018). Margo McCaffery: Resolute and Visionary. American Society for Pain Management Nursing, 19(2):89-91.

Pashikanti, L., Ah, DV. (2012). Impact of Early Mobilization Protocol on the Medical-Surgical Inpatient Population. Clinical Nurse Specialist, 26(2):87-94.

Perdreau, A., Joudet, T. (2015). Efficacy of Multimodal Analgesia Injection Combined With Corticosteroids After Arthroscopic Rotator Cuff Repair. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research, 101(8):337–345.

Petrowsky, H., Demartines, N., Rousson, V., Clavien, P.-A. (2004). Evidence-based Value of Prophylactic Drainage in Gastrointestinal Surgery. Annals of Surgery, 240(6):1074-1085.

Pierre, S., Whelan, R. (2013). Nausea and Vomiting After Surgery. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, 13:1-5.

Pokharel, N., Adhikari, S. (2017). Nasogastric Tube Decompression in Stomach and Small Bowel Surgery. PMJN, 17(2):12-17.

Rasmussen, L., & Pedersen, P. (2009). Constipation and Defecation Pattern the First 30 Days After Thoracic Surgery. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 244-250.

Rodrigues, G., Ravu, C., Prabhu, R. (2013). Fast-track Surgery: A New Concept of Perioperative Management of Surgical Patients. Journal of Health Specialties, 1(3):114-121.

Rothman, J., Gunnarsson, U., Bisgaard, T. (2014). Abdominal Binders may Reduce Pain and Improve Physical Function After Major Abdominal Surgery – A Systematic Review. Dan Med J, 61(11):1-6.

Sağkal Midilli, T., Eşer, İ., Yücel, Ş. (2019). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. ACU Sağlık Bil Derg .,10(1):60-69.

Saraçoğlu, A., Yavru, A., Küçüköncü, S., Tüzüner, F., Karadeniz, M., Başaran, B., Mert Şentürk, N. (2014). Predictive Factors Involved in Development of Postoperative Pulmonary Complications. Turk J Anaesth Reanim, 25(1):313-319.

Sarı, D. (2015). Üriner Sistem Uygulamaları. F. Akça Ay içinde, Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler (s. 666-698). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Schwenk, E. S., Mariano, E. R. (2018). Designing The İdeal Perioperative Pain Management Plan Starts With Multimodal Analgesia. Korean Journal of Anesthesiology, 71(5):345-352.

Scott, M. J., Baldini, G., Fearon, K., Feldheiser, A., Feldman, L., Gan, T., . . . Carli, F. (2015). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 59(10):1212-1231.

Shaikh, S. I., Nagarekha, D., Hegade, G., Marutheesh, M. (2016). Postoperative Nausea and Vomiting: A Simple Yet Complex Problem. Anesthesia: Essays and Researches, 10(3):388-96.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., Cheever, K. H. (2010). Perioperative Concepts and Nursing Management. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (s. 422-482). içinde Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Smith H.S., Smith E.J., & Smith B.R.. (2012). Postoperative Nausea and Vomiting. Ann Palliat Med.1(2): 94-102.

Solak Kabataş, M., Özbayır, T. (2016). Kolorektal Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü:Sistemik Derleme. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 5(3):120-132.

Story, SK., Chamberlain, RS. (2009). A Comprehensive Review of Evidence-Based Strategies to Prevent and Treat Postoperative İleus. *Dig Surg.*, 265-75.

Strode, I., Seimane, S., Biksāne, D. (2012). Pain Management in Nursing Practice of Intensive Care Post-Operational Stage Patients. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(6):892-900.

Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu V. (1998). *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*. Hatiboğlu Yayınevi.

Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M., Çertuğ, A. (2013). Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim*, 41:44-9.

Taşdemir, N., Şenol Çelik, S. (2010). Hastaların Cerrahi Girişim Sonrası Abdominal Distansiyona Yönelik Deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26(3):23-31.

Teeuwen, P., Bleichrodt, R., Strik, C., Groenewoud, J., Brinkert, W., van Laarhoven, C., Bremers, A. (2010). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Versus Conventional Postoperative Care in Colorectal Surgery. *J Gastrointest Surg*, 14(1):88-95.

Teke Gençtürk, N. (2015). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, F. Akça Ay (Ed.), *Yara Bakımı ve Uygulamaları* (s. 314-363). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Turan, N., Atabek Aştı, T. (2015). Konstipasyon Yönetiminde Abdominal Masajın Önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2):148-154.

Turhan, Y., Avcı, R., Özcengiz, D. (2012). Elektif Cerrahi Hazırlığında Preoperatif Ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyetiyle İlişkisi. *Anestezi Dergisi*, 20(1):27-33.

Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği. Erişim adresi:

<https://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/preoperatifdegerlendirme.pdf>. (2020, 12 Mart).

Türk Toraks Derneği. Erişim adresi:

<https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/13102014165328-1015.pdf>. (2020, 3 Şubat).

Ucuzal, M., Aldanmaz, N. (2015). Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riski. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2):17-22.

Uğurlu, A.K., Kula Şahin, S., Seçginli, S., Eti Aslan, F. (2017). Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Erken Ayağa Kaldırmanın Hızlı İyileşmeye Etkisi: Sistemik Derleme. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 9(4):280-8.

van Ramshorst, GH., Nieuwenhuizen, J., Hop, WC., Arends, P., Boom, J., Jeekel, J., & Lange, JF. (2010). Abdominal Wound Dehiscence in Adults: Development and Validation of a Risk Model. World Journal of Surgery, 34(1):20-27.

Verma, R., Nelson, R. L. (2010). Prophylactic Nasogastric Decompression After Abdominal Surgery. The Cochrane Collaboration, 3:1-49.

Vermişli, S., Çam, K. (2015). Ürolojik Radikal Cerrahi Sonrası Erken Mobilizasyonun Etkiliği. Bulletin of Urooncology, 14:324-326.

Wahyuni, S., Wahyuni, A., Tarigan, R., & Syarifah, S. (2019). Effect of Early Ambulation to Peristaltic Activity of Abdominal Postoperative Patients in Medan City Hospital, Indonesia. Journal of Physics, 1-5.

Wilder-Smith, C., Hill, L., Dyer, R., Torr, G., Coetzee, E. (2003). Postoperative Sensitization and Pain After Cesarean Delivery and the Effects of Single IM Doses of Tramadol and Diclofenac Alone and in Combination. Anesth Analg, 97(2):526-33.

World Health Organization, Erişim adresi:

https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Impaired_Access/en, (2020,3 Ocak).

Wu, CL., Raja, SN. (2011). Treatment of Acute Postoperative Pain. *The Lancet*, 377(9784):2215-25.

Yaban, Z. Ş., Karaöz, S. (2016). Postoperative Urinary Retention and Nursing Approaches. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2):1154-1161.

Yaman Aktaş, Y., Gürçayır, D., Atalay, C. (2018). Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Yönetiminde Kanıtı Dayalı Uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(3):341-351.

Yavaşcaoğlu, B., Kaya, F. N., Özcan, B., Uzunalioğlu, S., Güven, T., Yazıcı, Ş., Ocakoğlu, G. (2009). Erişkinlerde Anestezi Sonrası Görülen Komplikasyonların Retrospektif Değerlendirilmesi . *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 35(2):73-78.

Yavuz van Giersbergen, M., Şahin Köze, B., Alkan , D., Moradi Özkan, D. (2015). Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Solunum Egzersizlerini Uygulama Durumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31:1-7.

Yavuz, M. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, A. Karadakovan, F. Eti Aslan (Ed.), *Ameliyat Öncesi Bakım* (s. 293-307). Adana: Nobel Kitabevi.

Yetkin, A., Kara, M. (1998). Postoperatif Konstipasyon ve Yapılan Girişimlerin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1):16-27.

Yıldız Fındık, Ü. (2016). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte Eti Aslan (Ed.), *Cerrahi Süreç: Ameliyat Sonrası Bakım Ve Komplikasyonların Önlenmesi*. Ankara: Akademisyen Tıp.

Yıldız Fındık, Ü., Yıldızeli Topçu, S. (2012). Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 22-33.

Yıldızeli Topçu, S. (2016). Hastaların Solunum Egzersizi Uygulamalarını Etkileyen Faktörler ve Hemşirelerin Rolü. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 2:89-96.

Yıldızeli Topçu, S., Deniz Öztekin, S. (2016). Effect of Gum Chewing on Reducing Postoperative Ileus and Recovery After Colorectal Surgery: A Randomised Controlled Trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 23:21-25.

Yılmaz Şenyüz, K., Koçaşlı, S. (2017). Cerrahi Sonrası Ağrıda Multimodal Analjezi ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağ Aka Derg*, 4(2):90-95.

Yılmaz, E., Aydın, E. (2013). Cerrahi Girişim Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi-Sonrası Anksiyetenin Derlenme Kalitesine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 8(23):80-95.

Yılmaz, EM., Çartı, EB., & Kandemir, A. (2016). Our Experience of Laparoscopic Colorectal Surgery:Short Term Outcomes. *Türk J.Colorectal Dis.*,26:108-112.

Yılmaz, M., Gürler, H. (2011). Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri. *Ağrı*, 23(2):71-79.

Yolcu, S., Akın, S., Durna, Z. (2016). Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hareket Düzeyleri ve Hareket Düzeyleri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(2):129-138.

Yüceer, S. (2011). Nursing Approaches in The Postoperative Pain Management. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2(4):474-478.

Zencir, G., Eşer, İ. (2015). Hemşirelikte Yeni Bir Kavram: Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1):83-94.

Zhao, R., Wang, Y., Huang, Y., Cui, Y., Xia, L., Rao, Z., . . . Wu, X. (2017). Effects of Fiber and Probiotics on Diarrhea Associated With Enteral Nutrition in Gastric Cancer Patients. *Medicine*, 96(43):e8418.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 361-370.

8. EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Merhaba, benim adım Serap BAYRAM AKKAYA. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisiyim. Sizi Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülen "Açık Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastaların Ambulasyon Sürelerinin Hasta Sonuçlarına, Anksiyete Ve Depresyona Etkisinin İncelenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir.

Bu araştırma için herhangi bir ödeme yapmayacaksınız ve size de hiç bir ödeme yapılmayacaktır. Formlardan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Ben, (katılımcı adı)..... yukarıdaki metni okudum. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bu sebeple olumsuz bir tutumla karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı olmadan katılmayı kabul ettiğimi beyan ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Tarih (gün/ay/yıl)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Telefonu:

EK-2. HASTA TANILAMA FORMU

Protokol:	Tanı:	Ameliyat:
1. Yaşınız:		Varsa;
2. Cinsiyetiniz:	
a) Kadın b) Erkek		9. Daha önce hastaneye yatma
3. Eğitim durumunuz:		öykünüz var mı?
a) Okur-yazar değil		a)
b) Okur-yazar		Var.....
c) İlkokul		b) Yok
d) Ortaokul		10. Daha önce başka ameliyat
e) Lise		geçirdiniz mi?
f) Üniversite		a)
4. Medeni Haliniz:		Evet.....
a) Evli b) Bekar		...
5. Mesleğiniz :		b) Hayır
a) Çalışmıyor		11. Anestezi süresi:
b) Ev hanımı		12. ASA Skoru:
c) Emekli		13. Ameliyat öncesi yattığı gün
d) Memur		sayısı:
e) Serbest meslek		14. Ameliyat sonrası yattığı gün
f) İşçi		sayısı:
6. Sigara kullanıyor musunuz? :		15. Hastanede kalış süresi:
a) Evet b) Hayır		16. Ambulasyon Zamanı:
Evet ise; gün/adet.....	
7. Boy :..... Kilo :.....		17. Ambulasyonun nasıl olduğu:
BKI:		a) Sandalyede oturma
8. Kronik hastalık varlığı :		b) Oda içinde 1-2 adım atma
a) Var b) Yok		c) Oda içinde yürüme
		d) Servis koridorunda yürüme

EK-3. HASTA SONUÇLARI İZLEM FORMU

HASTA SONUÇLARI	POSTOPERATİF DÖNEM 72-96 SAAT
Solunum sistemi: <ul style="list-style-type: none">• Saturasyon	
GİS: <ul style="list-style-type: none">• Bulantı• Kusma• Konstipasyon• NG	
Üriner sistem: <ul style="list-style-type: none">• İdrara çıkış• İdrar retansiyonu• Foley katater	
Yara yeri <ul style="list-style-type: none">• Ağrı• Kanama vb.• Dren• Santral katater	

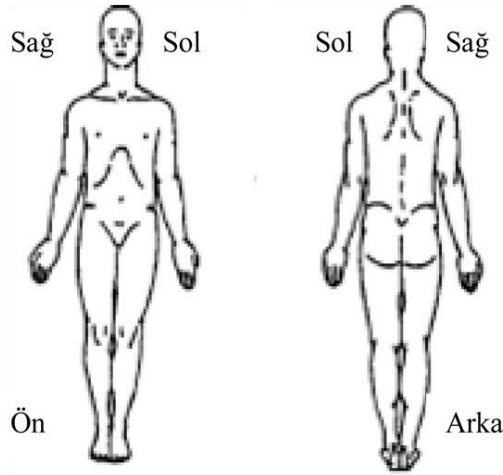
EK-4. KISA AĞRI ENVANTERİ

1. Yaşamımız boyunca zaman zaman birçok ağrı deneyimleriz (minör baş ağrısı, burkulma, diş ağrısı gibi). Bugünkü ağrınız her zaman yaşadığınız bu ağrı çeşitlerinden farklı mı?

1. Evet

2. Hayır

2. Şekil üzerinde ağrı hissettiğiniz bölgeleri işaretleyiniz. En çok ağrıyan bölgeye X işareti koyunuz.



3. Son 24 saatteki “**en kötü**” ağrınızı en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı
Yok

Dayanılmaz
Ağrı

4. Son 24 saatteki “**en hafif**” ağrınızı en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı
Yok

Dayanılmaz
Ağrı

5. Son 24 saatteki “**ortalama**” ağrınızı en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı
Yok

Dayanılmaz
Ağrı

6. “**Şu anki**” ağrınızı en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı
Yok

Dayanılmaz
Ağrı

7. Ağrınız için aldığımız tedaviler ya da ilaçlar nelerdir?

8. Son 24 saatte, ağrı tedavisi ile ağrıdan kurtulmanız nasıldı? Ağrınızdan en fazla ne kadar kurtulduğunuzu yüzde olarak gösteriniz.

%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
Hiç										Tamamen
Kurtulmadım.										Kurtuldum.

9. Son 24 saatte, ağrınız nedeniyle aktivitelerinizdeki etkilenme durumunu en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz.

A. GENEL AKTİVİTE

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

B. EMOSYONEL DURUM

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

C. YÜRÜYEBİLME

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

D. DERİN SOLUNUM VE ÖKSÜRME EGZERSİZİ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

E. DİĞER İNSANLARLA İLİŞKİLER

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

F. UYUMA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

G. YAŞAMDAN ZEVK ALMA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Tamamen
Etkilenmedim.										Etkilendim

EK-5. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- 3 Çoğu zaman 1 Zaman zaman, bazen
2 Birçok zaman 0 Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- 0 Aynı eskisi kadar 2 Yalnızca biraz eskisi kadar
1 Pek eskisi kadar değil 3 Hiçbir zaman

3. Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- 3 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
2 Evet, ama çok da şiddetli değil
1 Biraz, ama beni pek endişelendirmiyor
0 Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- 0 Her zaman olduğu kadar 2 Kesinlikle o kadar değil
1 Şimdi pek o kadar değil 3 Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- 3 Çoğu zaman 1 Zaman zaman, çok sık değil
2 Birçok zaman 0 Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- 3 Hiçbir zaman 1 Bazen
2 Sık değil 0 Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- 0 Kesinlikle 2 Sık değil
1 Genellikle 3 Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- 3 Hemen hemen her zaman 1 Bazen
2 Çok sık 0 Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum

- 0 Hiçbir zaman 2 Oldukça sık
1 Bazen 3 Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- 3 Kesinlikle
2 Gerektiği kadar özen göstermiyorum
1 Pek o kadar özen göstermeyebilirim
0 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- 3 Gerçekten de çok fazla 1 Çok fazla değil
2 Oldukça fazla 0 Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- 0 Her zaman olduğu kadar
1 Her zamankinden biraz daha az
2 Her zamankinden kesinlikle daha az
3 Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- 3 Gerçekten de çok sık 1 Çok sık değil
2 Oldukça sık 0 Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- 0 Sıklıkla 2 Pek sık değil
1 Bazen 3 Çok seyrek

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir.
0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırdan ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon Anksiyete

EK-6. KSBÜ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL İZİNİ

T.C
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Açık abdominal cerrahi uygulanan hastaların ambulasyon sürelerinin hasta sonuçlarına, anksiyete ve depresyona etkisinin incelenmesi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Yerleşkesi Tavşanlı Yolu 10. Km KÜTAHYA
	TELEFON	(0 274) 260 00 43 / 1135-36
	FAKS	(0 274) 265 22 85
	E-POSTA	etik.gir.olmayan@ksbu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Kevser KARACABAY
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kütahya Sağlık Bilimleri Ün.
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cerrahi hastalıkları hemşireliği
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Serap Bayram AKKAYA-Hemşire

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2019/04	Tarih: 19.03.2019
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler incelenmiş olup; Açık abdominal cerrahi uygulanan hastaların ambulasyon sürelerinin hasta sonuçlarına, anksiyete ve depresyona etkisinin incelenmesi başvuru dosyası incelenmiş olup başvurunun etik açıdan uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK-7 KÜTAHYA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN FORMU

T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜKARAR NO : 2019 / 12
KARAR TARİHİ : 18.01.2019

BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURU İNCELEME KOMİSYONU KARARI

Bilimsel araştırma, tez, anket, vb. çalışmalara ilişkin başvuruları incelemek, görüş bildirmek ve uygun görülenleri bildirmek amacıyla Kütahya İl Sağlık Müdürlüğünün 15.11.2018 tarih ve E.983 sayılı Makam Oluru ile oluşturulan Bilimsel Başvuru İnceleme Komisyonunda; Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Serap BAYRAM AKKAYA tarafından "Açık Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastaların Ambulasyon Sürelerinin Hasta Sonuçlarına, Anksiyete Ve Depresyona Etkisinin İncelenmesi" konulu bilimsel çalışması için T.C. Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde komisyon tarihi itibari ile 9 aylık süreçte uygulayabilmesi amacı ile yapılan izin talebi değerlendirilerek ilgili mevzuatlar çerçevesinde gizlilik derecesine haiz bilgi, belge, doküman v.b. evrakların paylaşılmaması, çalışma sonucunun İl Sağlık Müdürlüğüne sunulması, kısıtlamalar açısından Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi Ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik, İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Hasta Hakları Yönetmeliği ve yürürlükteki ilgili diğer mevzuat maddelerine aykırı hareket edilmemesi, sonuçların İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınarak paylaşılması koşuluyla katılımcıların oy birliğiyle uygun görülmüştür.

BAŞKANOp. Dr. Mehmet Fatih EKİCİ
Kamu Hast. Hiz. Başkan V.ÜYEDr. Neslihan ÜNAL
Sağlık Bakanlığı E. Çelebi
E.A.H. Başhekim Yard.ÜYEEcz. Hüral BAKKAL KILIÇ
UzmanÜYEDr. Levent ONAT
Kamu Hast. Hiz. Başkan Yrd.ÜYEZekeriya AKGÜN
Sağlık MemuruÜYEBirkan ÖZGÜR
Sağlık TeknikeriÜYEBerna ALTINER
Sağlık Bakanlığı E. Çelebi
E.A.H.
Eğitim Hemşiresi

EK-8. KSBU EVLİYA ÇELEBİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ KURUM İZİNİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ EVLİYA ÇELEBİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
HASTANE BAŞHEKİMLİĞİNE

Hastanenizde yapmak istediğim Bilimsel Çalışmaya/Ankete ilişkin dosya ilişikte sunulmuştur. Uygun bulunması halinde çalışmanın tamamlanmasının müteakip 1(bir) ay içerisinde çalışma sonuçlarının Hastane Başhekimliğine ve İl Sağlık Müdürlüğüne tarafıma sunulacak, çalışmanın herhangi bir sebeple erken sonlanması durumunda yine 1(bir) ay içerisinde Hastane Başhekimliğine ve İl Sağlık Müdürlüğüne tarafıma bilgi verilecek olup, araştırmamı Sağlık Tesisinizde yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesini hususunda gereğini arz ederim.

Adres : 75.yıl mah. Bekir Sıtkı Paşa cad.

Ad-Soyadı : Serap BAYRAM AKKAYA

Yıldızkent A blok D:13 Kütahya

Tarih : 14.01.2019

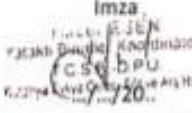
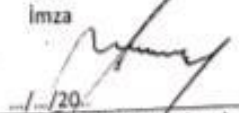
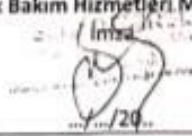
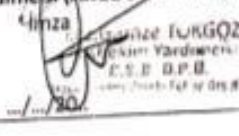

Telefon : 0 536 595 04 15

İmza : 

E-mail : serap.bkaya@dpu.edu.tr

Araştırmanın:

Adı	Açık Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastaların Ambulasyon Sürelerinin Hasta Sonuçlarına, Anksiyete ve Depresyona Etkisinin İncelenmesi
Amacı	Açık Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastaların Ambulasyon Sürelerinin Hasta Sonuçlarına, Anksiyete ve Depresyona Etkisinin İncelenmesi
Yöntemi	Tanımlayıcı türde olan araştırma Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde 15.02.2019- 30.10.2019 tarihleri arasında açık abdominal cerrahi uygulanan hastalar ile yüz yüze görüşülerek ekte sunulan veri toplama formları doldurulacaktır.
Uygulanacağı Yerler	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi 1, 2 Servisi
Varsa Destekleyen (hibe, destek, fon vb.) Kurum/Kuruluş Adı	---
Başlama Tarihi ve Süresi	15.02.2019- 30.10.2019
Tez Çalışması İse Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı	Dr. Öğr. Üyesi Kevser KARACABAY

<p>Supervisor Hemşire* İmza  15/01/2019</p>	<p>Personel Hizmetlerinden sorumlu Müdür Yardımcısı İmza  15/01/2019</p>
<p>Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü** İmza  15/01/2019</p>	<p>Başhekim Yardımcısı (ARGE Sorumlusu) İmza  15/01/2019</p>
<p>ONAY BAŞHEKİM İmza  15/01/2019</p>	

*Eğitim Araştırma Hastaneleri Oynadıkları Devlet Hastanelerinde Supervisor Hemşire imzasına gerek yoktur.

EK-9. KISA AĞRI ENVANTERİ ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

Kısa Ağrı Envanteri İzni Gelen Kutusu x



Serap Bayram akkaya <serap.bkaya@dpu.edu.tr>

1 Eki 2018 Pzt 21:31



Alıcı: aklime.sarikaya

Saygıdeğer hocam merhabalar,nasılsınız?Hocam Serap Bayram Akkaya ben,Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nde Hemşirelik Anabilim Dalı,Cerrahi Hemşireliği'nde yüksek lisans yapmaktayım.Danışman hocam Dr.Öğrt.Üyesi Kevser Karacabay'dır.Hocam sizden bir isteğim olacaktı,tez çalışmamda sizin Kısa Ağrı Envanteri'nizi kullanmak için bana izin verir misiniz?Saygılarımla,iyi akşamlar.

Sayın Serap BAYRAM AKKAYA

Türkçe'ye uyarladığımız “**Kısa Ağrı Envanteri (Brief Pain Inventory)**”ni

çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz. **Kısa Ağrı Envanteri** Türkçe Formunu araştırmanızda kullanabilirsiniz.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması İzmir ilinde bir Üniversite Hastanesinde batın cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmayı amaçlıyoruz. Bu nedenle siz kendi makalenizi yayınladıktan sonra veri tabanınızı bizimle paylaşabilirseniz, daha büyük popülasyonda, farklı olgu gruplarında geçerlik güvenilirlik analizlerini yeniden test etmeyi ve değerlendirmeyi umuyoruz. Bu yaklaşım ölçekte gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için yararlı olacaktır. Yapmayı düşündüğümüz bu metodolojik çalışmada yöntemde, kaynaklarda ve teşekkür bölümünde tüm araştırmacılara yer vereceğimizi bildirmek isterim.

Çalışma verilerinizi göndermenizde; yasal ve etik açıdan haklarınızın ve bizlerin haklarının güvence altında olduğunu, beyan eder bilgilerinize sunarız. 01.10.2018

Saygılarımızla

Doç. Dr. Aklime SARIKAYA

İletişim:

Aklime Sarıkaya

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Halkalı, Küçükçekmece İstanbul, 34303.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi,

aklime.sarikaya@izu.edu.tr

aklime.sarikaya@deu.edu.tr

aklimesarikaya@gmail.com

Tel:0505525098

Aklime Sarıkaya

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Serap BAYRAM AKKAYA

Doğum tarihi ve yeri : 14.07.1980, Kütahya

Eğitim

Mezuniyet Tarihi

Doktora :

Yüksek lisans :

Lisans : DPU Sağlık Yüksekokulu 2002

Lise : İmam Hatip Lisesi 1997

İlkokul : Atatürk İlkokulu 1991

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2009-2011	DPU Hastanesi	Hemşire
2011-2019	DPU Eğitim Araş. Hast.	Hemşire
2019-Halen	KSBÜ Diş. Hek. Fak.	Hemşire

Yabancı Dil : İngilizce

Yayımlar :

Diğer açıklayıcı bilgiler :

.....

İrtibat Bilgileri

e-mail : serap.bayramakkaya@ksbu.edu.tr