



T.C

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LOMBER DİSK AMELİYATI OLACAK HASTALARA AMELİYAT  
ÖNCESİ VERİLEN YATAK İÇİ DÖNME VE MOBİLİZASYON  
EĞİTİMİNİN AMELİYAT SONRASI İLK HAREKETLİLİK DÜZEYİNE  
ETKİSİ

HATİCE AKKAYA

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

OCAK 2020





**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**LOMBER DİSK AMELİYATI OLACAK HASTALARA AMELİYAT  
ÖNCESİ VERİLEN YATAK İÇİ DÖNME VE MOBİLİZASYON  
EĞİTİMİNİN AMELİYAT SONRASI İLK HAREKETLİLİK DÜZEYİNE  
ETKİSİ**

**Hatice Akkaya**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Hatice AYHAN**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**OCAK 2020**



## TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında Hatice AKKAYA (ÇINAR)  
tarafından hazırlanan Lomber Disk Ameliyatı Olacak Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen  
Yatak İçi Dönme Ve Mobilizasyon Eğitiminin Ameliyat Sonrası İlk Hareketlilik Düzeyine Etkisi  
Başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından **ÜY BİRLİĞİ** OY ÇOKLUĞU ile  
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

**Başkan:** Prof. Dr. Hülya BULUT  
Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi  
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

**Üye:** Prof. Dr. Mehmet Kadri DANEYEMEZ  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir  
Cerrahisi Anabilim Dalı  
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

**Üye:** Prof. Dr. Emine İYİGÜN  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi  
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

**Danışman/Üye:** Doç. Dr. Hatice AYHAN  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi  
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

**Üye:** Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖSE  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik  
Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 10/01/2020

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

Prof. Dr. Ömer AZAL  
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Tezin Teslim Edildiği Tarih: 13/01/2020



## BEYAN

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

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 çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,

Mevcut tezin çalışması 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 kayıplarımı kabullendiğimi beyan ederim.

Hatice AKKAYA(ÇINAR)

10.01.2020

## ÖZET

**Lomber Disk Ameliyatı Olacak Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Yatak İçi Dönme Ve Mobilizasyon Eğitiminin Ameliyat Sonrası İlk Hareketlilik Düzeyine Etkisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020**

Bu araştırmanın amacı, lomber disk ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi dönemde demonstrasyon yöntemi ile verilen yatak içi dönme ve mobilizasyon eğitiminin, ameliyat sonrası hastanın ilk hareketlilik düzeyine etkisinin incelenmesidir. Bu araştırma randomize kontrollü, tek kör bir klinik çalışmadır. Araştırmanın evrenini, Ocak- Kasım 2019 tarihleri arasında lomber disk hernisi tanısı ile ameliyat olan 19 müdahale, 21 kontrol olmak üzere toplam 40 hasta oluşturdu. Hastalar randomizasyon tablosuna göre kontrol ya da müdahale grubuna alındı. Kontrol grubunda yer alan hastalar rutin klinik bakım alırken müdahale grubundaki hastalara araştırmacı tarafından ameliyattan bir gün önce planlı eğitimle yatak içi dönme ve mobilizasyon eğitimi verildi. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, mobilizasyon öncesi ağrı ve ayağa kalkma isteklilik puanları, hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik ölçeği puanları, durumluk ve sürekli kaygı puanları kaydedildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Shapiro-Wilk Normallik Testi, Ki-kare Testi, Student t-Testi, Mann Whitney U Testi kullanıldı. Mobilizasyon öncesinde müdahale grubundaki hastaların anksiyete düzeylerinin, kontrol grubundaki hastalara göre daha düşük olduğu bulundu ( $p<0,05$ ). Ameliyat sonrası hasta hareketlilik ölçek puanı müdahale grubunda, kontrol grubuna göre daha düşük olup, aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Bu araştırmanın sonucuna göre lomber disk ameliyatı olacak hastalara ameliyat sonrası ilk dönme ve mobilizasyon sırasında ağrı ve anksiyetenin azaltılması için, ameliyat öncesi dönemde eğitim verilmesi, eğitim aracı olarak resimli yatak içi dönme ve mobilizasyon materyalinin kullanılması tavsiye edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** ameliyat sonrası, hareketlilik, hemşirelik, lomber disk cerrahisi, yatak içi dönme



## ABSTRACT

### **The Effect on the First Mobility of Inside Bed Rotation and Mobilization Training to Patients Who Will Be Lumbar Disc Surgery, Medical Sciences University, Gülhane Medical Sciences Institute, Nursing Program, Master Thesis, Ankara, 2020**

The purpose of this study is to examine the effect on the first mobility of inside bed rotation and mobilization training to patients who will be lumbar disc surgery. This study is a randomized controlled clinical trial. The sample of this study consisted of 40 operated with the diagnosis lumbar disc herniation patients that 19 of which were intervention and 21 of which were control patients between January-November 2019. The patients were taken to the table randomization method in the study. While the patients in the control group received routine clinical care, the patients in the intervention group received in-bed rotation and mobilization training with planned training one day before the operation. Sociodemographic and clinical characteristics, pain and willingness to stand up before mobilization scores, patient mobility score and observer mobility scale and state-trait anxiety scores of patients were recorded. Descriptive statistics, Shapiro-Wilk Normality Test, Ki-kare Test, Student t-Test, Mann Whitney U Test were used in the analysis of the data. Before mobilization, it was found that the anxiety levels in the intervention group were lower than in the control group ( $p < 0,05$ ). Postoperative patient mobility scores were lower in the intervention group compared to the control group and the difference was significant ( $p < 0,05$ ). According to the results of this study, preoperative training increased the patient's willingness and decreased the level of pain and strain and anxiety during mobilization. It is recommended that patients lumbar disc surgery should be educated with illustrated in bed rotation and mobilization material and demonstration method.

**Key Words:** postoperative, mobility, nursing, lumber disc surgery, in-bed rotation

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince, bilgi ve deneyimiyle bana yol gösteren, özverili desteğini her zaman hissettiğim, öğrencisi olmakla gurur duyduğum değerli Hocam Doç. Dr. Hatice Ayhan'a sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bilgi ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim, her türlü bilimsel katkı ve manevi desteğini esirgemeyen başta değerli Hocam Sayın Prof. Dr. Emine İYİGÜN ve Dr. Öğr. Üyesi Sibel YILMAZ ŞAHİN olmak üzere, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki tüm lisansüstü eğitim öğrencilerine teşekkür ederim.

Tez çalışmamın başından itibaren desteğini esirgemeyen Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Mehmet Kadri DANEYEMEZ' e teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin uygulama aşamasında desteklerini esirgemeyen Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı'nda görev yapan başta klinik sorumlu hemşiresi Sayın Songül BOZTAŞ olmak üzere değerli hemşire ve hekimlere; çalışma ve yüksek lisans arkadaşım çok sevgili Ayşe Nur ÖZÇAKIR'a teşekkürlerimi sunarım.

Yaşamımın her döneminde sevgi, ilgi ve desteklerini yanımda hissettiren, her zaman büyük fedakârlık gösteren sevgili annem ve babama, kardeşlerim Tuğba Nur ÇINAR ve İlhan ÇINAR'a, beni her zaman cesaretlendiren ve sabırla, sevgisiyle yanımda olan sevgili eşim Sinan AKKAYA'ya sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Hatice Akkaya

# İÇİNDEKİLER

Sayfa

<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	vi
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	vii
<b>ÇİZELGELER</b> .....	x
<b>ŞEKİLLER</b> .....	xi
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	xii
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Hipotezi.....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1. Lomber Disk Hernisi.....	5
2.1.1. Lomber Bölgenin Anatomik Yapısı.....	5
2.1.2. Lomber Disk Hernisi Tanımı.....	6
2.1.3. Lomber Disk Hernisi Etiyolojik Faktörleri.....	6
2.1.4. Lomber Disk Hernisinin Fizyopatolojisi.....	7
2.1.5. Lomber Disk Hernisinde Klinik Belirti ve Bulgular.....	8
2.1.6. Lomber Disk Hernisinde Tanı Yöntemleri.....	9
2.1.7. Lomber Disk Hernisinde Tedavi Yöntemleri.....	9
2.1.8. Lomber Disk Hernisi Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı.....	10
2.2. Ameliyat Sonrası Hareketlilik ve Mobilizasyon.....	12
2.2.1. Ameliyat Sonrası Hareketlilik ve Mobilizasyonun Önemi.....	12
2.2.2. Ameliyat Sonrası Hareketlilik ve Mobilizasyonda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	13
2.2.3. Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Sonrası Hareketlilik ve Mobilizasyon.....	14
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	17

3.1. Araştırmanın Türü .....	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	17
3.4. Araştırmaya Dahil Olma, Araştırmadan Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri .....	18
3.5. Veri Toplama Araçları.....	19
3.5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu .....	19
3.5.2. Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği.....	19
3.5.3. Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği .....	20
3.5.4. Sayısal Değerlendirme Skalası.....	22
3.6. Araştırmanın Hazırlanma Aşaması .....	22
3.6.1. Eğitim Materyalinin Hazırlanma Süreci .....	22
3.6.2. Uzman Görüşlerinin Elde Edilmesi Süreci .....	23
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	24
3.8. Randomizasyon ve Körlük .....	28
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu ve İzin Alma Süreci .....	28
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	29
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>31</b>
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	31
4.2. Ameliyat Sonrası İlk Hareketliliğe İlişkin Bulgular.....	33
4.3. Mobilizasyona Yönelik Anksiyeteye İlişkin Bulgular .....	36
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>37</b>
5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	37
5.2. Ameliyat Sonrası İlk Hareketliliğe İlişkin Bulguların Tartışılması .....	38
5.3. Mobilizasyona Yönelik Anksiyeteye İlişkin Bulguların Tartışılması .....	40
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>43</b>
6.1. Sonuçlar .....	43
6.1.1. Sonuçlar Doğrultusunda Hipotezin Sınanması .....	43
6.2. Öneriler .....	43
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>45</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>50</b>

EK-1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu .....	51
EK-2: Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği.....	53
EK-3: Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri .....	55
EK-4: Sayısal Değerlendirme Skalası.....	57
EK-5: Resimli Yatak İçi Dönme ve Mobilizasyon Eğitimi Materyali.....	58
EK-6: Randomizasyon Tablosu .....	62
EK-7: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği Anabilim Dalı .....	63
EK-8: Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı .....	64
EK-9: Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu- Kontrol Grubu.....	65
EK-10: Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu- Müdahale Grubu .....	70
<b>ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ .....</b>	<b>75</b>

## ÇİZELGELER

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Uzman Görüşü Kapsam Geçerlik İndeks Puanları.....	24
Çizelge 4.1.1. Grupların Sosyo-Demografik Özelliklerini Karşılaştırılması. ....	31
Çizelge 4.1.2. Grupların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	32
Çizelge 4.2.1. Grupların Ameliyat Sonrası Yatak İçi Dönme Puanlarının Karşılaştırılması .....	34
Çizelge 4.2.2. Grupların Mobilizasyon Öncesi Ayağa Kalkma İsteği ve Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Çizelge 4.2.3. Grupların Mobilizasyon Sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	35
Çizelge 4.3.1. Grupların Mobilizasyon Öncesi ve Sonrası Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....	36

## ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Vertebral Kolonun Yapısı .....	5
Şekil 2.2. İntervertebral Diskin Yapısı.....	6
Şekil 2.3. Diskin Fıtıklaşması .....	6
Şekil 2.4. Disk Hernisi Oluşumu .....	8
Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması .....	27



## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>LDH</b>	Lomber Disk Herniasyonu
<b>MRG</b>	Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>BT</b>	Bilgisayarlı Tomografi
<b>DVT</b>	Derin Ven Trombozu
<b>ASA</b>	American Society of Anesthesiologists
<b>ERAS</b>	Enhanced Recovery After Surgery
<b>BKİ</b>	Beden Kitle İndeksi
<b>mg</b>	Miligram
<b>ml</b>	Mililitre
<b>flk</b>	Flakon



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Lomber disk herniasyonu (LDH) nukleus pulposuzun zayıflamış ya da yırtılmış alandan anulus fibrosusa doğru çıkıntı yapması sonucu meydana gelir (1,2). Lomber disklerde, herniasyon, en sık L4-L5, L5-S1 düzeyinde görülmektedir (3,4). LDH'a neden olan etiyolojik faktörler, yaş, cinsiyet, uzun boy, beden ağırlığının fazlalığı, sigara kullanımı, motorlu araç kullanmak, sedanter yaşam tarzı, bel mekaniğine uygun olmayan şekilde hareket etmek, ağır fiziksel aktivite ve travmatik kazalardır. Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nın 2016 verilerine göre, on beş yaş ve üstü bireylerin son on iki ay içinde geçirdiği başlıca hastalık/sağlık sorunları arasında bel ağrısı, LDH ve diğer bel defektleri görülme oranı %27.1 olup, ilk sırada yer almaktadır (5). LDH tanılı hastaların tedavisinde konservatif ve cerrahi yöntemler yer almaktadır. Hastada konservatif tedavi ile iyileşmenin sağlanamadığı durumlar ile kas zayıflığı ve atrofisi, duyu ve motor işlev kaybı, sfinkter kontrol kaybı ile seyreden ilerleyici nörolojik defisit varlığında cerrahi tedavi uygulanır (1,6,7). LDH hastalarının cerrahi tedavisinde uygulanan başlıca yöntemler; diskektomi, mikrodiskektomi, lazer yardımcı laparoskopik lomber diskektomi, laminektomi, spinal füzyon ve foraminotomidir (1,6).

Lomber diskektomi ve lomber füzyon ameliyatı sonrası hemostazı sağlamak için hastanın en az bir saat supine pozisyonunda yatırılması önerilmektedir. Daha sonra ise, yatak içinde hareketliliğinin sağlanması tavsiye edilmektedir. Ameliyat sonrası hastaya uygun şekilde pozisyon değişikliği yapılmasının, diskler üzerindeki basıncı azaltarak insizyon bölgesinde ağrıyı azalttığı belirtilmektedir. Ancak bu sırada ameliyat bölgesinin korunması ve bel bölgesine basıncın önlenmesi için yatak içi dönme sırasında ani hareketlerden kaçınılması ve bir bütün olarak dönülmesi gibi hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir (1,6,8,9). LDH cerrahisi sonrası bir diğer önemli konuda hastanın mobilizasyonudur. Literatürde, cerrahi geçiren hastaların erken mobilizasyonu sağlandığında; hareketsizliğe bağlı komplikasyonların, opioid kullanımının ve oksijen desteği ihtiyacının azaltılabileceği, hasta memnuniyetinin ise arttırılabileceği ortaya konulmuştur (10,11,12). Hastanın dreni ve kateterlerinin olması ya da intravenöz sıvı infüzyonu uygulanması gibi sebeplerle mobilizasyonun

ertelenmemesi önerilmektedir (12). Ancak literatüre bakıldığında, hastaların LDH cerrahisi sonrası ilk kez hareket etmeye karşı genellikle korku ve anksiyete hissettikleri (10), rutin klinik uygulamada ise ameliyat bölgesine zarar verme düşüncesinden dolayı hareket etmekte çekimser davrandıkları görülmektedir. Hatta kinezyafobi olarak tanımlanan yeniden yaralanma ya da hareketle ağrı oluşması korkusunun spinal cerrahi geçiren hastalarda postoperatif aktivite düzeyini ciddi düzeyde azalttığı belirtilmektedir (13,14,15). Disk cerrahisi geçiren hastaları da içeren cerrahi hastaların yaşadıkları deneyimleri inceleyen çalışmalarda, hastaların en çok yataktan kalkarken ve mobilizasyon sırasında ağrı yaşadıkları belirtilmiş, ağrıyı azaltacak uygun bir pozisyon alma ve mobilizasyon konusunda desteğe ve eğitime ihtiyaçları olduğuna dikkat çekilmiştir (12,16,17). Literatürde LDH cerrahisi geçiren hastalara verilen eğitimin etkinliğini değerlendiren çalışmalara rastlanmıştır, ancak bu çalışmalarda verilen eğitim içeriğinin taburculuk sonrasına ilişkin hareketlilik ve vücut mekanikleriyle ilgili olduğu görülmüştür (18, 19,20). LDH cerrahisi sonrası erken postoperatif dönemde yatak içi dönme ve mobilizasyonu içeren ilk hareketlilikle ilişkili yaşanan problemleri çözmeye yönelik ameliyat öncesi verilen eğitimin etkinliğini değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. LDH cerrahisi sonrası hastanın ilk hareketliliğinin sağlanmasında kanıta dayalı uygulamaya veri oluşturacak çalışmalara gereksinim olduğu değerlendirilmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın temel amacı, LDH cerrahisi geçirecek hastalara ameliyat öncesi dönemde demonstrasyon yöntemi ile verilen yatak içi dönme ve mobilizasyon eğitiminin, ameliyat sonrası hastanın ilk hareketlilik düzeyine etkisinin incelenmesidir. Araştırmanın diğer amaçları ise yatak içi dönme ve mobilizasyon eğitiminin, hastaların anksiyete düzeyine ve mobilizasyona isteklilik üzerine etkisinin belirlenmesidir.

### **1.3. Araştırmanın Hipotezi**

Hareketlilik Düzeyi

H<sub>1</sub>: LDH cerrahisi öncesi planlı eğitim verilen ve verilmeyen hastaların hareketlilik puanları arasında fark vardır.



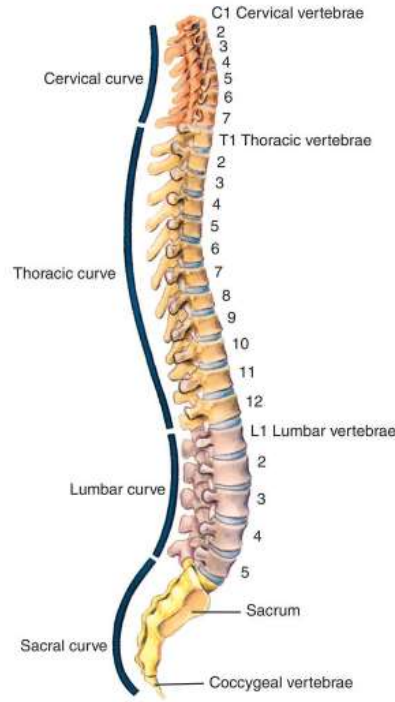


## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Lomber Disk Hernisi

#### 2.1.1. Lomber Bölgenin Anatomik Yapısı

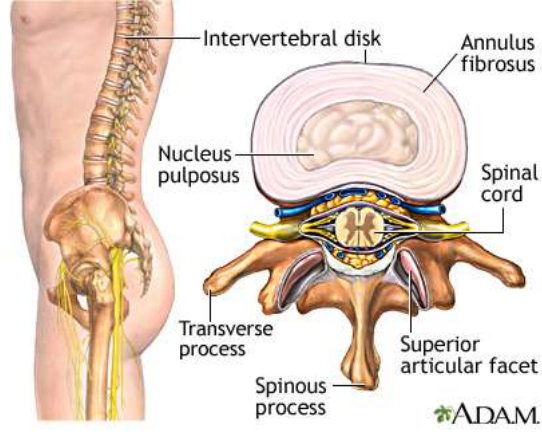
Vertebral kolon, omurların (vertebra) bir araya gelerek oluşturduğu ve içerisinde omuriliğin yer aldığı esnek ve güçlü bir kemik yapıdır. Vertebral kolon; servikal bölgede yedi, torakal bölgede on iki, lomber bölgede beş, sakral bölgede beş ve koksikte dört olmak üzere toplam otuz üç vertebradan oluşur (Bkz. Şekil 2.1) (1,21).



Şekil 2.1: Vertebral kolonun yapısı

<https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Spinal+diseases>

Vertebraların arasında, ikinci servikalden, birinci sakrala kadar vertebra korpuslarını ardışık olarak birbirine bağlayan, yarı oynar eklem olan intervertebral diskler bulunur. İntervertebral diskler, disk biçimini almış fibröz kıkırdaktan oluşan yastıkçıklardır ve anulus fibrosus adı verilen sağlam bir dış tabakadan ve ortasında bulunan jel yapıdaki nükleus pulposusdan oluşur (Bkz. Şekil 2.2) (1,22).

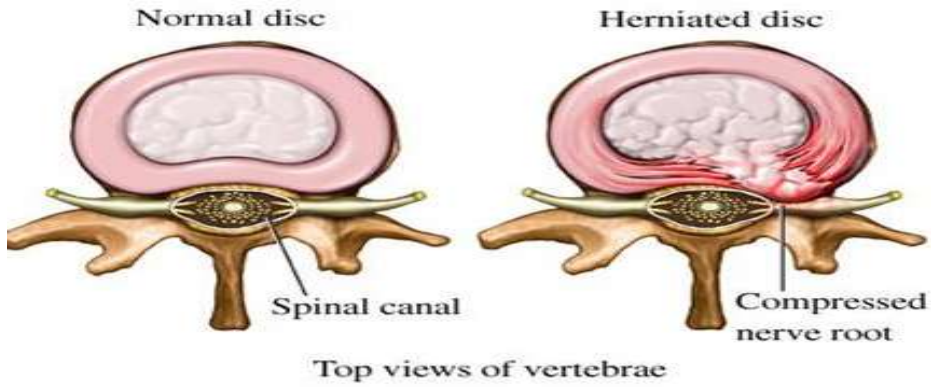


**Şekil 2.2:** İntervertebral diskin yapısı

<https://medlineplus.gov/ency/imagepages/19469.htm>

### 2.1.2. Lomber Disk Hernisi Tanımı

İntervertebral disk hernisi, nükleus pulpozusun, fibroz annulüsten dışarıya doğru çıkarak spinal kanala doğru fıtıklaşmasıdır (Bkz. Şekil 2.3). İntervertebral disk boşluğunun, normal fizyolojik alanının dışına lokalize olarak yer değiştirdiği bu fıtıklaşma lomber bölgede ise, LDH adını almaktadır (1,2,23).



**Şekil 2. 3:** Diskin Fıtıklaşması

<https://beyincerrahisi.weebly.com/lomber-disk-hernisi.html>

### 2.1.3. Lomber Disk Hernisi Etiyolojik Faktörleri

Lomber disk herniasyonuna sebep olan faktörlerin; mesleki, bireysel, sportif ve psikolojik faktörler olmak üzere dört ana başlık altında toplandığı görülmektedir.

### **Mesleki Faktörler**

Lomber disk herniasyonuna neden olan mesleki faktörler, kişilerin çalışma esnasında vücut mekaniklerini doğru kullanmaması, ağır eşya taşıma, ayakta uzun süre kalma, ağır fiziksel koşullar ve ergonomik olmayan çalışma koşullarıdır. Bunun yanı sıra, ağır olmayan fakat hareketsiz çalışma koşulları da bel ağrıları ve herni oluşumuna neden olmaktadır. Ayrıca iş makinesi gibi titreşim yapan ve yayan araçları kullanarak çalışan bireylerde de yüksek titreşim nedeniyle disk hernisi görülme sıklığı artmaktadır (2,24,25). Amir ve Qadir'ın 2018 yılında yaptıkları çalışmada LDH'ın çalışmaya katılanlar arasında en sık (%31) uzun yol şoförlerinde görüldüğü; ofis çalışanlarında ise görülme oranının %9 olduğu belirtilmiştir (26).

### **Bireysel Faktörler**

Otuz-elli yaş aralığında bulunmak, diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi sistemik hastalıklar, uzun boy, beden kitle indeksinin yüksek olması, sigara kullanmak, hareketsiz yaşam tarzı LDH için bireysel risk faktörleri arasındadır (2,26).

### **Sportif Faktörler**

Erhan ve ark. (2009)'nın çalışmasında futbol, halter, güreş, jimnastik, golf, kayak ve kürek gibi yüksek riskli sporlarla ilgilenen sporcularda sıklıkla bel ağrısı görüldüğü ve bu sporların LDH oluşumunda önemli bir yere sahip olduğu bildirilmiştir (27).

### **Psikolojik Faktörler**

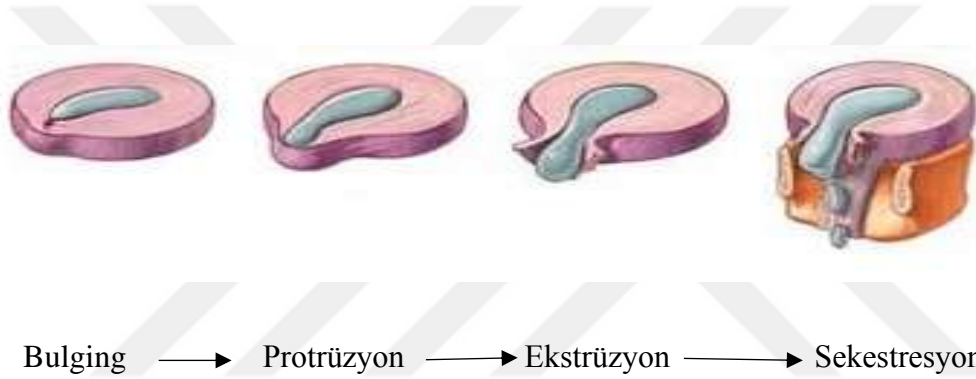
Lomber disk herniasyonunun önemli bir belirtisi olan ağrının stres, anksiyete ve depresyonla arasında anlamlı bir ilişki vardır. İş yeri memnuniyetsizliği, işini sevmeme, övgü alamama gibi olumsuz durumlar ağrı algısını artırmaktadır (28).

#### **2.1.4. Lomber Disk Hernisinin Fیزیopatolojisi**

Lomber disk herniasyonu yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak ortaya çıkabileceği gibi, omurgaya sürekli kuvvet uygulanması veya tekrarlayan omurga travmaları nedeniyle de meydana gelebilmektedir. İntervertebral disk hernileri disk seviyeleri daha hareketli ve kanal çapının dar olduğu L4-L5 ve L5-S1 vertebraları arasında daha sık görülmektedir (1,9,23).

LDH dört aşamada oluşmaktadır (Bkz. Şekil 2.4).

1. *Bulging (Bombeleşme)*: Annülüs fibrozusun korpus kenarlarından taşıdığı ve diskte dejenasyonun görüldüğü aşama
2. *Protrüzyon*: Annülüs fibrozusun iç tabakalarının yırtılmasıyla ortaya çıkan posterolateral alanda kavislenmenin olduğu aşama
3. *Ekstrüzyon*: Annülüs fibrozusun tüm tabakalarının yırtılması nedeniyle nükleus pulpozusun dorsale doğru herniye olduğu aşama
4. *Sekestresyon*: Ekstrüzyon sonrasında, nükleus pulpozusun annülüs fibrozusu tamamen yırtarak kanal içinde serbest kaldığı aşamadır.



Şekil 2.4: Disk Hernisi Oluşumu

<https://www.precisionhealth.com.au/healthcare-services/advanced-neurosurgery-spinal-surgery/procedures-and-surgery/lumbar-microdiscectomy/>

### 2.1.5. Lomber Disk Hernisinde Klinik Belirti ve Bulgular

Hastalarda görülen belirti ve bulguların şiddeti ve türü; herninin lokasyonuna ve etkilenen sinir köküne göre değişim göstermekle birlikte, hastaların en sık bel ağrısı yaşadığı bilinmektedir. Diğer belirti ve bulguların ise; bacağa vuran ağrı, kas güçsüzlüğü, paralizisi, mesane ya da barsak inkontinansı olduğu belirtilmektedir (2,6,9,29,30).



### **2.1.6. Lomber Disk Hernisinde Tanı Yöntemleri**

Hastadan detaylı sağlık öyküsünün alınması, bütün hastalıklarda olduğu gibi LDH'lı hastayla da karşılaşıldığında ilk yapılması gereken işlemdir. Bu doğrultuda hastalığın oluşumuna neden olabilecek; yaş, kilo, beden kitle indeksi, sigara kullanımı, mesleği, eşlik eden sistemik hastalıkları ve daha önce geçirmiş olduğu travmalar, yaralanmalar değerlendirilir. Bunun yanında hastada gözlenen hastalığın öyküsü kapsamında ağrının lokalizasyonu, niteliği, ne zaman başladığı ve ne kadar sürdüğü, artıran-azaltan faktörler, ayakta uyuşukluk, karıncalanma, güçsüzlük, olup olmadığı, idrar ve gaita kaçırma sorunlarının varlığı sorgulanmalıdır (23,31,32). LDH'ı tanılamada en sık kullanılan radyolojik görüntüleme yöntemleri ise; manyetik rezonans görüntüleme (MRG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve direkt grafidir (22,33).

### **2.1.7. Lomber Disk Hernisinde Tedavi Yöntemleri**

Lomber disk herniasyonu tanısı konulan hastaların tedavisinde kullanılan yöntemler, konservatif ve cerrahi olmak üzere iki bölümde ele alınır:

#### *Konservatif Tedavi*

Hastanın ağrısını ve diğer semptomlarını azaltmak, günlük yaşam faaliyetlerinin devamını sağlamak amacıyla altı haftadan altı aya kadar sürebilen aktif-pasif egzersiz, traksiyon, yatak istirahati, korse ve fizik tedavi yöntemlerini içerir. Bunların yanı sıra tıbbi tedavide non-streoid anti-inflamatuar ilaçlar, kısa etkili opioidler, kas gevşeticiler hastalığın farklı zamanlarında kullanılmaktadır (9,23).

#### *Cerrahi Tedavi*

Hastada altı aydan daha fazla süren bel ağrısı varlığı, konservatif tedavi ile iyileşmenin sağlanamadığı durumlarda, kas zayıflığı ve atrofisi, duyu ve motor işlev kaybı, sfinkter kontrol kaybı ile seyreden ilerleyici nörolojik defisit varlığı durumunda cerrahi tedavi uygulanır (1,6,7). LDH hastalarının cerrahi tedavisinde uygulanan başlıca yöntemler; diskektomi, mikrodiskektomi, lazer yardımcı laparoskopik lomber diskektomi, laminektomi spinal füzyon ve foraminotomidir (1,6).

### **2.1.8. Lomber Disk Hernisi Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı**

Lomber disk herniasyonu nedeniyle ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hemşirelik bakımı aşağıdaki temel bakım ilkelerini içermektedir.

#### *Ameliyat Öncesi Dönem Hemşirelik Bakımı*

Tüm cerrahi hastalarında olduğu gibi LDH tanılı bireylere verilen ameliyat öncesi hemşirelik bakımı, hastaların kliniğe yatışından ameliyathaneye teslim edilmesine kadar geçen süreyi kapsar. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı aşağıdaki uygulamaları içerir (6, 8, 9, 23, 34):

- Hastanın kliniğe yatışında fizyolojik parametreleri (vücut sıcaklığı, nabız, kan basıncı, kan şekeri vb.) kontrol edilir. Ameliyata psikolojik hazır oluşu değerlendirilir, varsa soruları yanıtlanır. Yasal hazırlığa yönelik olarak aydınlatılmış hasta onam formu kontrol edilir.

- Hastaya ameliyat öncesi bilgilendirme yapılır ve eğitim verilir. Bilgilendirme yapılan konular ağrı kontrolü, kanama takibi ve enfeksiyonun önlenmesidir. Eğitimin içeriğinde ise, ameliyat sonrası dönemde uygulanacak olan ameliyat sonrası yatağa geçiş, derin solunum egzersizi, öksürük egzersizi, yatak içi aktif ve pasif egzersizler, yatak içinde pozisyon alma ve dönme ile mobilizasyon yer almaktadır.

- Hasta ve ailesinin varsa soruları yanıtlanarak ameliyata ilişkin korku ve endişelerini ifade etmeleri sağlanır.

- Hastanın ameliyattan önceki gece yeterince uyuması ve dinlenmesi sağlanır.

- Ameliyat günü yapılan tüm hazırlıklar, güvenli cerrahi kontrol listesinin “klinikten ayrılmadan önce” başlıklı bölümü dikkate alınarak kontrol edilir.

- Hastanın güvenlik önlemleri alındıktan sonra klinik hemşiresi tarafından ameliyathane ekibine teslim edilmesi sağlanır.

#### *Ameliyat Sonrası Dönem Hemşirelik Bakımı*

Hastalara ameliyat sonrası verilecek hemşirelik bakımının amacı; tedavinin etkinliğini sağlamak, hastanın öz-bakımını sağlamak, iyileşme süresini hızlandırmak,

tekrar herniasyon oluşumunu engellemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (28,34). Ameliyat sonrası erken dönemde (ilk 48 saat) hastanın hemşire tarafından izlemi oldukça önemlidir. Bu süreçte hemşire aşağıda belirtilen girişimleri uygulamalı ve hastayı yakından takip etmelidir (1,6,8,9,23,29,35):

- Ameliyat sonrası hasta yatağa transfer edilirken, sırtı korunur, düz ve dikkatli bir şekilde omurgası desteklenerek yatağa alınır. Hemostazı sağlamak için hasta en az bir saat supine pozisyonunda yatırılır. Spinal kolonun düz tutulması; insizyon yerinin gerilmesini engeller, diskler üzerindeki basıncı azaltarak ağrıyı azaltır.
- Hastanın dren ve pansuman takibi yapılır. İnsizyon bölgesinde akıntı ve serebrospinal sıvı sızması durumu değerlendirilir.
- Hastanın düzenli olarak ağrısı değerlendirilir ve hekim istemine göre analjeziklerle kontrol altına alınır.
- Hastanın her iki ekstremitesi için nörovasküler değerlendirme yapılır ve ameliyat öncesi dönem sonuçlarıyla karşılaştırılır.
- Ameliyattan 6-8 saat sonra hasta yatak içinde döndürülebilir; ancak dönme sırasında bel bölgesine basıncın önlenmesi için hasta bir bütün olarak döndürülmelidir.
- Hastanın cerrahi sonrası erken dönemde defekasyon dışında oturmaması sağlanır.
- Hastanın ameliyat sonrasında erken mobilizasyonu sağlanır. Hasta mobilize olmadan önce yatakta yan döndürülür, üstteki eliyle yaktan güç alarak oturtulur ve aynı esnada bacakları aşağıya indirilir. Hasta ortostatik hipotansiyon açısından değerlendirilir.
- Hastada venöz tromboemboli gelişme riski nedeniyle ekstremiteler; Homan's bulgusu, lokal inflamasyon bulguları (ödem, kızarıklık, ısı değişimi vb) yönünden, solunum ise dispne yönünden değerlendirilir.
- Hastanın özel bir diyet gereksinimi olmamakla birlikte konstipasyonu önlemek için yeterli sıvı ve lifli gıda alımı sağlanır.

- Hasta, kanama, hematoma, ekstremitelerde duyu ve motor kayıplar, anal sfinkter tonüs kaybı ya da üriner retansiyon gibi komplikasyonlar yönünden izlenir. Bu gibi durumlarla karşılaşıldığında hemen hekime haber verilir.

## **2.2. Ameliyat Sonrası Hareketlilik ve Mobilizasyon**

### **2.2.1. Ameliyat Sonrası Hareketliliğin ve Mobilizasyonun Önemi**

Cerrahi geçiren hastalarda ameliyatın özelliği dikkate alınarak, insizyon ve ameliyat bölgesinin stabilizasyonunun korunması, kanamanın önlenmesi ve hemodinamik parametrelerin sürdürülmesi için hastaya uygun pozisyon verilmesi ve hastanın bir süre bu pozisyonda tutulması önemlidir. Bununla birlikte ameliyat sırasında ve sonrasında ameliyatın özelliğine göre hastaların belirli bir süre immobilizasyonu sağlanır. Yapılan araştırmalarda hastaların uzun süre aynı pozisyonda kalması basınç yaralanması riskini artırmaktadır. Ameliyata bağlı basınç yaralanması gelişme riski, ameliyat sırası ve sonrasında içeren ilk 48-72 saati kapsamaktadır (36). Ülkemizde cerrahi girişim uygulanan hastalarda basınç yaralanması insidansı %54.8 olarak hesaplanmıştır (37). Gafen'in yapmış olduğu çalışmada (2008) sürekli basınç altında kalma sonrasında basınç yaralanmalarının bir, dört ile altıncı saatler arasında meydana geldiği ortaya konulmuştur (38). Hoshowsky ve Schramm'ın (2007) cerrahi hastalarla yapmış oldukları bir çalışmada da, ameliyat süresi 2,5-4 saat arasında değişen hastalarda doku hasarı meydana geldiği ortaya konulmuştur (39). Ameliyat için hastaya pozisyon verilirken; cerrahi prosedür, cerrahın tercihi, anesteziğin ihtiyaçları ve hastanın koşulları dikkate alınmaktadır (40). LDH ameliyatlarında çoğunlukla prone pozisyon tercih edilmekte, ameliyat sonrası ise hasta stabil oluncaya kadar yaklaşık 6-8 saat supine pozisyonunda yatması gerekmektedir. Sonrasında ise dönüşümlü olarak sırt bölgesinin stabilliğini bozmayacak şekilde lateral pozisyon verilebilmektedir (41). Ameliyat sonrasında immobilizasyonun basınç yaralanmasına neden olmasını önleyebilmek için hastanın mobilizasyonu sağlanıncaya kadar yatak içi hareketliliğinin devam ettirilmesi, hastanın yatak içinde döndürülmesi önerilmektedir. Mümkün olan en kısa sürede de hastanın mobilize edilmesi tavsiye edilmektedir (42).

Cerrahi geçiren hastaların erken mobilizasyonu sağlandığında; hareketsizliğe bağlı ortaya çıkan basınç yaralanmalarının önlenmesinin yanı sıra, dolaşım ve solunum problemlerinin, opioid kullanımının, oksijen desteği ihtiyacının azaldığı, barsak

peristaltizminin ve hasta memnuniyetinin ise arttığı ortaya konulmuştur (10,11,12,43). Ameliyat sonrası erken mobilizasyonu sağlanan hastaların ekstremitelerinde venöz dönüş artırılmış olup tromboflebit ve derin ven trombozu oluşma riski en aza indirilmiştir (44). Primer total kalça ve diz artroplastisi uygulanan hastalarda derin ven trombozu (DVT) profilaksisi için kullanılan düşük molekül ağırlıklı heparin ile mekanik olarak etki eden ameliyat sırasında pasif hareket ve ameliyat sonrası erken dönemde mobilizasyon uygulanmasının DVT profilaksisinde etkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada; ameliyat sonrası erken dönemde sağlanan mobilizasyonun DVT gelişimini en az düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımı kadar engellediği ortaya konulmuştur (45).

Ayrıca erken mobilizasyonu sağlanan hastaların hastanede yatış sürelerinin kısaltılarak daha erken taburcu oldukları, öz bakım gereksinimlerini bağımsız karşılayarak günlük yaşamlarına daha erken dönüp iyileşme süreçlerinin hızlandığı ortaya konulmuştur (12,46). Bunun yanı sıra erken dönemde sağlanan mobilizasyon geç dönemde hastada meydana gelebilecek fiziksel ve psikososyal sorunların önlenmesinde de önemli bir yere sahiptir. Tüm bu nedenlerle hastaların cerrahi sonrası erken dönemde mobilize edilmesi, hastada bulunan dren, tüp ve kateterler ile devam eden intravenöz mayi tedavileri gibi sebeplerle mobilizasyonun ertelenmemesi önerilmektedir (12).

### **2.2.2. Ameliyat Sonrası Hareketlilik ve Mobilizasyonda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları**

Ameliyat sonrası hastanın yatak içinde hareketliliğinin sağlanması ve hasta tolere edebildiğinde mobilizasyonu, cerrahi hemşiresinin önemli sorumlulukları arasındadır. Bu sorumluluk, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te (2011) yer alan hemşirelik girişimlerine ilişkin tablonun, Fizyolojik Temel Gereksinimlere Yönelik Girişimler başlıklı bölümünde, “hastanın ayağa kaldırılması”, “hastanın yataktan sandalyeye/sedyeye alınması”, “Pozisyon verme (sırtüstü, düz, yan, oturur, yarı oturur vb)” gibi girişimlerin, hem ekip olarak hazırlanmış ortak bakım planları doğrultusunda hemşire kararı ile hem de hekim kararı ile hemşirenin sorumluluğunda yapılabileceği belirtilmektedir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 19 Nisan 2011 SALI Resmî

Gazete Sayı : 27910). Bu doğrultuda hastaya uygun pozisyon vermek, mobilizasyona hazır oluşluğunu değerlendirmek, erken mobilizasyon için cesaretlendirmek, mobilizasyon için güvenli bir ortam sağlamak, mobilizasyon basamaklarını anlaşılır biçimde hastaya açıklamak, mobilizasyona ilişkin korku ve endişesini ifade etmesine imkân sağlamak, varsa sorularını cevaplamak ve mobilizasyona tolerasyonunu değerlendirmek hemşirenin hareketlilik konusundaki önemli rol ve sorumluluklarını içermektedir (47,48).

### **2.2.3. Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Sonrası Hareketlilik ve Mobilizasyon**

Lomber disk hernisi ameliyatı geçiren hastanın hemşirelik bakımı, ameliyat sonrası dönemde standart hemşirelik bakımın yanı sıra LDH cerrahisine özel pozisyon verme, yatak içinde dönme ve ilk mobilizasyon gibi bakım gereksinimlerini de kapsamaktadır. LDH cerrahisi geçiren hastalarda ameliyatta prone pozisyonu verilmesi sebebiyle tüm hastalarda ayak, kulak, kadınlarda extra göğüsler ve yüz bölgesi risk altındadır. Ameliyat sonrası ise insizyonun ve ameliyat bölgesinin stabilizasyonunun korunması, kanamanın önlenmesi amacıyla hastalar, yaklaşık 6-8 saat sırtüstü yatırıldığı için artan basınç sebebiyle topuklar, sakrum ve skapula bölgesinde basınç yaralanması riski yüksektir (41,49). Bu riski önleyebilmek için hastanın yatak içi hareketliliği artırılmalı ancak ameliyat sonrası dönme sırasında fleksiyon, ekstansiyon gibi omurganın stabilizasyonunu bozan hareketlerden ve zorlamalardan kaçınılması, bu noktalara dikkat edilerek hastanın yatak içinde hareketliliğinin sağlanması tavsiye edilmektedir (1,6,8,9).

Ameliyat sonrası mobilizasyonun erken olması günümüzde cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileştirme protokollerinin (ERAS) temel taşı olarak görülse de, spinal cerrahi alanında ERAS protokolleri içerisinde henüz yeni kabul görmüş bir uygulama olarak yer almaktadır (42,50,51, 52,53,54). Hasta için hareketin merkezini oluşturan omurgaya uygulanan cerrahi girişimler sonrası erken mobilizasyon konusunda klinik uyumun henüz çok yüksek olmadığı belirtilmektedir (51). Bu nedenle de ameliyat bölgesinin korunması için hem dönme hem de ilk mobilizasyona ilişkin hastaya mutlaka eğitim verilmesi önerilmektedir (1,6,8,9).

Literatürde hastaların ameliyat bölgesine zarar verme düşüncesinden dolayı hareket etmeye karşı genellikle korku ve anksiyete duydukları belirtilmektedir (10). Benzer şekilde klinik uygulamada da spinal cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası hareketlilik konusunda çekimser davrandıkları görülmektedir. Disk cerrahisi geçiren hastaların yaşadıkları deneyimleri inceleyen bir çalışmada, hastaların yataktan kalkarken ve mobilizasyon sırasında ağrı yaşadıkları belirtilmiş, ağrıyı azaltacak uygun bir pozisyon alma konusunda yardım etme ve mobilizasyon sırasında destek olmaya yönelik eğitime ihtiyaçları olduğuna dikkat çekilmiştir (16). Yine ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeylerini inceleyen başka bir çalışmada da ameliyat sonrası dönemde hastaların farklı düzeyde hareket etme ile ilgili güçlükler yaşadıkları, özellikle ayağa kalkma ve yürüme konusunda daha fazla desteklenmeye ve teşvik edilmeye ihtiyaç duydukları belirlenmiştir ve bu konularla ilgili eğitim verilmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur (12,17). Ancak, literatürde LDH cerrahisi geçiren hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat sonrası hareketlilik düzeylerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ayrıca Burgess ve ark. (2019) tarafından yapılan sistematik inceleme çalışmasında, spinal cerrahi sonrası mobilizasyonun zamanlaması (ameliyat günü mü, postoperatif birinci gün mü), tipi ve uygulama protokolü konusunda daha fazla kanıt gereksinim olduğu belirtilmektedir (42).





### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma randomize kontrollü, tek kör bir klinik çalışma olarak planlandı.

#### **3.2. Araştırmanın Yer ve Zamanı**

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği'nde Ocak- Kasım 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, klinik bakım ünitesi ve yoğun bakım ünitesinden oluşmaktadır. Yoğun Bakım Ünitesi 9 yatak kapasitesine sahiptir. Yoğun Bakım Ünitesi'nde toplam 14 hemşire görev yapmaktadır. Hemşirelik hizmetleri 08-17 / 17-08 olmak üzere iki vardiya halinde yürütülmektedir. Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği'nde, yılda ortalama 150 LDH ameliyatı gerçekleştirilmektedir. LDH cerrahisi geçirmek üzere kliniğe kabul edilen hastalar, ameliyattan bir gece önce klinik bakım ünitesinde, ameliyat günü cerrahi sonrasında ise, yoğun bakım ünitesinde takip edilmektedir. Ameliyat sonrası yoğun bakımda tüm hastalara klinik prosedürüne göre analjezik tedavi olarak nonsteroid antiinflamatuvar ilaç grubundan Tenoksikam 20 mg flk 2X1 ve analjezik antipiretik ilaç grubundan Parasetamol 10mg/ml flk 3X1 yapılmaktadır. Hastalar ameliyattan 6-8 saat sonra yatak içinde döndürülmektedir. Postoperatif birinci günde ilk mobilizasyonları gerçekleştirilen hastalar, klinik bakım ünitesine, ikinci günde ise evlerine taburcu edilmektedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği'nde LDH tanısı ile ameliyat olacak olan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnekleme G-Power programında Random Allocation Software (Random Alloc, Ver. 1.0.0, M.Saghaei, Dept of Anesthesia, Isfahan University, Iran) yazılımı kullanılarak belirlendi. Bu araştırmanın konuya ilişkin ilk araştırma olması nedeniyle etki değerinin belirlenmesi için pilot araştırma yapıldı. Pilot araştırmaya her gruptan beşer hasta dahil edildi. Buna göre %83 güç, %5 hata payı ve pilot çalışmadan

elde edilen etki büyüklüğü 0,86 dikkate alınarak yapılan analiz sonucunda, çalışmanın her grupta (müdahale ve kontrol) en az 19 olmak üzere toplam 38 hasta ile yapılması hesaplandı. Çalışmada ameliyat sonrası birinci günde mobilize edilemeyen hastalar nedeniyle veri kayıpları olabileceği öngörülerek %25 oranında daha fazla hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlandı(n=48). Çalışma müdahale grubunda 19, kontrol grubunda 21 olmak üzere toplam 40 hasta ile tamamlandı (Bkz. Şekil 3.1). Araştırma dizaynında değişiklik yapılmadığı için pilot çalışmaya alınan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

### **3. 4. Araştırmaya Dahil Olma, Araştırmadan Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri**

#### *Hastaların araştırmaya dâhil edilme kriterleri:*

- 18 yaşından büyük olmak,
- Türkçe okuryazar olmak,
- ASA 1,2 ve 3 sınıflamasında yer almak,
- LDH nedeniyle ilk kez ameliyat olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

#### *Hastaların araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:*

- Ameliyat öncesi verilecek olan yatak içi dönme ve mobilizasyon eğitimini almaya engel mental ya da bedensel bir engele sahip olmak,
- Ameliyat öncesi Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinden 16 üzeri puan almak

#### *Hastaların araştırmadan çıkarılma kriterleri:*

- Ameliyat sonrası birinci gün mobilize edilmeyen hastalar
- Ameliyat sonrası birinci gün yatağıyla kliniğe alınan hastalar
- Veri toplama formunda eksiklik olan hastalar
- Araştırmaya devam etmek istemeyen hastalar

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla kullanılan formlar:

- Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu
- Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği
- Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri
- Sayısal Değerlendirme Skalası

#### **Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu**

Bu form hastaların doğum tarihi, cinsiyeti, boyu, kilosu, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerini içeren 5 soru ile kronik hastalık varlığı, daha önce ameliyat olma öyküsü, LDH'nin seviyesi, dren varlığı gibi klinik özellikleri sorgulayan 5 soru olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır (Bkz.Ek-1).

#### **Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği**

Hasta Hareketlilik Ölçeği (Patient Mobility Scale) ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (Observer Mobility Scale), Heye ve ark. (2002) tarafından cerrahi girişim sonrası hareketliliğe ilişkin hasta algılarını ve objektif gözlemleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (17). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ayoğlu ve Akyolcu (2011) tarafından yapılmıştır (55) (Bkz. Ek-2).

*Hasta Hareketlilik Ölçeği:* Cerrahi girişim sonrası yapılan dört aktivite (yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme) sırasında deneyimlenen ağrı ve güçlük düzeyi 15 cm'lik bir görsel analog kullanılarak değerlendirilir. Ağrı ve güçlük derecesinin sayısal değeri, hastanın ölçek üzerinde koyduğu işaret ile "0" arasındaki mesafenin, bir cetvelle ölçümü ile belirlenir. Hastalara her bir aktivite için ikişer alt grup soruları sorulur. Sorulan soruların cevaplanması ağrı algılama düzey ve şiddetlerini ölçen beşli likert tipinde [(1) ağrı yoktu, (2) biraz ağrı vardı, (3) orta derecede ağrı vardı, (4) çok ağrı vardı, (5) hayal edebileceğim en kötü ağrıydı], benzer şekilde aktivitelerin zorluk dereceleri ise beşli likert tipinde [(1) Çok kolaydı, (2) Kolaydı, (3) Biraz zordu, (4) Zordu, (5) Çok zordu] ifadeler şeklinde cevaplanmaktadır (55). Elde edilen puanlar, hastanın her bir aktiviteye ilişkin hareketlilik puanını vermektedir (17). Çalışmanın sonucunda Global Hasta Hareketlilik puanını elde etmek için tüm aktivitelere ilişkin

puanlar toplanarak hesaplanmaktadır (17). Her bir maddeden alınabilecek en düşük ve en yüksek puan 0-15 arasında, toplam ölçek puanı 0-120 arasında değişmektedir (55). Çalışmada yer alan soruların cevapları için ölçek puan artışı, aktivite ile ilgili olarak ağrı ve güçlüğü arttığını ifade etmektedir. Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışmasında Hasta Hareketlilik Ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur (55). Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur.

*Gözlemci Hareketlilik Ölçeği:* Cerrahi girişim sonrası dört aktivitenin yapılması sırasında, bağımlılık bağımsızlık durumu/ derecesi, “1” ile “5” arasında numaralandırılır. Ölçek puanı olarak “1”, sözlü uyarı ya da fiziksel yardım olmadan ilgili aktiviteyi bağımsız olarak yerine getirdiğini; “2”, sözlü uyarı ile ilgili aktiviteyi bağımsız olarak yerine getirdiğini; “3”, sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile ilgili aktiviteyi yerine getirdiğini; “4”, ilgili aktiviteyi yerine getirebilmek için hemşire bağımlı oluşluğu; “5” ise sözlü uyarı ya da fiziksel yardıma rağmen, hastanın ilgili aktiviteyi yerine getiremediğini gösterir. (17). Ölçekte bulunan dört aktiviteye (dönme, oturma, ayakta durma ve yürüme) ilişkin puanlar toplanarak Gözlemci Hareketlilik puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek toplam puan 4-20 arasında değişmektedir. Ölçekte kesme değeri olmamakla birlikte, puan artışı hastaların hareket becerilerinin yetersiz, puan azalışı ise cerrahi girişim sonrası hareket edebilmelerinin yeterli olduğunu göstermektedir (17,55) Geçerlik-güvenilirlik çalışmasında Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.73 olarak bulunmuştur (55). Bu çalışmada ise, Cronbach alfa değeri 0,75 olarak bulunmuştur.

### **Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği**

Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (State Trait Anxiety Inventory STAI) on dört yaş ve üzerinde olan bireylerin anksiyete düzeyini ölçmek için Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilmiştir (Spielberger 1970) Ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından 1977 yılında yapılmıştır (56) (Bkz. Ek-3).

Durumluk anksiyete ölçeği 20 maddeden oluşmaktadır. Bireyin belli bir anda veya belli koşullarda yaşadığı duygu veya davranışları şiddet derecesine göre ‘(1) Hiç,

(2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla' seçeneklerinden birini işaretleyerek cevaplandırmasını gerektirir. Durumluk anksiyete ölçeğinde 10 tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddelerdir. Geri kalan maddeler (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18.) ifadeyi doğrudan ölçer.

Sürekli anksiyete ölçeği ise, bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir, 20 maddeden oluşur. Sürekli anksiyete ölçeğinde ifade edilen duygu ve davranışlar, sıklık derecelerine göre; '(1) Hemen Hiçbir Zaman, (2) Bazen, (3) Çok Zaman ve (4) Hemen Her Zaman' şeklinde işaretlenir. Ölçekteki 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. sorular tersine dönmüş ifadeleri; 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 334, 35, 37, 38, 40. sorular ise doğrudan ifadeleri ölçer. Durumluk ve sürekli anksiyete ölçeğinin doğru sonuç vermesi için katılımcıların en az 4 ve daha fazla soruya cevap vermesi gerekir.

Her iki ölçekte de doğrudan ifadeler olumsuz duyguları; tersine döndürülmüş ifadeler ise olumlu duyguları göstermektedir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken ağırlık değerleri 1-4 arasında dönüştürülür. Puanlamada, doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk anksiyete ölçeği için değişmeyen değer katsayısı 50, sürekli anksiyete ölçeği için ise 35'dir. En son elde edilen değer bireyin anksiyete puanıdır. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Alınan yüksek puan, anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puan ise anksiyete düzeyinin düşük olduğunu gösterir. Ayrıca puan aralığına göre anksiyete düzeyi derecelendirilebilmektedir: 0-19 puan: Anksiyete yok, 20-39 puan: Hafif anksiyete, 40-59 puan: Orta düzeyde anksiyete, 60-79 puan: Ağır düzeyde anksiyete, 80 puan: Şiddetli anksiyete (panik) olarak değerlendirilmektedir (56).

Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışmasında durumluk anksiyete ölçeği için cronbach alfa güvenilirliği 0,94 ile 0,96 arasında; sürekli kaygı ölçeği için ise, 0,83 ile 0,87 arasındadır (56). Bu çalışmada durumluk anksiyete ölçeği için cronbach alfa güvenilirliği 0,90; sürekli kaygı ölçeği için ise cronbach alfa güvenilirliği 0,82 olarak bulunmuştur.

### **Sayısal Değerlendirme Skalası**

Sayısal Değerlendirme Skalası hastaların mobilizasyon öncesi ayağa kalkma isteğini ve ağrı düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanıldı (Bkz.Ek-4). Skala mobilizasyon öncesi ağrı için “0; hiç ağrım yok” ile başlamakta ve “10; dayanılmaz ağrım var” ile sonlanmaktadır (57). Hastadan bu değerler arasında kendisine en uygun ağrı düzeyini skala üzerinde işaretlemesi istenmiştir. Artan puan ağrı düzeyinin şiddetini göstermektedir. Skala mobilizasyon öncesi isteklilik için ise “0; mobilizasyon için hazır değilim” ile başlamakta ve “10; mobilizasyona kendimi hazır hissediyorum” ile sonlanmaktadır. Hastadan bu değerler arasında kendisine en uygun olan isteklilik düzeyini skala üzerinde işaretlemesi istenmiştir. Puan artışı mobilizasyon için isteklilik düzeyinin arttığı anlamına gelmektedir.

### **3.6. Araştırmanın Hazırlık Aşaması**

Araştırmanın hazırlık aşaması, eğitim materyalinin hazırlanması ve uzman görüşlerinin elde edilmesi süreçlerinden oluştu.

#### **3.6.1. Eğitim Materyalinin Hazırlanma Süreci**

Araştırmacılardan biri, üç yıldır Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği Yoğun Bakım Hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Araştırmacılar tarafından, müdahale grubuna verilecek ameliyat sonrası yatak içi hareketlilik ve mobilizasyon teknikleri eğitimi için ilgili literatür (1, 6, 7, 9, 58) ve araştırmacının klinik deneyimi doğrultusunda klinik hemşireleri ile birlikte “Resimli Yatak İçi Dönme ve Mobilizasyon Eğitimi Materyali” geliştirildi (Bkz. Ek-5). Bu materyal iki yönlü olarak dizayn edildi; bir yüzünde yatak içinde dönme, diğer yüzünde mobilizasyonla ilgili bilgilere yer verildi. Materyal için gönüllü bir canlı manken kullanılarak, yatak içi dönme ve mobilizasyonun her bir basamağının sırasıyla fotoğrafları çekildi. Resimlerin altlarına açıklamaları yazıldı.

Materyal A5 boyutunda poster olarak bastırıldı ve şeffaf plastik ile kaplatıldı. Materyalle ilgili uzman görüşleri alındı.

### 3.6.2. Uzman Görüşlerinin Elde Edilmesi Süreci

Davis tekniğine göre; en az 3, en fazla ise 20 uzman görüşüne ihtiyaç duyulmaktadır. Bu teknikte uzman görüşleri 4'lü derecelenir.; 1-Uygun değil, 2-Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerek, 3-Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4-Çok uygun şeklindedir. Ölçekteki her bir aday madde için 3 ve 4 puanlarını veren uzman sayısının toplamı danışılan toplam uzman sayısına bölünerek Kapsam Geçerlik İndeksi elde edilir (59, 60). Eğer Kapsam Geçerlik İndeksi 0,80'den büyük ise madde kapsam geçerliği açısından yeterlidir (59). Bu araştırmada Beyin ve Sinir cerrahisinde çalışmakta olan 3 hemşire, 4 doktor, 3 hemşire öğretim üyesinden oluşan bir uzman grubu oluşturuldu. Uzmanlara eğitim materyali ve uzman görüşü formu e-mail ile gönderildi, materyali incelemeleri istendi. Ardından ölçekteki her bir aday resim ve açıklama maddesi için değerlendirilen uzman formlarında 3 ve 4 puan veren uzman sayısı toplam uzman sayısı olan 10 rakamına bölünerek her bir aday resim ve açıklama maddesi için kapsam geçerlik indeksi elde edildi. Bu çalışmada hem her bir aday resim ve açıklama maddesi hem de materyalin tamamı için hesaplanan kapsam geçerlik indeksi (%97.2), uygulama için referans kabul edilen 0,80'den büyük bulundu (Bkz. Çizelge 3.1).

**Çizelge 3.1. Uzman Görüşü Kapsam Geçerlik İndeks Puanları**

Görüş Alınan Özellikler	3 ve 4 Puan Veren Uzmanların Toplamı	Danışılan Toplam Uzman Sayısı	Kapsam Geçerlik İndeksi
1.madde	10	10	1
1.resim	10	10	1
2.madde	10	10	1
2.resim	10	10	1
3.madde	10	10	1
3.resim	10	10	1
4.madde	10	10	1
4.resim	10	10	1
5.madde	9	10	0,90
5.resim	9	10	0,90
6.madde	10	10	1
6.resim	10	10	1
7.madde	10	10	1
7.resim	10	10	1
8.madde	10	10	1
8.resim	10	10	1
9.madde	10	10	1
9.resim	10	10	1
10.madde	10	10	1
10.resim	10	10	1
11.madde	9	10	0,90
11.resim	9	10	0,90
12.madde	10	10	1
12.resim	10	10	1
13.madde	10	10	1
13.resim	10	10	1
14.madde	10	10	1
14.resim	10	10	1
15.madde	10	10	1
15.resim	10	10	1
16.madde	10	10	1
16.resim	10	10	1
17.madde	10	10	1
17.resim	9	10	0,90
18.madde	10	10	1
18.resim	10	10	1
<b>TOPLAM</b>			<b>97,2</b>

### **3.7. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın uygulanması verilerin toplanması sürecinden oluştu.

#### ***3.7.1. Verilerin Toplanması***

Verilerin toplanması süreci, ameliyat öncesi, ameliyat günü ve ameliyat sonrası birinci gün olmak üzere üç aşamada yürütüldü (Bkz. Şekil 3.1).



### **Ameliyat Öncesi Dönem**

Araştırmmanın dahil olma kriterlerine uyan hastalarla ameliyat öncesi dönemde, araştırmacı tarafından hasta odasında görüşüldü, araştırma hakkında bilgi verildi, yazılı ve sözlü onamları alındı. Tüm gruplarda yer alan hastalara Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Veri Toplama Formundaki bilgiler dolduruldu; Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ile Sürekli Kaygı Ölçeği uygulandı. Daha sonra hasta randomizasyon tablosuna göre kontrol ya da müdahale grubuna alındı. Kontrol grubunda yer alan hastalar rutin klinik bakım aldı. Rutin klinik bakım ameliyat sonrası dönemde yatak içinde dönme ve mobilizasyonun nasıl olacağı ile ilgili doktor ve hemşire tarafından farklı zamanlarda sözel olarak bilgi verilmesini ve varsa hastanın sorularının yanıtlanmasını içermektedir.

Müdahale grubunda yer alan hastalara ise, araştırmacı tarafından ameliyattan bir gün önce planlı eğitimle “Yatak İçi Dönme ve Mobilizasyon Eğitimi” verildi.

Bu eğitimde:

Klinikteki hasta odasında ameliyat sonrası yatak içinde dönme ve mobilizasyonun önemi hakkında hastaya bilgi verildi, hemşireleri tarafından söylenen zamanda bu becerileri gerçekleştirmeleri isteneceği söylendi. Daha sonra, araştırmacı tarafından “Resimli Yatak İçi Dönme ve Mobilizasyon Eğitimi Materyali” kullanılarak, resimler üzerinden doğru yatak içi dönme ve mobilizasyon teknikleri hastaya gösterildi. Hastaya soru sorma fırsatı verildi, varsa soruları yanıtlandı.

Son olarak da demonstrasyon yöntemi kullanılarak, hastayla birlikte ameliyat sonrası yatak içi dönme ve ilk mobilizasyon simüle edildi. Bu simülasyonda resimli materyalde gösterilen uygulama basamakları takip edildi. Bu eğitim yaklaşık 10-15 dakika sürdü.

### **Ameliyat Günü**

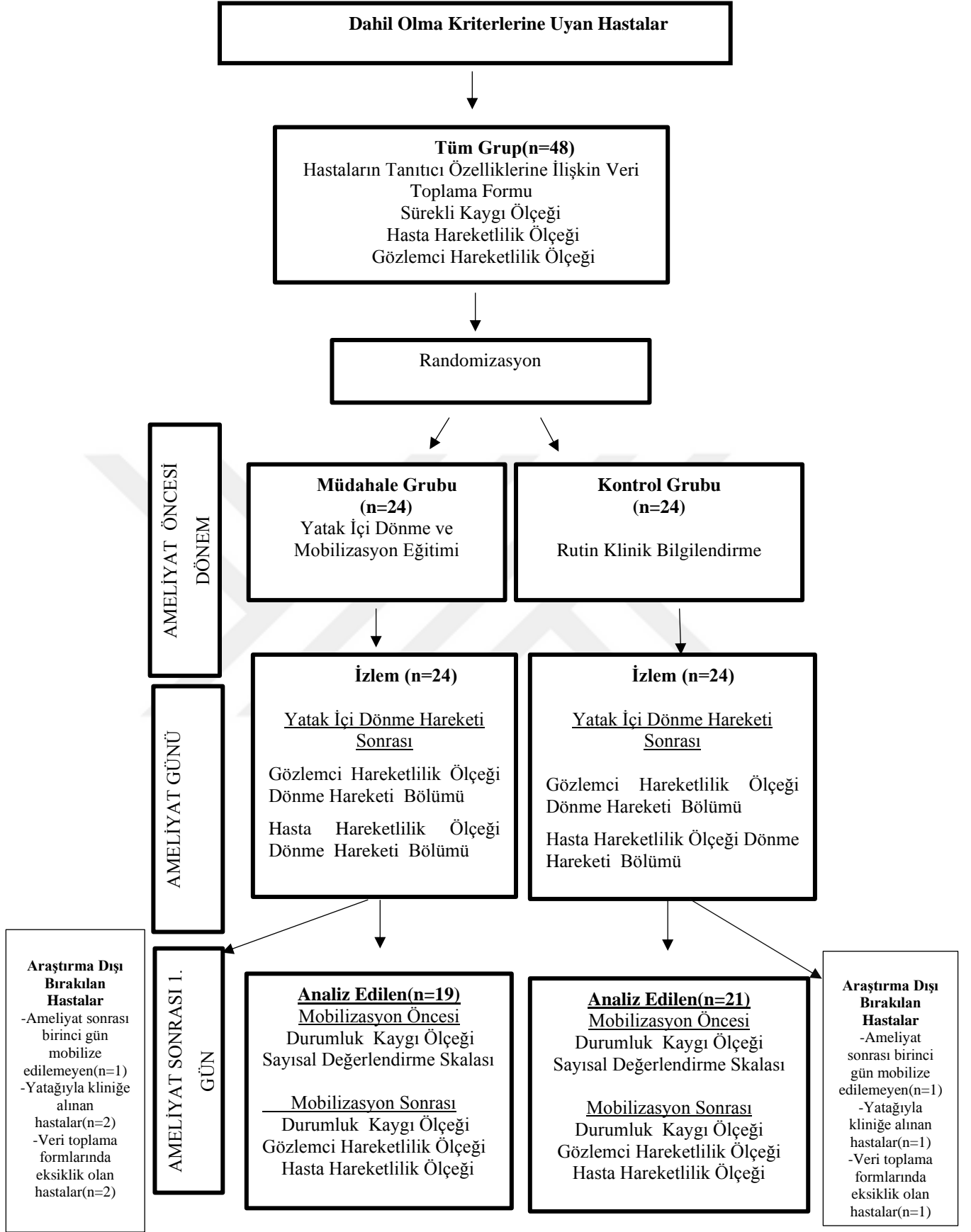
Cerrahi girişim sonrası hasta, yoğun bakım ünitesinde sırt üstü pozisyonda yatırıldı. Yaklaşık altı-sekiz saat sonra hekim istemine göre, yoğun bakım hemşiresi tarafından hastalara yatak içinde dönme hareketi yaptırıldı. Pozisyon verme işlemi tamamlandıktan sonra, hemşire tarafından hareket esnasındaki gözlemlerine dayalı olarak Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ile hastanın dönme becerisi sırasındaki yeterliği değerlendirildi. Hastadan da hareket esnasındaki ağrı ve zorluk derecesini

değerlendirmesi için Hasta Hareketlilik Ölçeği'nin yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmeye ilişkin birinci maddesini doldurması istendi.

### **Ameliyat Sonrası Birinci Gün**

Ameliyat sonrası birinci gün aynı yoğun bakım hemşiresi eşliğinde ilk mobilizasyon öncesi ağrı durumu ve mobilizasyon isteği sorgulandı. Hastaya mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği uygulandı. Ardından hastanın mobilizasyonu sağlandı. Mobilizasyon sonrası yoğun bakım hemşiresi tarafından Gözlemci Hareketlilik Ölçeği, hasta tarafından ise Durumluk Kaygı Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği dolduruldu.





**Şekil 3.1: Araştırmanın Akış Şeması**

### **3.8. Randomizasyon ve Körlük**

Araştırmada çalışmaya alınan gönüllülerin çalışma gruplarına atanmasında Random Allocation Software (Random Alloc, Ver. 1.0.0, M.Saghaei, Dept of Anesthesia, Isfahan University, Iran) yazılımı kullanıldı. Katılımcılar bu atamaya göre müdahale ya da kontrol grubuna alındı (Bkz. Ek-6).

Bu araştırma tek kör bir çalışma olarak yürütüldü. Müdahale grubuna yatak içi dönme ve mobilizasyon eğitimi araştırmacı tarafından verildi. Hastalar hangi gruba dahil olduğunu bilmekteydi ancak ameliyat sonrası hastanın yatak içi dönme ve ilk mobilizasyonunu değerlendiren yoğun bakım hemşireleri hastanın hangi gruba dahil olduğunu bilmemekteydi.

### **3.9. Araştırmanın Etik Boyutu ve İzin Alma Süreci**

Araştırmanın yapılabilmesi için Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği Anabilim Dalı' dan izin alınmıştır (Bkz. Ek-7). Araştırmanın uygulanabilmesi için Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (karar no:8/344-değerlendirilme tarihi:2019) (Bkz. Ek-8). Araştırmaya dâhil edilen hastalar ile görüşülerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Bkz. Ek-9-10).

### **3.10. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesi için Statistical Package of Social Sciences (SPSS) 22.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin bilgisayar ortamına aktarımından sonra, hata kontrolleri yapılmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler ve hipotez testlerine karar verilirken değişkenlerin türüne ve normal dağılım uygunluğuna bakılmıştır. Normal dağılıma uygunluk için Shapiro-Wilk normallik testi kullanılmıştır. Normal dağılan sayısal değişkenler ortalama ve standart sapmalar ile normal dağılıma uymayan sayısal değişkenler ise ortanca, en az ve en çok değerler ile raporlanmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzdeler ile verilmiş, hipotez testleri ise ki-kare testleri ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan sayısal ölçümlerde gruplar arası karşılaştırmalar Student t-testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymayan sayısal ölçümlerde ise gruplar arası karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Kullanılan ölçüklerin iç

tutarlılıkları ise Cronbach's alpha güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılığın göstergesi olarak  $p < 0.05$  değeri kabul edilmiştir.

### **3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın evreni, tek merkeze başvuran LDH cerrahisi geçirecek hastalar ile sınırlandırılmıştır. Araştırma sonuçlarının sadece bu grubu temsil etmesi araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir.





## 4. BULGULAR

Lomber disk ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi verilen yatak içi dönme ve mobilizasyon eğitiminin ameliyat sonrası ilk hareketlilik düzeyine etkisinin ortaya konması amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Bulgular sırası ile;

4.1.Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2.Ameliyat sonrası ilk hareketliliğe ilişkin bulgular

4.3. Mobilizasyona yönelik anksiyeteye ilişkin bulgular

### 4.1.Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin tanıtıcı bilgilerine yer verilmiştir. Çizelge 4.1.1’ de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır.

**Çizelge 4.1.1. Grupların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Özellikler	Müdahale Grubu (n=19)	Kontrol grubu (n=21)	p
	n (%)	n (%)	
<b>Yaş</b>			
Ortalama $\pm$ SS	43,74 $\pm$ 7,08	39,81 $\pm$ 12,18	0,227 <sup>a</sup>
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	9 (47,4)	10 (47,6)	0,987 <sup>b</sup>
Erkek	10 (52,6)	11 (52,4)	
<b>Eğitim Durumu</b>			
Okuryazar Değil	0 (0)	1 (4,8)	0,732 <sup>b</sup>
İlkokul	8 (42,1)	6 (28,6)	
Lise	6 (31,6)	6 (28,6)	
Üniversite ve Üzeri	5 (26,3)	8 (38,1)	
<b>BKİ</b>			
Normal	7 (36,8)	9 (42,9)	0,928 <sup>b</sup>
Fazla Kilolu	9 (47,4)	9 (42,9)	
Obez	3 (15,8)	3 (14,3)	

SS, standart sapma; BKİ, Beden kitle indeksi; a, Student t-testi; b, Ki-kare testi

Buna göre; müdahale grubundaki hastaların yaş ortalaması 43,74; kontrol grubundaki hastaların ise 39,8'dir. Müdahale grubundaki hastaların %52,6'sı; kontrol grubunun ise %52,4'ü erkek hastalardan oluşmaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, BKİ açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların sosyo-demografik özellikler yönünden benzer olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Çizelge 4.1.2'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların klinik özellikleri yer almaktadır.

#### Çizelge 4.1.2. Grupların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale Grubu (n=19)	Kontrol Grubu (n=21)	p
	n (%)	n (%)	
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>			
Var	3 (15,8)	4 (19)	0,787 <sup>a</sup>
Yok	16 (84,2)	17 (81)	
<b>Daha Önceki Ameliyat Öyküsü</b>			
Var	9 (47,4)	11 (52,4)	0,752 <sup>a</sup>
Yok	10 (52,6)	10 (47,6)	
<b>Süreklilik Kaygı Puanı</b>			
Ortalama ± SS	40,36 ± 8,16	37,71 ± 5,24	0,224 <sup>b</sup>
<b>LDH Seviyesi</b>			
L2-L3	0 (0)	1 (4,8)	0,689 <sup>a</sup>
L3-L4	3 (15,8)	5 (23,8)	
L4-L5	8 (42,1)	8 (38,1)	
L5-S1	8 (42,1)	7 (33,3)	
<b>Ameliyat Öncesi Gözlemci Hareketlilik Ölçek Puanı</b>			
Ortanca [en az – en çok]	4 [4,4]	4 [4,4]	1 <sup>c</sup>
<b>Ameliyat Öncesi Hasta Hareketlilik Ölçek Puanı</b>			
Ortanca [en az – en çok]	47 [18,98]	55 [16,104]	0,881 <sup>c</sup>
<b>Mobilizasyon Sırasında Dren Varlığı</b>			
Var	4 (21,1)	7 (33,3)	0,585 <sup>a</sup>
Çekilmiş	7 (36,8)	8 (38,1)	
Yok	8 (42,1)	6 (28,6)	

LDH, Lomber disk hernisi; a, Ki-kare testi; b, Student t-testi c, Mann Whitney

U testi



Çizelgeye göre; her iki gruptaki katılımcıların büyük çoğunluğunun kronik hastalığı bulunmamaktadır. Müdahale grubundaki katılımcıların %47,4'si; kontrol grubunda ise %52.4'ünün daha önce LDH cerrahisi dışında bir ameliyat olma deneyimi bulunmaktadır. Müdahale grubundaki katılımcıların sürekli anksiyete düzeylerinin orta düzeyde (40,36); kontrol grubunda ise hafif düzeyde (37,71) olduğu saptanmıştır. Her iki gruptaki hastaların büyük çoğunluğunun LDH seviyesi L4-L5 ile L5-S1 düzeyindedir Ameliyat öncesi müdahale grubunun hasta hareketlilik ölçek puan ortancasının 47, kontrol grubun ise 55 olduğu saptanmıştır. Her iki grubun da gözlemci hareketlilik ölçek puan ortancalarının 4 olduğu, tüm hastaların fiziksel aktiviteleri sözlü uyarı ya da fiziksel yardım olmadan bağımsız olarak yerine getirebildikleri değerlendirilmiştir. Mobilizasyon sırasında müdahale grubundaki katılımcıların %21,1'inde, kontrol grubunda ise %33,3'ünde dren varlığı saptanmıştır. Her iki grupta yer alan katılımcıların kronik hastalık varlığı, daha önce ameliyat olma deneyimi, sürekli anksiyete puanı, LDH seviyesi, ameliyat öncesi hasta ve gözlemci hareketlilik puanı ile mobilizasyon öncesi dren varlığı gibi klinik özellikler açısından benzer olduğu, aralarında istatistiksel bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

#### **4.2. Ameliyat Sonrası İlk Hareketliliğe İlişkin Bulgular**

Bu bölümde hastaların ameliyat sonrası yatak içinde dönme ve ilk mobilizasyonda yeterliliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 4.2.1'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası hasta ve gözlemci hareketlilik ölçeği yatak içinde dönme puanları yer almaktadır.

**Çizelge 4.2.1. Grupların Ameliyat Sonrası Yatak İçi Dönme Puanlarının Karşılaştırılması**

Özellikler	Müdahale Grubu (n=19)	Kontrol Grubu (n=21)	Ölçekten Alınabilecek En Az-En Çok Puan	p
<b>Hasta Hareketlilik Ölçeği Dönme Puanı</b>				
Ortanca [en az – en çok]	16 [8,24]	16 [11-22]	0-30	0,775 <sup>a</sup>
<b>Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Dönme Puanı</b>				
Ortanca [en az – en çok]	3 [3,3]	3 [3-4]	1-5	0,006 <sup>a</sup>

a, Mann Whitney U testi

Her iki gruptaki katılımcıların yatak içi hasta hareketlilik ölçeği dönme puanı (16) gruplar arasında benzer bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Ancak müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların yatak içi gözlemci hareketlilik ölçeği dönme puanları karşılaştırıldığında, ameliyat sonrası ilk hareketlilik sırasında müdahale grubundaki tüm hastaların ölçekten 3 puan alarak sözlü uyarı ve fiziksel yardımla yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme eylemini gerçekleştirdiği; kontrol grubunda ise hastaların 3 ya da 4 puan aldığı saptanmıştır. Çizelgede gösterilmemekle birlikte 4 puan olan yatak içinde dönme eylemini gerçekleştirebilmek için hemşireye bağımlı olma durumunun, kontrol grubundaki hastaların üçte birinde (%33,3) görüldüğü bulunmuştur. Gözlemci dönme puanları açısından gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Çizelge 4.2.2’ de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların mobilizasyon öncesi ayağa kalkma isteği ve ağrı puanlarına ilişkin özellikleri yer almaktadır.

**Çizelge 4.2.2. Grupların Mobilizasyon Öncesi Ayağa Kalkma İsteği ve Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması**

Özellikler	Müdahale Grubu (n=19)	Kontrol Grubu (n=21)	p
<b>Ayağa Kalkma İstek Puanı</b>			
Ortanca [en az – en çok]	8 [4-10]	5 [2-10]	0,002 <sup>a</sup>
<b>Ağrı Puanı</b>			
Ortanca [en az – en çok]	4 [1-8]	6 [3-9]	0,013 <sup>a</sup>

a, Mann Whitney U testi

Çizelgeye göre; mobilizasyon öncesinde müdahale grubundaki katılımcıların ayağa kalkma istek puanının (8), istatistiksel olarak anlamlı derecede kontrol grubundaki katılımcıların ayağa kalkma istek puanından (5) daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Mobilizasyon öncesinde müdahale grubundaki katılımcıların ağrı puanının 4, kontrol grubundaki katılımcıların ise 6 olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ancak her iki grupta mobilizasyon öncesinde ağrı düzeylerinin orta derecede olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.2.3’ de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ilk mobilizasyon sonrası hasta ve gözlemci hareketlilik ölçeğine ilişkin puanları yer almaktadır.

**Çizelge 4.2.3. Grupların Mobilizasyon Sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Özellikler	Müdahale Grubu (n=19)	Kontrol Grubu (n=21)	Ölçekten Alınabilecek En Az-En Çok Puan	p
<b>Ameliyat Sonrası Hasta Hareketlilik Ölçek Puanı</b>				
Ortanca [en az –en çok]	41 [27-64]	50 [31-86]	0-120	0,007 <sup>a</sup>
<b>Ameliyat Sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçek Puanı</b>				
Ortanca [en az –en çok]	8 [7-12]	11 [9-16]	4-20	0,001 <sup>a</sup>

a, Mann Whitney U testi

Ameliyat sonrası hasta hareketlilik ölçek puanı müdahale grubunda (41), kontrol grubuna göre (50) daha düşük olup, aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ameliyat sonrası gözlemci hareketlilik ölçek puanının da müdahale grubunda (8), istatistiksel olarak anlamlı derecede kontrol grubuna göre (11), çok daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

#### 4.3. Mobilizasyona Yönelik Anksiyeteye İlişkin Bulgular

Çizelge 4.3.1 de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların mobilizasyon öncesi ve sonrası durumluk kaygı ölçeği puanlarına ilişkin özellikleri yer almaktadır.

**Çizelge 4.3.1. Grupların Mobilizasyon Öncesi ve Sonrası Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması**

Özellikler	Müdahale Grubu (n=19)	Kontrol Grubu (n=21)	Ölçekten Alnabilecek En-En Çok Puan	p
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları <math>\pm</math> SS</b>				
Mobilizasyon Öncesi	36 $\pm$ 6,59	42,42 $\pm$ 5,85	20-80	0,001 <sup>a</sup>
Mobilizasyon Sonrası	31,63 $\pm$ 4,57	35,9 $\pm$ 7,11	20-80	0,032 <sup>a</sup>

a, Student t-testi

Mobilizasyon öncesi müdahale grubundaki katılımcıların anksiyete düzeylerinin hafif düzeyde (36), kontrol grubunda ise orta düzeyde (42,42) olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Mobilizasyon sonrasında da müdahale grubundaki katılımcıların anksiyete düzeylerinin (31,63), kontrol grubundaki katılımcılara (35,9) göre daha düşük olduğu bulunmuş olup, aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

## 5.TARTIŞMA

Bu araştırmada lomber disk ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi verilen yatak içi dönme ve mobilizasyon eğitiminin ameliyat sonrası ilk hareketlilik düzeyine etkisi incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular üç bölüm halinde tartışılmıştır:

5.1.Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

5.2.Ameliyat sonrası ilk hareketliliğe ilişkin bulguların tartışılması

5.3.Mobilizasyona yönelik anksiyeteye ilişkin bulguların tartışılması

### 5.1.Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Lomber disk herni cerrahisi geçiren hasta popülasyonunu çoğunlukla, 30-50 yaş grubunda erkek cinsiyetteki hastalar oluşturmaktadır (34). Bu çalışmada da benzer şekilde LDH cerrahisi geçirecek hastaların yaş ortalamasının 41,50 olduğu ve çoğunluğunu erkek hastaların oluşturduğu saptanmıştır (Çizelge 4.1.1). LDH'a neden olan birçok risk faktörü olmakla birlikte, obezite de en bilinen risk faktörlerinden biridir (2,9). Ayrıca kilolu hastalarda fiziksel hareketliliğin daha sınırlı olduğu, ameliyat sonrası hareketliliği etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi beden kitle indeksinin değerlendirilmesi önemlidir (2). Bu çalışmada her iki gruptaki hastaların çoğunluğunu beden kitle indeksi, fazla kilolu ve üzerinde olan hastalar oluşturmaktadır (Çizelge 4.1.1.).

Hastaların eğitim düzeyinin, verilen eğitimin etkinliğini değiştirebilecek aynı zamanda, çalışma sonuçlarını da etkileyebilecek bir faktör olması nedeniyle, gruplar arasında benzer olması gerekmektedir. Bu çalışmada katılımcıların eğitim düzeyi açısından benzer olduğu görülmüştür ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.1.1).

Hastaların daha önceki hastaneye yatış deneyimi sonraki deneyimlerini etkileyebilmektedir. Kişiler elde edinilen bu deneyimle, sonraki hastane yatışında ne yaşayacaklarını bildikleri için daha az endişe duyabilmekte ve kendilerini daha rahat hissedebilmektedir (61). Bu nedenle daha önce hastaneye yatış deneyimi çalışma sonuçlarını etkileyebilmektedir. Bu çalışmada her iki grupta yer alan hastaların hastaneye yatış deneyimleri benzer olarak bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Yapılan çalışmalarda LDH'ın çoğunlukla intervertebral disklerin daha hareketli ve kanal çapının dar olduğu L4-L5 ve L5-S1 vertebraları arasında görüldüğü belirtilmektedir

(3,4,34). Bu çalışmada da her iki grupta benzer şekilde LDH'nin literatürle aynı lokalizasyonlarda görüldüğü saptanmıştır (Çizelge 4.1.2).

Lomber disk hernisi ameliyatı sonrası her ne kadar hızlandırılmış iyileşme protokolleri kapsamında önerilmese de, kanama riski veya dura defekti olması durumlarında hastalara dren takılabilmektedir. Hastalarda dren, kateter vb. olması, ameliyat sonrası hastanın hareketliliğine bir engel teşkil etmemektedir (12). Ancak klinik gözlemlerde, ameliyat sonrası dren varlığı ya da drenin yeni çekilmiş olması bile, mobilizasyon öncesi hastanın kaygılı olmasına, mobilizasyon sırasında da, daha çekimsiz davranmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle mobilizasyon sırasında dren olup olmadığının değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmada gruplar, mobilizasyon öncesi dren varlığı açısından benzer olarak değerlendirilmiştir ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.1.2).

## **5.2. Ameliyat Sonrası İlk Hareketliliğe İlişkin Bulguların Tartışılması**

Etkili hemşirelik bakımının en önemli ölçütlerinden biri olan hastanın hareketliliğine ilişkin hemşirenin rol ve sorumlulukları; hastaya uygun pozisyon vermek, mobilizasyona hazır oluşunu değerlendirmek, erken mobilizasyon için cesaretlendirmek, mobilizasyon için güvenli bir ortam sağlamak ve hastanın mobilizasyona tolerasyonunu değerlendirmektir (47,48). Literatürde ameliyat sonrası erken dönemde hastaların hareket etme ile ilgili farklı düzeyde güçlükler yaşadığı, özellikle ayağa kalkma ve yürüme konusunda daha fazla teşvik ve desteklenmeye ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (12,16,17). Ayoğlu ve Akyolcu'nun (2011) genel cerrahide ameliyat olan hastalarla yaptığı çalışmada, ameliyat öncesi verilen, içeriğinde yatak içi dönme egzersizleri ve mobilizasyonun da bulunduğu eğitim sonucunda, müdahale grubu hastalarının cerrahi girişim sonrası ilk hareketliliklerinde daha bağımsız oldukları bulunmuştur (55). Bu çalışmada ise her iki gruptaki katılımcıların kendilerini değerlendirdikleri yatak içi dönme puanı, gruplar arasında benzer bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Ancak gözlemci yatak içi dönme puanları arasında istatistiksel olarak fark olduğu ortaya konulmuştur ( $p<0,05$ ) (Çizelge 4.2.1). Bu farkın müdahale grubundaki tüm hastaların yatak içi dönme sırasında sözlü uyarı ve fiziksel yardımla yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme eylemini gerçekleştirirken; kontrol grubundaki hastaların üçte birinin (%33,3) yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme eylemini gerçekleştirebilmek için hemşireye bağımlı olmasından

kaynaklandığı saptanmıştır. Bu sonuçlara göre, ameliyat öncesi verilen eğitim, ameliyattan 6-8 saat sonra dönme sırasında hastalar tarafından hissedilen ağrı ve zorlanma derecesi açısından bir fark ortaya koymamış ancak, hemşireler tarafından yapılan değerlendirme sonucunu etkilemiştir. Gözlemci değerlendirmesine göre eğitim alan grup, hedeflenen aktiviteyi daha rahat gerçekleştirmiş olup, hemşireye bağımlılık, kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Hemşireye tam bağımlılık, hemşirelerin en sık karşılaştığı sorunlardan biri olarak saptanan bel ağrısının risk faktörlerinden biridir ve vücut mekaniğine uygun hareket etmemekle birlikte, hemşire tarafından hissedilen zorlanmayı artırmaktadır (62, 63). Bu sonuçlar doğrultusunda ameliyat öncesi verilen eğitimin, hastanın yatak içi ilk hareketliliğinin sağlanması sırasında, hemşirelerin iş yükünü ve vücut mekaniklerine olan olumsuz etkileri azalttığı, hemşire hasta arasındaki kooperasyonu ise artırdığı ortaya konulmuştur.

Spinal cerrahi sonrası ERAS protokollerinde tam olarak bir zamanlama önerisi verilememekle birlikte, hastaların mümkün olduğunca erken mobilizasyonu önerilmektedir (42,64). Ancak burada önemli olan parametrelerden biri, hastanın hazır oluşu ve istekliliğidir. Bunu etkileyen faktörlerden biri, ağrıdır. Literatürde spinal cerrahi geçiren hastaların şiddetli düzeyde ağrıları olduğu ve ağrının yaklaşık üç gün sürebildiği belirtilmekle birlikte diğer yandan da mobilizasyonla azaldığı ifade edilmektedir (42,64,65). Bu çalışmada da rutin farmakolojik tedaviye rağmen, her iki gruptaki hastaların orta düzeyde ağrısı olduğu saptanmıştır. Mobilizasyonun ağrının azaltılmasında etkili olması nedeniyle, diğer tüm komplikasyonlarında beraberinde azaltılması için hastaların mümkün olan en kısa sürede kaldırılması önerilmektedir (42,64,66). Mobilizasyon için istekliliği etkileyen bir diğer faktörün de konuya ilişkin önceden edinilen bilgi olduğu düşünülmektedir. Cerrahi girişim öncesi verilen hasta eğitiminin etkilerini incelemek için yapılan bir meta analiz çalışmasında, eğitim alan katılımcıların hedeflenen aktiviteyi yapma konusunda daha istekli oldukları belirtilmiştir (67). Bu çalışmada da eğitim verilen grubun mobilizasyon öncesinde ayağa kalkmaya çok daha istekli oldukları bulunmuştur ( $p < 0,005$ ) (Çizelge 4.2.2). Benzer şekilde Ong ve ark'ın (2009) yaptığı bir çalışmada cerrahi girişim öncesi video ile verilen eğitimin, torasik cerrahi geçirecek hastaların bilgi düzeyini artırdığı, hedeflenen aktiviteleri yerine getirmede daha istekli oldukları belirtilmiştir (68). Bu

sonuçlar, uygulamalı olarak verilen eğitim sonucunda hastaların mobilizasyona daha motive olduklarını, davranışın oluşumunda eğitimin etkili olduğunu göstermektedir. Çünkü eğitimle hastanın yapılacak aktivitelere karşı bilgi seviyesi artırılmakta, bilinmezlik kaygısının önüne geçilmekte, uygulamaya karşı uyum ve istekliliği artırılmaktadır.

Hareketlilik sırasında hasta açısından ağrı ve zorlanmanın azalması, gözlemci açısından da hastanın bağımlılığının azalması istendik durumu oluşturmaktadır. Ayoğlu ve Akyolcu'nun (2011) genel cerrahi hastalarında yaptığı bir çalışmada, eğitim alan müdahale grubunda hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ortaya konulmuştur (55). Bu çalışmada da hastaların ameliyat sonrası ilk mobilizasyonlarında, eğitim almış olan müdahale grubu hastalarının, hasta hareketlilik ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuç doğrultusunda müdahale grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre ilk mobilizasyonun basamakları sırasında daha az ağrı ve zorlanma yaşadıkları saptanmıştır. Gözlemci olarak hemşireler tarafından da müdahale grubunda yer alan hastaların bağımlılığının daha az olduğu değerlendirilmiştir ( $p<0.001$ ) (izelge 4.2.3). Hastaların gözlemci hareketlilik ölçeği puan ortalamaları arttıkça hareketlilikteki bağımlılığının arttığı görölmektedir. Cerrahi girişim öncesi verilen hasta eğitiminin etkilerini incelemek için yapılan bir meta analiz çalışmasında, eğitim alan grupların tamamında, cerrahi girişim sonrası istenilen aktiviteyi yapma performansının daha yüksek bulunduğu gösterilmiştir (67). Bu sonuçlar ile birlikte değerlendirildiğinde ameliyat öncesi hareketliliğe ilişkin verilen eğitiminin, ameliyat sonrası hastaların ilk hareketliliği ile ilgili sonuçları olumlu yönde etkilediği değerlendirilmiştir.

### **5.3.Mobilizasyona Yönelik Anksiyeteye İlişkin Bulguların Tartışılması**

Kaygı yaşanan olaya bağlı olarak ortaya çıkan, kişinin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği öznel bir korku ve tedirginlik durumu olarak adlandırılır, normal ve geçici bir durum olarak kabul edilir. O duruma özgü yaşanan kaygıyı, bireyin genellikle nasıl hissettiğini gösteren sürekli anksiyetenin etkileyebildiği belirtilmektedir (56,69). Bu nedenle ameliyat öncesi sürekli kaygı düzeyleri



değerlendirildiğinde, her iki grubun da anksiyete puanlarının benzer olduğu, ancak müdahale grubundaki hastaların genel anksiyete düzeyinin orta, kontrol grubunda ise hafif düzeyde olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.1.2). LDH cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası genellikle hareketlilikle ilgili kaygıları olduğu bilinmekte (10), klinik uygulamada da bu tedirginlik gözlenmektedir. Hatta bu durumun yeniden yaralanma ya da hareketle ağrı oluşması korkusu olarak tanımlanan (13) kinezyafobiye yol açabildiği, spinal cerrahi sonrası evde de devam eden bu sürecin hastanın postoperatif aktivite düzeyini ciddi düzeyde azalttığı belirtilmektedir (14,15). Bu çalışmada müdahale grubundaki hastaların hem mobilizasyon öncesi hem de mobilizasyon sonrası durumluk kaygı puanlarının, kontrol grubunda yer alan hastalara göre anlamlı düzeyde çok daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Benzer şekilde Demir ve ark'ın (2010) çalışmasında, kalp cerrahisi geçirecek hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin hastada durumluk kaygı düzeyini düşürdüğü bulunmuştur (70). Ayoğlu ve Akyolcu'nun (2011) genel cerrahide ameliyat olan, Özberksoy ve ark'ın (2009) meme cerrahisi, Çetinkaya ve Karabulut'un (2010) batın cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı çalışmalarda da, verilen eğitimin cerrahi sonrası durumluk kaygı düzeyini düşürdüğü ortaya konulmuştur (55,71,72). Bu sonuçlar doğrultusunda, birçok durumda olduğu gibi, LDH cerrahisi sonrası ilk hareketliliğe ilişkin hastalara ameliyat öncesinde uygulamalı olarak verilen eğitimin, hastanın anksiyetesinin azaltılmasında etkili olduğu değerlendirilmiştir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuç

Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda, LDH cerrahisi öncesinde hastalara uygulamalı olarak verilen eğitimin, ameliyat sonrası yatak içi ilk dönme sırasında, hastanın algıladığı ağrı ve zorlanma üzerine etkili olmadığı, ancak gözlemci hareketlilik ölçeğine dayanarak hemşirelerin bel sağlığını önemli ölçüde etkileyen, hemşireye bağımlılık oranını azalttığı görülmüştür. Buna ek olarak, eğitimin mobilize olmaya yönelik istekliliği artırdığı, hastanın anksiyete düzeyini, ağrı ve zorlanma algısı ile hareketlilik sırasında hemşireye bağımlılığı ise azalttığı saptanmıştır.

#### 6.1.1.Sonuçlar Doğrultusunda Hipotezlerin Sınanması

##### Hareketlilik Düzeyi

Lomber disk herni cerrahisi öncesi planlı eğitim verilen ve verilmeyen hastaların hareketlilik puanları arasında fark vardır. H<sub>1</sub> hipotezi kabul edilmiştir.

### 6.2.Öneriler

Lomber disk herni cerrahisi geçirecek hastalara ameliyat sonrası ilk dönme ve mobilizasyon sırasında ağrı ve anksiyetenin azaltılması, hasta kooperasyonunun artırılması için, ameliyat öncesi dönemde eğitim verilmesi, eğitim aracı olarak resimli yatak içi dönme ve mobilizasyon materyalinin kullanılması tavsiye edilmektedir.

Ameliyat öncesi dönemde demonstrasyon yöntemi ile yatak içi dönme ve mobilizasyonun hastaya en az bir kez yaptırılması, yaşayarak öğretilmesi önerilmektedir.

Gelecek çalışmalarda bu eğitimin etkinliğinin farklı cerrahi gruplarında da araştırılması önerilmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

1. Akyolcu, N. (Ed), Kanan, N., Aksoy, G., (2017), İntervertebral Disk Hernisi; Cerrahi Hemşireliği II, Türkiye, Nobel Tıp Kitaevleri.
2. Dönmez Y.C., Dolgun E., Kabataş M., Özbayır T., (2010), Lomber disk hernili hastalarda risk faktörlerinin incelenmesi, Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilgileri Tıp Dergisi: 24(2), 89-92.
3. Weinstein J.N., Tosteson D.T., Lurie D.J., Tosteson, A.N.A., Hanscom, B., Skinner, S.J., et. al., (2006), Surgical vs Nonoperative Treatment for Lumbar Disk Herniation, JAMA, Vol 296:No. 20 (Reprinted); 2441-2450.
4. Peul, C.W., Houwelingen, V.C.H, Hout, B.W., Brand, R., Eekhof, H.A.J., Tans, J.T.J., et. al, (2007), Surgery versus Prolonged Conservative Treatment for Sciatica, The New England Journal of Medicine, Vol.356: No.22: 2245-2256.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 ; Erişim Tarihi: 30.08.2018; <https://dosyasb.saglik.gov.tr>
6. Bayraktar N., Elbaş N. (Ed.) (2016)., Nöroşirürjide Bakım; Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları Ankara / Güneş Tıp Kitabevleri, 20-22.
7. Bozkuş H.,(2002)., Dejeneratif Disk Hastalığı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi No,191-214.
8. Akyüz N., Öztekin S.D.(Ed.) (2015), Nöroşirürjide cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı; Nöroşirürji Hemşireliği, İstanbul/ Nobel Tıp Kitabevleri, 271-280.
9. Erdil F., Elbaş N.Ö.(Ed.) (2012)., Sinir Sistemi Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı; Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği; Ankara/ Aydoğdu Ofset: 270-293.
10. Qvarfordh P., Olsen S.K., Bendix T., Esbensen A.B., (2014), Should Patients Walk From the Postanesthesia Care Unit to the General Ward After a Lumbar Discectomy? A Randomized Study; Journal of PeriAnesthesia Nursing, Vol 29, No 5: 377-384.
11. Dirimeşe E., Yavuz M., (2010), Cerrahi Kliniklerde Venöz Tromboembolinin Önlenmesi; Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:3 : 98-105.
12. Yolcu S., Akın S., Durna S., (2016), Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hareket Düzeyleri ve Hareket Düzeyleri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi ; Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 13 (2): 129-138.
13. Neblett R., Hartzell M.M., Mayer T.G., Bradford E.M., Gatchel R.M.,(2016), Establishing clinically meaningful severity levels for the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-13). Eur J Pain, 20(5):701-10.
14. Svensson, G.L., Lundberg, M., Ostgaard, H.C., Wendt, G.K., (2011), High degree of kinesiophobia after lumbar disc herniation surgery: A cross-sectional study of 84 patients. Acta Orthop, 82: 732–736.
15. Green, A.J., Manson, N.A., Cochran, M., Abraham, E.P., (2015), Postoperative Ambulation in Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty, Total Knee Arthroplasty and Elective Lumbar Spine Surgery to Treat Arthritic Pathologies. Spine J., 15: 254.

16. Yılmaz M., Gürler H., (2011), Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri: 23(2): 71-79.
17. Heye M.L., Foster L., Bartlett K.M., Adkins S., (2002), A Preoperative Intervention for Pain Reduction, Improved Mobility, and Self-Efficacy ; Applied Nursing Research, Vol. 16, No. 2 :174-183.
18. Yıldız H., Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri (Yüksek Lisans Tezi ), Lefkoşa., KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015, Danışman: Doç. Dr. Ümran Dal.
19. Akca N.K., Aydın G., Gümüş K.,(2013), Lomber Disk Hernili Hastaların Vücut Mekanikleri Bilgi Düzeyleri ile Ağrı Şiddeti Arasındaki İlişki: Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2(1); 66-77.
20. Bakçek Ö., Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalara Yazılı Materyal ve Multimedya ile Verilen Vücut Mekanikleri Eğitiminin Bel Ağrısı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması, (Yüksek Lisans Tezi ), Ankara, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017, Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Ayhan.
21. Gürgöze M., Gürgöze M. (Ed.), (2015), Omurga Yaralanmaları: Omurilik Yaralanmalarında Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S:17-67.
22. Öktenoğlu T. (2011) Lomber Omurganın ve Lomber Diskin Biyomekaniği. Erişim: 25.09.2019.<https://www.turknorosirurji.org.tr/TNDDData/Books/196/lomber-omurganın-velomber-diskin-biyomekaniği.pdf>
23. Özbayır T., Karadakovan A, Aslan E.F. (Ed.), (2014), Nörolojik Travmalar: Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi: 1199- 1225.
24. Aydoğan N., Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2005, Danışman : Prof. Dr. Fethiye Erdil
25. İlhan M.N., Aksakal F.N., Kaptan H., Ceylan M.N., Durukan E., İlhan F., ve ark., (2010), Birinci basamakta yaşam boyu bel ağrısı sıklığı ve ilişkili sosyal ve mesleki risk etmenleri, Gazi Medical Journal, 21(3), 107-110.
26. Amir S., Qadir M., (2018), Lumbar Disc Herniation ; Demographic Characteristic and Etiology of Presented in a Teaching Institute, Professional Med J: 25(1):63-66.
27. Erhan B., Gündüz B., Üstünel S., Savaş F., (2009), Low back pain in athletes: common problems and conservative treatment, Bakırköy Tıp Dergisi: 5(4), 127-131.
28. Miller J.A., Derakhshan A., Lubelski D., Alvin M.D., Mcgirt J, Benzel E.C. et. al. (2015), The impact of preoperative depression on quality of life outcomes after lumbar surgery, The Spine Journal: 15, 58-64.
29. Öztekin S.D. (Ed.), Sunal N., (2015), Boyun ve Omurilik Yaralanmaları: Tanılama, Tedavi ve Bakımda Temel İlkeler, Nöroşirurji Hemşireliği, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri: 105-134.

30. Karabekir H.S., Emel E., Atar E.K., Yıldızhan K., (2007), Is age a prognostic factor of postoperative outcome of lumbar disc herniation operations? *Neurosciences*, 12(4), 282-284.
31. Karabacak Ü., Yılmaz E., Aslan F.E(Ed.), (2014), *Sağlığın Değerlendirilmesi Esasları, Sağlığın Değerlendirilmesi*, İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Yayını: 9-21.
32. Korkmaz F.D., Aslan F.E(Ed.), (2014), *Baştan Ayağa Sistematik Değerlendirme, Sağlığın Değerlendirilmesi*, İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Yayını: 197-219.
33. Bono C.M., Schoenfeld A.; Herkowitz H.N., Garfin S.R., Eismont F.J., Bell G.R. ve Balderston R.A. (Ed.). (2011), *Lumbar Disc Herniations*, Rothman-Simeone *The Spine*: 887-914.
34. Çetinkaya M.Y., (2015), Disk Hernisi Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı, *Türkiye Klinikleri, J Surg Nurs-Special Topics*: 1(2), 100-106.
35. İlhan S.E., Akbayrak N.(Ed.), (2007), *Sinir Sistemi Bakım Planları, Hemşirelik Bakım Planları Dâhiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut*, Ankara: Alter Yayıncılık: 895-980.
36. Karayurt Ö., Çelik B., (2017), Ameliyata Bağlı Basınç Yarası ve Hemşirelik Bakımı, *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, 3(3):176-82.
37. Karadağ M., Gümüşkaya N., (2005), The incidence of pressure ulcers in surgical patients: a sample hospital in Turkey, *Journal of Clinical Nursing*: 15, 413-421.
38. Gafen A., (2008), How Much Time Does it Take to Get a Pressure Ulcer? *Integrated Evidence from Human, Animal, and in Vitro Studies*, *Ostomy Wound Manage*:54(10):26-35.
39. Hoshowsky V.M., Schramm C.A., (1994), Intraoperative pressure sore prevention: an analysis of bedding materials, *Research in Nursing & Health*: 17: 333-39.
40. Nilsson U., (2013), Intraoperative Positioning of Patients Under General Anesthesia and the Risk of Postoperative Pain and PressureUlcers, *J Peri Anesthesia Nursing*; 28(3)3: 137-143.
41. Jellish S.W., Thalji Z., Stevenson K., Shea J., (1996), A Prospective Randomized Study Comparing Short- and Intermediate-Term Perioperative Outcome Variables After Spinal or General Anesthesia for Lumbar Disk and Laminectomy Surgery: 83(3):559-64.
42. Burgess C.L., Wainwright W.T., (2019), What Is the Evidence for Early Mobilisation in Elective Spine Surgery? A Narrative Review: *Healthcare*: 7(3): 92:2-19.
43. Epstein N.E., (2014), A Review Article on The Benefits of Early Mobilization Following Spinal Surgery and Other Medical/Surgical Procedures, *Surgical Neurology International*, 5:S66-73.
44. Martinez K., Battaglia R., Start R., Mastal F.M., Matlock M.A., (2005), *Nursing-Sensitive Indicators in Ambulatory Care, Nursing Economics*: Vol. 33/No. 1:59-63.
45. Şerifoğlu R., Bilgen S.M., Atıce T., Bilgen F.Ö., Yılmazlar A., (2007), Artroplastide Derin Ven Trombozu Profilaksisinde Aktif ve Erken Hareketin Etkinliği, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*: 33 (3) 127-134.

46. Kress JP, (2009), Clinical trials of early mobilization of critically ill patients, Crit Care Med: Vol. 37, No. 10 (Suppl.).
47. Büyükyılmaz F., Aştı T., (2009), Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi: 12: 2; 84-93
48. Vermişli S., Çam K., (2015), Ürolojik Radikal Cerrahi Sonrası Erken Mobilizasyonun Etkinliği, Bulletin of Urooncology: 14:324-326
49. Gül Ş., (2014), Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Basınç Ülseri Gelişiminin Önlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi: 54-61.
50. Elsarrag M., Sauson S., Patel P., Norat P., Sokolowski D.J., Park S.M. et al.(2019), Enhanced Recovery After Spine Surgery: A Systematic Review, Neurosurg Focus :46 (4):E3.
51. Smith J., Probst S., Calandra C., Davis R., Sugimoto K., Nie L. Et al. (2019), Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program for Lumbar Spine Fusion, Perioperative Medicine: 8:4; 2-9.
52. Gornitzky A.L., Flynn J.M., Muhly W.T, Sankar W.N.(2016), A Rapid Recovery Pathway for Adolescent Idiopathic Scoliosis That Improves Pain Control and Reduces Time to Inpatient Recovery After Posterior Spinal Fusion, Spine Deformity, 4:288-295.
53. Soffin E.M., Vaishnav A.S., Wetmore D., Barber L., Hill P., Gang C.H., et al.(2008), Design and Implementation of an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program for Minimally Invasive Lumbar Decompression Spine Surgery: Initial Experience. Soffin E.M., Vaishnav A.S., Wetmore D., Barber L., Hill P., Gang C.H., et al: Design and Implementation of an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program for Minimally Invasive Lumbar Decompression Spine Surgery: Initial Experience. Spine (Phila Pa 1976)
54. Venkata H.K., van Dellen J.R.,(2018), A Perspective on The Use of an Enhanced Recovery Program in Open, Non-Instrumented Day Surgery for Degenerative Lumbar and Cervical Spinal Conditions, J Neurosurg Sci 62:245-254.
55. Ayoğlu T.,Cerrahi Girişim Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Öz-Etkililik Algısına ve İyileşme Sürecine Etkisi, (Doktora Tezi), İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2011, Danışman: Prof. Dr. Neriman Akyolcu.
56. Öner N., Le Compte A, (1985), Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 333:1-26.
57. Şimşek Ş., Yağcı N., Gedik ., (2014), Kronik Mekanik Bel Ağrısında Bel Okulu Programının Ağrı, Özür ve Korku Kaçınma Davranışı Üzerine Etkisi, Journal of Clinical and Analytical Medicine:1-5.
58. Aştı T., Karadağ A., (2011), Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri, Egzersiz ve Hareket, Adana: Nobel Kitabevi
59. Davis, L.L., (1992), "Instrument review: Getting the most from a panel of experts". Applied Nursing Research, 5, 194-197.
60. Akduman G.G., Cantürk G., Cinsel İstismara Uğrayan Çocuklara Karşı Tutum Ölçeği: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, Adli Tıp Dergisi, Turkish Journal of Forensic Medicine, Cilt Vol:24, Sayı No:2.
61. McCABE C., (2004), Nurse – Patient Communication: an Exploration of Patients' Experiences, Journal of Clinical Nursing, 13:41-49.



62. Cürcani M., Tan M., (2009), Diyaliz Üniteleri ve Nefroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler ve Sağlık Sorunları, TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(4).
63. Kabataş S.M., Kocuk M., Küçükler Ö., (2012), Sağlık Çalışanlarında Bel Ağrısı Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, F.Ü. Sağ. Bil. Tıp Derg., 26 (2): 65 – 72.
64. Wainwright, T.W., Immins, T., Middleton, R.G.(2016), Enhanced recovery after surgery (ERAS) and its applicability for major spine surgery. Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol. 30, 91–102.
65. Sukhinder Jit Singh Bajwa and Rudrashish Haldar., (2015), Pain management following spinal surgeries: An appraisal of the available options. J Craniovertebr Junction Spine, 6(3): 105–110.
66. Bajwa S.J.S., Haldar R.(2015), Pain Management Following Spinal Surgeries: An Appraisal of The Available Options. J Craniovertebr Junction Spine. 6(3): 105–110.
67. Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J. ve Salanterä, S. (2005), Preoperative education for orthopaedic patients: Systematic review. Journal of Advanced Nursing, 50(2), 212-223.
68. Ong, J., Miller, P.S., Appleby, R., Allegretto, R. ve Gawlinski, A. (2009), Effect of a preoperative instructional digital video disc on patient knowledge and preparedness for engaging in postoperative care activities. Nurs Clin North Am. 44(1),103-15.
69. Özerkan N.K., (2003), Üniversiteli Basketbolcularda Yarışma Öncesi Kaygı Düzeyi İle Performans Arasındaki İlişki, İstanbul Üniversitesi Spor Bilim Dergisi: 11;3(ÖS):4-6.
70. Demir A., Akyurt D., Ergün B., Haytural C., Yiğit T., Taşoğlu İ. Ve ark. (2010), Kalp Cerrahisi Geçirecek Olgularda Anksiyete Sağaltımı, Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg. 18(3):177-182.
71. Özberksoy, A. ve Özbayır, T. (2007), Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi, İçinde Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı. Gaziantep: Ege Üniversitesi Basımevi; 211.
72. Çetinkaya F., Karabulut N., (2010), Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13: 2



**EK-1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN  
VERİ TOPLAMA FORMU**

**HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN  
VERİ TOPLAMA FORMU**

Hasta No:	
Grubu:	<input type="checkbox"/> Müdahale <input type="checkbox"/> Kontrol
1- Doğum Tarihi:	.....
2- Cinsiyet:	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
3- Boy :	4- Kilo:
5- En son mezun olduğunuz okul:	<input type="checkbox"/> Okuryazar değil <input type="checkbox"/> Okuryazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite ve üzeri

**EK-1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN  
VERİ TOPLAMA FORMU (Devamı)**

**HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN  
VERİ TOPLAMA FORMU**

6- Kronik Hastalık :	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var			
	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> KOAHA		
	<input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği	<input type="checkbox"/> Diğer			
7- Hastaneye Yatış Öyküsü :	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var			
8- Ameliyat Öyküsü :	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var			
9- Lomber Disk Herni Seviyesi:	<input type="checkbox"/> L2-L3	<input type="checkbox"/> L3-L4	<input type="checkbox"/> L4-L5	<input type="checkbox"/> L5-S1	
10- Dren Durumu:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Çekilmiş		

## EK-2. HASTA HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ

### HASTA HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ

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

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

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

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

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

#### **Yatak Kenarında Oturma:**

Yatak kenarında oturduğunuzda ne kadar ağrı hissettiniz?

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

Yatak kenarında oturmak sizin için ne kadar zordu?

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

#### **Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:**

Yatak kenarında, ayağa kalktığınızda ne kadar ağrı hissettiniz?

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

Yatak kenarında, ayağa kalkmak sizin için ne kadar zordu?

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

#### **Hasta Odasında Yürüme:**

Odada yürüdüğünüzde ne kadar ağrı hissettiniz?

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

Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?

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

## EK-2. GÖZLEMCİ HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ (Devamı)

### GÖZLEMCİ HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ

<b><u>Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme:</u></b>				
1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak döndü.	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak döndü.	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile döndü.	Hasta dönmek için hemşireye bağımlıydı.	Hasta yardıma rağmen dönemedi.
<b><u>Yatak Kenarında Oturma:</u></b>				
1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak yatak kenarında oturdu.	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak yatak kenarında oturdu.	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yatak kenarında oturdu.	Hasta yatak kenarında oturmak için hemşireye bağımlıydı.	Hasta yardıma rağmen yatak kenarında oturamadı.
<b><u>Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:</u></b>				
1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak yatak kenarında ayağa kalktı.	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak yatak kenarında ayağa kalktı.	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yatak kenarında ayağa kalktı.	Hasta yatak kenarında ayağa kalkmak için hemşireye bağımlıydı.	Hasta yardıma rağmen yatak kenarında ayağa kalkamadı.
<b><u>Hasta Odasında Yürüme:</u></b>				
1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak odada yürüdü.	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak odada yürüdü.	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile odada yürüdü.	Hasta odada yürümek için hemşireye bağımlıydı.	Hasta yardıma rağmen odada yürüyemedi.

### EK-3. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

#### DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

### EK-3. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (Devamı)

#### DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (Devamı)

		HEMEN HEMEN HIÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOK ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
1.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Güçlülerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

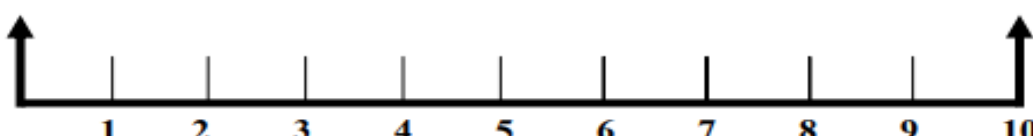


## EK-4. SAYISAL DEĞERLENDİRME SKALASI

### SAYISAL DEĞERLENDİRME SKALASI

Şu anda hissettiğiniz ağrı düzeyiniz nedir?

Hiç Ağrı Yok Dayanılmaz Ağrı Var

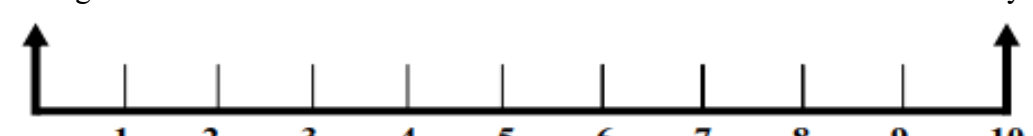


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Şu an ayağa kalkma isteğiniz nedir?

Mobilizasyon İçin Mobilizasyona Kendimi  
Hazır Değilim Hazır Hissediyorum



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## EK-5. RESİMLİ YATAK İÇİ DÖNME VE MOBİLİZASYON EĞİTİMİ MATERYALİ

### YATAK İÇİ DÖNME EĞİTİMİ



- Vücudunuz bir bütün olarak döndürüleceksiniz.



- Dönme işlemi için; hemşireniz tarafından omzunuz ve kalçanız desteklenecek:



- Gövdeniz bir bütün olarak hemşirenize doğru döndürülecektir.



- Bu işlem sırasında kendinizi rahat bırakmanız ve hemşirenize yardımcı olmanız beklenmektedir.

## EK-5. RESİMLİ YATAK İÇİ DÖNME VE MOBİLİZASYON EĞİTİMİ MATERYALİ (Devamı)

### YATAK İÇİ DÖNME EĞİTİMİ



- Yan döndükten sonra bacaklarınızın düz pozisyonunu koruması gerekmektedir.



- Dönme işlemi bittikten sonra sırtınız yastıkla desteklenecektir.



- Kollarınızın pozisyonu vücudunuzun üstünde ya da yanında olabilir.



- Kendinizi rahat hissediyorsanız dönme işleminiz tamamlanmış olacaktır.

## EK-5. RESİMLİ YATAK İÇİ DÖNME VE MOBİLİZASYON EĞİTİMİ MATERYALİ (Devamı)

### MOBİLİZASYON EĞİTİMİ



Ayağa kaldırılmadan önce yan döndürülmeniz gerekmektedir.



Bu işlem için hemşireniz size yardımcı olacaktır. Hemşire eşliğinde öncelikle yan pozisyona getirileceksiniz.



Daha sonra hemşireniz omzunuzdan destekleyerek ayaklarınızı yataktan aşağıya sarkıtacaktır.



Bu işlem sırasında kendinizi rahat bırakmalısınız.



Elinizle yataktan destek alarak hemşirenize yardımcı olmalısınız.

## EK-5. RESİMLİ YATAK İÇİ DÖNME VE MOBİLİZASYON EĞİTİMİ MATERYALİ (Devamı)

### MOBİLİZASYON EĞİTİMİ



Kendinizi iyi hissedinceye kadar bir süre, yatak kenarında oturacaksınız.



Daha sonra hemşireniz koltuk altlarınızdan ve sırtınızdan kavrayarak, yardımınızla sizi ayağa kaldıracak.



Kısa bir süre yatağın yanında ayakta bekletilerek genel durumunuz gözlenecektir.



Genel durumunuz iyi ise hemşire sizinle ile aynı yöne bakacak biçimde sağ ya da sol yanınıza geçecek; yürüyüş esnasında karşıya bakmanız istenecektir.



Daha sonra hemşireniz sizinle aynı tempoda yürüyecek ve mobilizasyonunuz sağlanmış olacaktır.

## EK-6. RANDOMİZASYON TABLOSU

### RANDOMİZASYON TABLOSU

0001: <b>Vaka</b>	0025: <b>Vaka</b>
0002: <b>Kontrol</b>	0026: <b>Vaka</b>
0003: <b>Vaka</b>	0027: <b>Vaka</b>
0004: <b>Vaka</b>	0028: <b>Kontrol</b>
0005: <b>Kontrol</b>	0029: <b>Kontrol</b>
0006: <b>Kontrol</b>	0030: <b>Vaka</b>
0007: <b>Vaka</b>	0031: <b>Kontrol</b>
0008: <b>Kontrol</b>	0032: <b>Vaka</b>
0009: <b>Kontrol</b>	0033: <b>Kontrol</b>
0010: <b>Vaka</b>	0034: <b>Vaka</b>
0011: <b>Vaka</b>	0035: <b>Kontrol</b>
0012: <b>Kontrol</b>	0036: <b>Vaka</b>
0013: <b>Vaka</b>	0037: <b>Vaka</b>
0014: <b>Kontrol</b>	0038: <b>Kontrol</b>
0015: <b>Vaka</b>	0039: <b>Vaka</b>
0016: <b>Kontrol</b>	0040: <b>Kontrol</b>
0017: <b>Vaka</b>	0041: <b>Kontrol</b>
0018: <b>Vaka</b>	0042: <b>Vaka</b>
0019: <b>Kontrol</b>	0043: <b>Kontrol</b>
0020: <b>Vaka</b>	0044: <b>Vaka</b>
0021: <b>Kontrol</b>	0045: <b>Vaka</b>
0022: <b>Vaka</b>	0046: <b>Kontrol</b>
0023: <b>Kontrol</b>	0047: <b>Kontrol</b>
0024: <b>Kontrol</b>	0048: <b>Kontrol</b>

## EK-7. GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ KLİNİĞİ ANABİLİM DALI



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL FORM 3

T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

20.11.2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
BAŞKANLIĞINA

Sorumlu araştırmacısı Doç.Dr.Hatice AYHAN olan Lomber Disk Ameliyatı Olacak Hastalara Ameliyat Öncesi Varılan Yatak İçi Dönme ve Mobilizasyon Eğitiminin Ameliyat Sonrası İlk Hareketlilik Düzeyine Etkisi isimli yüksek lisans tezi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalımızda/Kliniğimizde yapılacaktır.

Bilgilerinize arz ederim.

Mahmet Kemal DANEYEMEZ  
Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı

## EK-8. GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI



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

Sayı : 46418926

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı

### ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 18 ARALIK 2018 SALI  
TOPLANTI NO : 2018/15  
PROJE/ KARAR NO : 18/344 (Değerlendirilme Tarihi: 18.12.2018)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Hatice AYHAN'ın sorumlu araştırmacı, Hem. Hatice ÇINAR'ın yardımcı araştırmacı olduğu, 18/344 kayıt numaralı, "Lomber Disk Ameliyatı Olacak Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Yatak İçi Dönme ve Mobilizasyon Eğitiminin Ameliyat Sonrası İlk Hareketlilik Düzeyine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tezi önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

BAŞKAN

Ahmet COŞAR  
Prof. Dr.

ÜYE

Alper GÖZÜBÜYÜK  
Prof. Dr.

ÜYE

Ayhan KILIÇ  
Prof. Dr.

ÜYE

TOPLANTIYA KATILMADI

Levent KENAR  
Prof. Dr.

ÜYE

Ömer Cümhur AYDIN  
Prof. Dr.

ÜYE

Cemal Nuri FERCİN  
Prof. Dr.

ÜYE

Kazım Emre KARASAHİN  
Prof. Dr.

ÜYE

Yusuf İZCİ  
Prof. Dr.

ÜYE

Murat ÇELİK  
Doç. Dr.

ÜYE

Ali Kağan COŞKUN  
Doç. Dr.

ÜYE

Ceyhan ALTUN  
Doç. Dr.

ÜYE

Dilek YILDIZ  
Doç. Dr.

ÜYE

Gülten BÜVENC  
Doç. Dr.

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



## **EK-9. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU-KONTROL GRUBU**

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU-KONTROL GRUBU**

Araştırma Projesinin Adı:

Lomber Disk Ameliyatı Olacak Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Yatak İçi Dönme ve Mobilizasyon Eğitiminin Ameliyat Sonrası İlk Hareketlilik Düzeyine Etkisi

Sorumlu Araştırmacının Adı:

Doç. Dr. Hatice AYHAN

Diğer Araştırmacının Adı:

Hatice ÇINAR

“Lomber Disk Ameliyatı Olacak Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Yatak İçi Dönme ve Mobilizasyon Eğitiminin Ameliyat Sonrası İlk Hareketlilik Düzeyine Etkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizin Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinde tedavi alıyor olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı’nda görevli Doç. Dr. Hatice AYHAN’ın sorumluluğu altındadır.

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

- Araştırmanın amacı; lomber disk ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi verilen yatak içi dönme ve mobilizasyon eğitiminin ameliyat sonrası ilk hareketlilik düzeyine etkisinin incelenmesidir.
- Çalışmaya sizde dâhil olmak üzere 24 hasta alınması planlanmaktadır.

## **EK-9. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU-KONTROL GRUBU (Devamı)**

### **Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

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

### **Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?**

Araştırmayla ilgili gerekli açıklamalar yapılacak ve yazılı onamınız istenecektir. Onam formunu imzaladıktan sonra “Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Veri Toplama Formu”ndaki bilgileri doldurmanız sonrasında; “Hasta Hareketlilik Ölçeği ile Sürekli Kaygı Ölçeği” maddelerine cevap vermeniz istenecektir. Daha sonra rutin klinik bakım olarak ameliyat sonrası dönemde yatak içinde dönme ve mobilizasyonun nasıl olacağı ile ilgili doktor ve hemşire tarafından farklı zamanlarda sözel olarak bilgi alacak ve varsa sorularınız yanıtlanacaktır.

Cerrahi girişim sonrası, yoğun bakım ünitesinde sırt üstü pozisyonda yatırılacak, yaklaşık altı-sekiz saat sonra hekim istemine göre, yoğun bakım hemşiresi tarafından yatak içinde dönme hareketi yapmanız sağlanılacaktır. Pozisyon verme işlemi tamamlandıktan sonra da hareket esnasındaki ağrı ve zorluk derecenizi değerlendirmeniz için “Hasta Hareketlilik Ölçeği”nin yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmeye ilişkin birinci maddesini doldurmanız istenecektir. Ameliyat sonrası birinci gün aynı yoğun bakım hemşiresi eşliğinde ilk mobilizasyon öncesi ağrı durumunuz ve mobilizasyon isteğiniz sorgulanacaktır. Mobilizasyon öncesinde” Durumluk Kaygı Ölçeği”ndeki soruları cevaplamanız istenecek ardından mobilizasyonunuz sağlanacaktır. Mobilizasyon sonrası ise “Durumluk Kaygı Ölçeği” ve “Hasta Hareketlilik Ölçeği” sorularına cevap vermeniz istenecektir.

Araştırmanın süresi 12 aydır.

## **EK-9. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU-KONTROL GRUBU(Devamı)**

### **Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?**

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

### **Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?**

Bu çalışmanın sonuçlarının, hastanın erken mobilizasyonunun sağlanmasında kanıta dayalı uygulamaya veri oluşturacağı düşünülmektedir.

### **Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

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

### **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

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

### **Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?**

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

ADI : Hatice AYHAN

GÖREVİ : Doç. Dr.

TELEFON : 0312 304 39 04

## **EK-9. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU-KONTROL GRUBU(Devamı)**

*(Katılımcının/Hastanın Beyanı)*

Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim dalında, Doç. Dr. Hatice AYHAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

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

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

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

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

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Doç. Dr. Hatice AYHAN’a 0312 304 39 04’ten arayabileceğimi biliyorum.

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

**EK-9. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU-  
KONTROL GRUBU(Devamı)**

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Katılımcı ile görüşen hekim**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Not: Aydınlatma ve katılımcının beyanı birbirlerinin devamı şeklinde olmalı ve aynı sayfada yer almalıdır.**

## **EK-10. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU- MÜDAHALE GRUBU**

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU- MÜDAHALE GRUBU**

Araştırma Projesinin Adı:

Lomber Disk Ameliyatı Olacak Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Yatak İçi Dönme ve Mobilizasyon Eğitiminin Ameliyat Sonrası İlk Hareketlilik Düzeyine Etkisi

Sorumlu Araştırmacının Adı:

Doç. Dr. Hatice AYHAN

Diğer Araştırmacının Adı:

Hatice ÇINAR

“Lomber Disk Ameliyatı Olacak Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Yatak İçi Dönme ve Mobilizasyon Eğitiminin Ameliyat Sonrası İlk Hareketlilik Düzeyine Etkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizin Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinde tedavi alıyor olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı’nda görevli Doç. Dr. Hatice AYHAN’ın sorumluluğu altındadır.

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

- Araştırmanın amacı; lomber disk ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi verilen yatak içi dönme ve mobilizasyon eğitiminin ameliyat sonrası ilk hareketlilik düzeyine etkisinin incelenmesidir.
- Çalışmaya sizde dâhil olmak üzere 24 hasta alınması planlanmaktadır.

## **EK-10. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU- MÜDAHALE GRUBU (Devamı)**

### **Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

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

### **Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?**

Araştırmayla ilgili gerekli açıklamalar yapılacak ve yazılı onamınız istenecektir. Onam formunu imzaladıktan sonra “Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Veri Toplama Formu”ndaki bilgileri doldurmanız sonrasında; “Hasta Hareketlilik Ölçeği ile Sürekli Kaygı Ölçeği” maddelerine cevap vermeniz istenecektir. Daha sonra ameliyattan bir gün önce araştırmacı tarafından “Resimli Yatak İçi Dönme ve Mobilizasyon Eğitimi Materyali” kullanılarak verilen eğitimde, resimler üzerinden doğru yatak içi dönme ve mobilizasyon teknikleri size gösterilecek, varsa sorularınız yanıtlanacaktır. Son olarak da demonstrasyon yöntemi kullanılarak, araştırmacı ile birlikte ameliyat sonrası yatak içi dönme ve ilk mobilizasyon simüle edilecektir. Bu eğitim yaklaşık 10-15 dakika sürecektir.

Cerrahi girişim sonrası, yoğun bakım ünitesinde sırt üstü pozisyonda yatırılacak, yaklaşık altı-sekiz saat sonra hekim istemine göre, yoğun bakım hemşiresi tarafından yatak içinde dönme hareketi yapmanız sağlanacaktır. Pozisyon verme işlemi tamamlandıktan sonra da hareket esnasındaki ağrı ve zorluk derecenizi değerlendirmeniz için “Hasta Hareketlilik Ölçeği”nin yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmeye ilişkin birinci maddesini doldurmanız istenecektir. Ameliyat sonrası birinci gün aynı yoğun bakım hemşiresi eşliğinde ilk mobilizasyon öncesi ağrı durumunuz ve mobilizasyon isteğiniz sorgulanacaktır. Mobilizasyon öncesinde” Durumluk Kaygı Ölçeği”ndeki soruları cevaplamanız istenecek ardından mobilizasyonunuz sağlanacaktır. Mobilizasyon sonrası ise “Durumluk Kaygı Ölçeği” ve “Hasta Hareketlilik Ölçeği” sorularına cevap vermeniz istenecektir.

Araştırmanın süresi 12 aydır.

## **EK-10. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU- MÜDAHALE GRUBU (Devamı)**

### **Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?**

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

### **Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?**

Bu çalışmanın sonuçlarının, hastanın erken mobilizasyonunun sağlanmasında kanıta dayalı uygulamaya veri oluşturacağı düşünülmektedir.

### **Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

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

### **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

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

### **Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?**

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

ADI : Hatice AYHAN

GÖREVİ : Doç. Dr.

TELEFON : 0312 304 39 04



## **EK-10. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU- MÜDAHALE GRUBU (Devamı)**

### ***(Katılımcının/Hastanın Beyanı)***

Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim dalında, Doç. Dr. Hatice AYHAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

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

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

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

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

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Doç. Dr. Hatice AYHAN’a 0312 304 39 04’ten arayabileceğimi biliyorum.

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

**EK-10. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU-  
MÜDAHALE GRUBU (Devamı)**

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Katılımcı ile görüşen hekim**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Not: Aydınlatma ve katılımcının beyanı birbirlerinin devamı şeklinde olmalı ve aynı sayfada yer almalıdır.**

## ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

### İ. Bireysel Bilgiler

Adı- Soyadı: Hatice AKKAYA(ÇINAR)  
Doğum Yeri ve Tarihi: Altındağ / 10.01.1994  
Uyruğu: TC  
Medeni Durumu: Evli  
İletişim Adresi ve Telefonu: Yıldırım Mahallesi Kemer Sokak Uçar Apt.  
No:23/15

Akyurt/ANKARA

0541 664 5105

cnr\_hatice@hotmail.com

Yabancı Dili: İngilizce

### İİ. Eğitimi

#### Mezuniyet Yılı

Akyurt İlköğretim Okulu  
2008

Akyurt Çok Programlı Lisesi  
2012

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksekokulu  
2016

### İİİ. Ünvanı

Hemşire

### İV. Mesleki Deneyimi

#### Başlangıç

Hemşire  
2016

### V. Bilimsel İlgi Alanları

- 1) Acar E., Çınar H., Çiçek H., Temel A., Yılmaz Z., Hemşirelik Öğrencilerinin Tüberküloz Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Risk Algılarının İncelenmesi. Sözel Sunum S-094, 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 1-3 Mayıs 2014, Trabzon.

- 2) Altunkürek Z., **Çınar H.**, Akpunar D., Bebiş H., Culture Shock in Nursing Students: Literature Review, International Student Congress on "Transcultural Nursing", 16-17 April, 2015, İstanbul, Turkey.
- 3) Kılıç B., Çiçek Sütçü H., **Çınar H.**, Türkiye’de Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımı Hakkında Yapılan Hemşirelik Araştırmalarının Analizi. Poster Bildiri-300, 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-29 Nisan 2016, ESOGÜ Kongre ve Kültür Merkezi, Eskişehir.
- 4) Akar Z., Çiçek Sütçü H., Temel A., Çınar H., Hemşirelik Öğrencilerinin Hastane Ortamından Kaynaklanan Risklere İlişkin Algı Düzeylerinin Belirlenmesi. Poster Bildiri-304, 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-29 Nisan 2016, ESOGÜ Kongre ve Kültür Merkezi, Eskişehir.

#### **VI. Diğer Bilgiler**

- 1) Hipotez Geliştirme ve Araştırma Kursu, GATA HYO, 19 Aralık 2013, Ankara.
- 2) Gülhane Hemşirelik Öğrencileri Hipotez Geliştirme ve Araştırma Kongresi, GATA HYO, 19-20 Aralık 2013, Ankara.
- 3) 2. Çocuk Romatoloji Kongresi, Çocuk Romatolojisinde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Pediatrik Romatoloji Hemşireliği Günleri, 25 Nisan 2014, Ankara.
- 4) Hemşirelik Eğitimi Çalıştayı, GATA HYO, 12-13 Şubat 2015, Ankara.
- 5) Harp Yaralılarında Tıbbi Tahliye Prensipleri Sempozyumu, GATA, 10-11 Aralık 2015, Ankara.
- 6) GATA Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD Yanık Merkezi, 4.Yanık Sempozyumu, 27-28 Mayıs 2016, Ankara.
- 7) Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 11-12 Mayıs 2017, Ankara.
- 8) Hemşireler İçin Enteral ve Parenteral Beslenmede Güncel Uygulamalar Kursu, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, 2 Mart 2018, Ankara.
- 9) Güzel Bir Yara Günü Sempozyum, AÜ Tıp Fakültesi, 22 Haziran 2018, Ankara.
- 10) 1. ERAS Kongresi (Uluslararası Katkıyla), 3-5 Mayıs 2018, Ankara.