T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN

CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN KAYGI VE HAREKETLİLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Elif Dilara KOÇ

Referans no: 10295044

EDİRNE - 2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN

CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN KAYGI VE HAREKETLİLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Elif Dilara KOÇ

Tez No:

EDİRNE - 2019

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde Dr.Öğr.Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Elif Dilara KOÇ tarafından tez başlığı "Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Kaygı ve Hareketlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **13/09/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Doç. Dr. Selma ATAY
JÜRİ BAŞKANI

İmza
Dr.Öğr.Üyesi Şebnem BİLGİÇ
ÜYE

İmza
Dr.Öğr.Üyesi Eylem
PASLI GÜRDOĞAN
ÜYE (Danışman)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince yardım ve desteği için değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN'a ve eğitimimde emeği bulunan Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyelerine, veri toplama aşamasında her türlü yardımı sağlayan Babaeski Devlet Hastanesi yönetimi ve çalışanlarına, hayatımın her döneminde bana inanan, güvenen ve desteklerini benden hiç esirgemeyen aileme en içten duygularımla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **CERRAHİ GİRİŞİMİN TANIMI** 3
- **CERRAHİ GİRİŞİM TÜRLERİ** 3
- **CERRAHİ GİRİŞİM EVRELERİ** 6
- **KAYGI** 8
- **KAYGININ ETİYOLOJİSİ** 8
- **KAYGI DÜZEYLERİ** 11
- **KAYGININ EPİDEMİYOLOJİSİ VE BELİRTİLERİ** 12
- **KAYGI VE FİZİKSEL AKTİVİTE** 13
- **KAYGI VE CERRAHİ GİRİŞİM İLİŞKİSİ** 14
- **CERRAHİ HASTALARINDA KAYGININ AZALTILMASI VE HAREKETLİLİĞİN SAĞLANMASINDA HEMŞİRENİN ROLÜ** 16

GEREÇ VE YÖNTEM 19

BULGULAR 24

TARTIŞMA 41

SONUÇ VE ÖNERİLER 49

ÖZET 53

SUMMARY 55

KAYNAKLAR 57

TABLOLAR LİSTESİ.....67
ÖZGEÇMİŞ 68
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği

GHÖ: Gözlemci Hareketlilik Ölçeği

HHÖ: Hasta Hareketlilik Ölçeği

GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi girişim geçiren hastaların bakım sürecinde hemşirelerin en önemli rolleri, bozulan homeostatik dengenin yeniden oluşturulması, yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesi, komplikasyonların önlenmesi ve normal yaşama geri dönüşün sağlanması için hastaya rehberlik ederek yardımcı olmaktır (1). Cerrahi girişimler her bireyde farklı algılama ve farklı tepkilere yol açmaktadır. Cerrahi girişime ihtiyaç olduğunun hastaya söylenmesi ile başlayan kaygı, hastaneye yatmayla birlikte artmakta, hastanın hastalığa uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (2-4).

Kaygı yaşamı tehdit eden veya tehdit şeklinde algılanan rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur (5). Bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi olan kaygı, sempatik, parasempatik ve endokrin uyarıların artışına yol açarak bireyi birçok fizyolojik ve psikolojik sorunla karşı karşıya getirebilmektedir (2). Durumluk kaygısı ise, bireyin içinde bulunduğu stresli (baskılı) durumundan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca ise azalma olmaktadır (6).

Hastanede yatma ve cerrahi girişim geçirme hastalarda kaygıya neden olması bakımındanönem arz etmektedir (7). Ameliyatın hasta için taşıdığı anlam, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında yaşanabilecek durumlara yönelik bilgi yetersizliği, olası olumsuz sonuçlar, ameliyat sonrası ağrı yaşama korkusu, günlük işlerin kesintiye uğraması, hareketsizlik, kontrol kaybı, yabancı ve aileden uzak bir çevrede bulunmak ve çeşitli tıbbi uygulamalara maruz kalmak kaygıyı arttıran nedenler arasında yer almaktadır (7,8).

Cerrahi girişim sonrasında hastalar pek çok nedene bağlı olarak kaygı yaşamaktadır. Bunlardan birisi de ilk mobilizasyon öncesi yaşanan kaygıdır (9). Hastanın ameliyat sonrasında hareket etmesi, önerilen egzersizleri yapması oluşabilecek pek çok komplikasyonun önlenmesinde ve iyileşmenin hızlanmasında etkilidir. Ancak hastalar cerrahi girişim sonrasında ağrı, bakım ekipmaları ve ameliyat yarasına bağlı olarak yaşadıkları kaygı nedeni ile hareket aktivitelerini etkin bir şekilde yerine getirmek istemeyebilirler ya da hareket sırasında zorlanabilirler (1). Bu nedenle ilk mobilizasyon öncesi hastaların kaygılarının giderilmeye çalışılması önemlidir.

Kaygının giderilmesine yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin belirlenmesinde, öncelikle hastaların kaygı düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir (10). Etkili hemşirelik bakımı ve psikolojik destek hastaların kaygı düzeyini azaltarak, postoperatif dönemde hasta hareketliliğini arttırmaktadır. Erken mobilizasyon ve hastanın aktif olması, iyileşme sürecini hızlandırarak erken dönemde taburcu olmayı ve günlük yaşantıya daha kısa sürede uyum sağlamayı kolaylaştırmaktadır (11).

Literatürde cerrahi girişim sonrası hastaların kaygı ve hareketlilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır. Bu nedenle bu araştırma cerrahi girişim geçiren hastaların kaygı ve hareketlilik düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

CERRAHİ GİRİŞİMİN TANIMI

Sağlık; insanı ve toplumu fiziksel, psikolojik, sosyolojik olarak olması gereken düzeye çıkarma çabalarının tümüdür (12). Sağlıklı bir toplum oluşturmak için kişinin sağlıklı bir hayat sürdürmesi ve bu durumun daha üst düzeye çıkarılması, sağlığın bozulması halinde kişinin bu durumdan kurtarılarak sağlığını yeniden kazanması hedeflenmektedir. Hastalık ise bireyin daha önceki tecrübeleri ile ilişkili, fizyolojik, duygusal, entellektüel, sosyal, ruhsal ve gelişimsel işlevlerinin azaldığı veya bozulduğu bir dönem olarak tanımlanmaktadır (13). Hastalık durumunun ortadan kalkması ya da düzeltilmesi için psikolojik, medikal ya da cerrahi tedavi yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Sağlık bilimleri ve tıbbi teknolojideki gelişmeler cerrahiyi en son başvurulan tedavi şekli olmaktan çıkarmış, hatta uygun hasta gruplarında ilk tedavi seçeneği yapmıştır (14).

Cerrahi; bireyin hücre, doku ve organlarında meydana gelen bozuklukların ilerlemesini engellemek, azaltmak veya sorunlu kısımları vücuttan ayırarak yapılan iyileştirme amaçlı acil ya da planlı müdahalelerdir.Cerrahi müdahale, insan vücudunun fiziksel ve anatomik yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yaralanmalar ve hastalıkların yapılan düzeltmeler ile eski haline en yakın düzeye getirilmesine dayanan bir tedavi yöntemi olarak tanımlanmaktadır (14-17).

CERRAHİ GİRİŞİM TÜRLERİ

Cerrahi girişim hastanın risk durumuna, hastalığın aciliyet şiddetine, girişimin amacına, kapsamına ve yapıldığı beden alanına göre sınıflandırılmaktadır. Yapılan cerrahi türü,

hemşirenin hasta için gerekli bakımı planlaması ve uygulaması açısından önemlidir. Aşağıdaki tablolarda cerrahi girişim türlerinin tanımları ve örnekleri yer almaktadır (15,18,19).

Tablo 1'de risk derecesine göre cerrahi girişim türleri, tanımları ve örnekleri yer almaktadır.

Tablo 1. Risk derecesine göre cerrahi girişim türleri (15,18,19)

Risk derecesi	Tanımı	Örnekler
Minör	Önemli yaşam tehditi olmayan, genelde lokal anestezi uygulanan girişimlerdir. Vücut kısımlarında minimal değişimleri kapsamaktadır.	Yüze uygulanan plastik cerrahi işlemleri, İnsizyon ve apse drenajı, Ciltten lipom alınması, Kas biyopsisi vb. gibi
Majör	Kapsamı geniş, süresi uzun, önemli derecede yaşamı tehdit edici girişimlerdir. Vücut kısımlarının değiştirilmesini içermektedir.	Koroner arter by-pass grefti, Akciğer lobunun rezeksiyonu, Karaciğer transplantasyonu, Mitral kapak replasmanı vb. gibi

Tablo 2'de aciliyet durumuna göre cerrahi girişim türleri, tanımları ve örnekleri yer almaktadır.

Tablo 2. Aciliyet durumuna göre cerrahi girişim türleri (15,18,19)

Aciliyet Durumu	Tanımı	Örnekler
Elektif	Akut olmayan ancak sorunun düzeltilmesine gereksinim olduğu, bir süre girişimi geciktirmenin sorun olmayacağı durumları çözümlemek için hastanın isteği üzerine yapılan girişimlerdir.	Herni onarımı, Katarakt, Hemoroidektomi vb. gibi
Acil	Girişimin 24-48 saatten daha fazla geciktirilmesinin yaşamı tehdit edici olabileceği durumlardır. Hastanın yaşaması için acil bir şekilde yapılması gereken girişimleri içermektedir.	Perfore apandisitin onarımı, İç kanamanın kontrolü, İntestinal obstrüksiyon, Böbrek ya da üreter obstrüksiyonu, Akut kolesistit vb. gibi

Tablo 2. (Devam) Aciliyet durumuna göre cerrahi girişim türleri (15,18,19)

Çok Acil	Yaşamı tehdit edici ve derhal girişim uygulanması gereken durumları içermektedir.	Silah ve delici alet yaralanmaları, Aort anevrizması, Çoğul açık kırık vb. gibi

Tablo 3'de amacına göre cerrahi girişim türleri, tanımları ve örnekleri yer almaktadır.

Tablo 3. Amacına göre cerrahi girişim türleri (15,18,19)

Amacına göre	Tanımı	Örnekler
Diagnostik (tanı)	Problemin sebebi ve kaynak hücrenin tipini belirlemek üzere yapılan girişimlerdir. Hastanın tanısının doğrulanmasında önemlidir.	Laparatomi, Meme biyopsisi, Endoskopi, Artroskopi vb. gibi
Ablatif	Hastalıklı organın çıkarılmasını hedefleyen girişimlerdir.	Amputasyon, Kolesistektomi, Mastektomi, Histerektomi vb. gibi
Palyatif	Tedavi edici olmayan, hastalık süreci ile ilişkili semptomları rahatlatmak için uygulanan girişimleri içermektedir.	Kolostomi, Sinir blokları vb. gibi
Rekonstrüktif	Fonksiyonu bozulan bir dokunun tekrar eski fonksiyonuna döndürülmesi işlemidir.	Skar düzeltilmesi, Kırıkların internal fiksasyonu, Total diz protezi, Yanık sekelini düzeltme vb. gibi
Transplant	Beyin ölümü olan bir kişiden diğer bir kişi için organın çıkarılmasına yönelik girişimlerdir.	Böbrek nakli, akciğer nakli, kalp nakli vb. gibi
Konstrüktif	Doğuştan anomalisi olan bir organın düzeltilmesi işlemidir.	Kalpte atrial septal defektin onarımı vb. gibi
Kozmetik	Kişinin dış görünümünü düzeltmek için yapılan girişimlerdir.	Rinoplasti, Liposuction vb. gibi

Tablo 4'de kapsamına göre cerrahi girişim türleri, tanımları ve örnekleri yer almaktadır.

Tablo 4. Kapsamına göre cerrahi girişim türleri (15,18,19).

Kapsamına göre	Tanımı	Örnekler
Geniş olmayan	Yalnızca etkilenen alana yönelik girişimleri içermektedir.	Tümerektomi, Parsiyel mastektomi vb. gibi
Radikal	Etkilenen alanın ötesinde daha geniş bir alanı kapsayan girişimlerdir.	Radikal mastektomi, Radikal histerektomi vb. gibi

Bunların dışında cerrahi girişimler,uygulanacak beden alanı ya da sisteme yönelik olarak da sınıflandırılmaktadır. Kardiyovasküler cerrahi, torasik cerrahi, baş boyun cerrahisi ve abdominal cerrahi gibi (15).

CERRAHİ GİRİŞİM EVRELERİ

İnsanoğlu için önemli bir deneyim olan cerrahi girişim üç aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar bir bütün olarak perioperatif süreç başlığı altında toplanmaktadır (15,19).

Preoperatif Dönem

Ameliyat öncesi dönem cerrahın hasta için cerrahi tedavi kararını verdiği andan başlayarak bireyin ameliyata girdiği ana kadar devam eden süreçtir. Bu süreç hemşirenin hastanın bakım ihtiyaçlarını belirlemesi, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve sonrasında olabilecek problemlerin tanılanması, hasta ve ailesinin ameliyat hakkında bilgilendirilmesi ve eğitimini kapsamaktadır (19). Ameliyat öncesi hasta ve ailesinin eğitilmesi önemli hemşirelik bakım hedeflerindendir. Literatürde ameliyat öncesi dönemde yapılan eğitimin, bireyin kaygısını ve ameliyat sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları azalttığı, işbirliği sağlayarak bakıma katılımını arttırdığı, bireyin cerrahi girişim deneyiminden memnun kalmasına yardımcı olduğu bildirilmektedir (20-25).

Ameliyat öncesi eğitimin zamanı kişiden kişiye değişim göstermektedir. Bireye erken yapılan eğitim öğretilen bilgilerin unutulmasına, geç yapılan eğitim ise hastanın duyduğu endişe ve stres sebebi ile anlatılan bilgileri anlamakta zorlanmasına neden olabilmektedir. Ameliyat sonrası solunum, öksürük, erken mobilizasyon, yatak içinde dönme, ayak-bacak egzersizleri ve ağrı denetimi konularında hasta ve ailesine verilecek eğitim olası pulmoner, kardiyovasküler, kas-iskelet sistemi problemlerinin önlenmesine ve hastanın daha hızlı

iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Egzersizlerin neden, ne şekilde ve ne zaman yapılacağı konularında bilgilendirme ve soru sormasına fırsat verilerek beklentilerini karşılama bireyin kaygı ve korkularını azaltmaktadır (15).

İntraoperatif Dönem

Ameliyat sırasındaki dönem hastanın ameliyathaneye alınmasından başlayarak uyanma odasına getirilmesine kadar olan süreci kapsamaktadır. Bu dönemde hemşirenin hasta için güvenli ortamı sağlaması ve devam ettirmesi önemlidir (15,19).

Postoperatif Dönem

Ameliyat sonrası dönem, hastanın uyanma ünitesine gelmesinden başlayarak taburcu oluncaya kadarki süreci kapsamaktadır. Bu dönem erken ve geç olmak üzere iki evreden oluşmaktadır (15,19).

Erken evre; cerrahi müdahalenin sonrasında bireyin anesteziden çıktığı ilk bir kaç saati içermektedir. Ameliyat sonrası erken dönemde bakım, hastanın anestezi sonrası bakım ünitesine kabulü ile başlamaktadır. Burada bakımın amacı, ameliyat ve anesteziye bağlı olarak gelişebilecek olası sorunları belirlemek ve gelişen sorunlara uygun girişimlerde bulunmaktır. Bu dönemde hastaya uygun pozisyon verilmesi, hastanın monitörizasyonu ve oksijenasyonu, solunum ve dolaşım fonksiyonlarının stabilize edilmesi, vücut ısısının kontrolü, bulantı, kusma ve ağrı denetimi, ameliyat bölgesinin kontrol ve gözlemi başlıca hemşirelik girişimleridir. Bunların yanı sıra hastanın nörolojik durumunun belirlenmesi, kişi, yer ve zamana uyumunun değerlendirilmesi, aldığı-çıkardığı takibi de hemşirenin bakım sorumlulukları arasında yer almaktadır. Yaşam bulguları stabil, kişiye, yer ve zamana oryante, aşırı ağrı, kanama, bulantı, kusma ve solunum depresyonu olmayan, kan oksijen düzeyi %90' ın üzerinde ve idrar atımı saatte en az 30 ml olan hastalar anestezi sonrası bakım ünitesinden yoğun bakım ünitesine, kliniğe, ayaktan cerrahi bakım ünitesine alınmaktadır (15,19,26,27).

Geç evre ise, cerrahi müdahale sonrasından birkaç hafta ya da birkaç aya kadar uzayabilen, olası sorunların engellendiği ve sağlığın düzeldiği dönemdir. Farklı etmenler nedeniyle bir kaç günden bir kaç haftaya kadar sürebilen ameliyat sonrası geçdönemde hemşirelik bakımının amacı, bireyin fiziksel ve psikolojik yönden iyiliğini sağlayarak, bozulan vücut dengesini tekrar geri kazandırmaktır. Hemşire bu dönemdeki bakım amaçlarını solunum, kalp-damar, üriner, gastrointestinal, deri ve cerrahi yara yeri komplikasyonlarını, vücut ısısı ve psikolojik durumda meydana gelebilecek değişiklikleri izleyerek ve önleyici

tedbirler alarak, hastaların günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirmesine yardımcı olarak, iyileşme sürecini hızlandıracak bakım aktivitelerini yerine getirerek ve hasta ve ailesini bilgilendirerek yerine getirmektedir. Cerrahi girişim sonrasında olası komplikasyonlara engel olmaya yönelik en önemli hemşirelik girişimlerinden birisi de hastanın erken hareketliliğinin sağlanmasıdır. Erken mobilizasyon, kas gücünü artırmakta, gastrointestinal ve üriner sistem fonksiyonlarının düzenlenmesine yardımcı olmakta, kan dolaşımını hızlandırarak venöz stazı önlemektedir. Ayrıca vital kapasiteyi artırarak solunum fonksiyonunun etkili bir şekilde devam etmesini sağlamaktadır (15).

KAYGI

Anksiyete herkesin hayatı boyunca farklı düzeylerde hissettiği ve yaşadığı bir durum, tehlikeli hissettiği olaylara ve tecrübelere karşı verdiği sağlıklı bir yanıttır. Literatürde anksiyete, sebebi tam belli olmayan, korku esnasında otomatik olarak ortaya çıkan, bireyde olumsuzluk yaşayacağı düşüncesi yaratan kaygı olarak tanımlanmaktadır (28-30). Kaygı ise güvensizlik duygusuna yol açan rahatsız edici bir durum (31), tehlike oluşturan ya da tehdit edici koşullarda ortaya çıkan normal bir duygusal tepkidir (32). Literatürde kaygının durumluk ve sürekli kaygı olmak üzere iki açıdan ele alındığı görülmektedir (33-35).

Durumluk kaygı; geçici ya da kısa süreli olarak kabul edilen belirli bir koşulda ortaya çıkan geçici duygusal durum olarak tanımlanmaktadır. Dış çevreden gelen tehlikelere karşı bireyin gösterdiği geçicikarmaşık tepkilerdir. Bireyin kendini güvensiz hissettiği anlarda durumluk kaygı yükselmekte, kişi savunma durumuna geçmekte, tehlike ortadan kalktığında kaygının yarattığı savunma durumu da ortadan kalkmaktadır (28,30).

Sürekli kaygı ise devamlı bir kişilik özelliği olup, dış çevreye bağlı olmayan içsel duyguların yarattığı huzursuzluk, endişe, karamsarlık ve hassasiyet gibi karmaşık tepkileri gösterme eğilimidir. Sürekli kaygıda bireyler içinde bulundukları durumu çoğunlukla stres verici olarak algılamaktadırlar. Durumluk ve sürekli kaygı birbiri ile etkileşim halindedir. Durumluk kaygının yüksek olması sürekli kaygıyı da yükseltmektedir (29,30,36)

KAYGININ ETİYOLOJİSİ

Kaygının gelişiminde genetik faktörlerin yanı sıra psikolojik, gelişimsel ve çevresel faktörler etkili olmaktadır. Genel olarak kaygıya neden olan faktörler biyolojik ve psikososyal olmak üzere iki grupta toplanmaktadır (30).

Biyolojik Faktörler

Kaygının etyolojisinde yer alan biyolojik faktörler dört grupta ele alınmaktadır.

1. Alarm fazında oluşan "savaş ya da kaç " hipotalamik-pituiter ekseni ve otonom sinir sistemini uyarmakta beyinde nörobiyolojik değişiklikler meydana getirmektedir. Beyindeki değişikliklere ek olarak nöromüsküler sistemde, gastrointestinal sistemde, kardiyovasküler sistemde ve solunum sisteminde de değişiklikler oluşmakta, taşikardi, baş ağrısı, gastrointestinal sistem problemleri solunum sıkıntısı gibi semptomlarla birlikte kaygı ortaya çıkmaktadır (30).

2. Beyinde limbik sistemde yer alan nörotransmiterler, stres ve anksiyete ile ilişkili olan bozukluklardan etkilenmektedir. Gama aminobütirikasit, serotonin ve norepinefrin gibi nörotransmiterlerdeki değişiklikler kaygıya neden olmaktadır. Gama aminobütirikasitteki yetersizlik ya da dengesizlik, serotonin eksikliği ya da dengesizliği ve norepinefrin düzeyinin artması kaygı düzeyi ile ilişkilendirilmektedir (30).

3. Genetik faktörlerin bireyde kaygı varlığında etkili olduğu belirtilmektedir. Aile öyküsünde kaygı bozukluğu bulunan bireylerin varolması kişide de bu bozuklukların olabileceğini göstermektedir (30).

4. Kaygıyı nöroanatomik yapılar da etkilemektedir. Lokusseruleusun (norepinefrin) ve rafenukleuslarının (serotonin) patolojilerinde anksiyete bozukluklarının görülme ihtimali yüksektir. Kaygı oluşumunda serebral korteksinde önemli olduğu belirtilmektedir (30).

Psikososyal Faktörler

Kaygıya neden olan psikososyal faktörlerin açıklanmasında psikososyal kuramlar önemlidir. Aşağıda bazı psikososyal kuramlara göre kaygı ele alınmaktadır.

Psikodinamik kuram: Kişinin çocukluk döneminden itibaren bastırılmış olan duyguları, arzuları ve dürtüleri bireyde ilerleyen zamanlarda çatışmalar ortaya çıkararak huzursuzluğa yol açmaktadır. Bu durum id, ego ve süperego arasında çatışmaya sebep olarak kaygı yaratmaktadır. Birey anksiyeteyi bir tehdit olarak algılamakta ve koruyucu savunma mekanizmalarını devreye sokarak benliğini rahatlatmaya çalışmaktadır. Bu sürecin ilk kısmında dürtülerini kontrol altına almak için bastırma mekanizmalarını kullanmaktadır. Bastırma mekanizmalarının yararlı olmadığı durumlarda destek savunma mekanizmaları görevi üstlenmektedir (28,30,36,37).

Kişilerarası kuram: Bu görüşün esas aldığı anksiyete, kişilerin bebeklik döneminden başlayarak, kişilerarası ilişkilerde başarı sağlayamadığı, dışlandığı durumlarda, güven duygusunu kaybetmesi ve benlik saygısını yitirmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu kuramın savunucuları, bireyin gelişim süresince kendisi için önemli sayılan kişiler ile olan tecrübelerinin kaygı düzeyini etkilediğinden bahsetmektedirler. Bireyin çocukluk yıllarındaki kötü deneyimleri yetişkinlik döneminde güvensizlik, değersizlik ve kaygı duymasına sebep olmaktadır. Bireyin baş etme yöntemlerini etkili bir şekilde kullanamadığı durumlarda bu hisler benlik bütünlüğünü bozmaktadır (28,30,37).

Davranışçı kuram: Bu kuramda kaygı içten ve dıştan gelen stres yaratan uyarıcılara karşı oluşan bir tepki olarak ele alınmaktadır. Bireyin çocukluğundan itibaren yaşadığı korkular ve stres yaratan durumlar, bireyin daha sonraki yaşantısında ileri seviyede kaygıya eğilimini arttırmaktadır. Stres yaratan durumlarda bireyin anne ve babasının tutum ve davranışlarına benzeyen tepkiler verdiği belirtilmektedir. Kaygı, bir uyarıcının sebep olduğu koşullandırmanın sonucudur. Kişi kaygıyı hafifletmeyi ona zarar veren bir uyarandan kaçınma ya da yarar sağlayacağını düşündüğü bir güçlendiriciye yakınlaşma ile öğrenmektedir. Kaygının negatif etkilerini gerilettiği düşünülen kaçınmalar giderek kuvvetlenmekte ve kaygı ortaya çıktığında korkuların yok olmasına engel olmaktadır. Kaygının bu yolla devam ettiği düşünülmektedir (30,37).

Bilişsel kuram: Bilişsel kuramda duyguların belirleyicilerinin, olayların algılanma, yorumlanma ve anlamlandırılma biçimi olduğu belirtilmektedir. Olaydan çıkarılan anlam, olayın meydana geldiği ortamın nitelikleri, kişinin o an ki duyguları ve geçmişte yaşadığı tecrübeler ile ilişkilidir. Her bireyde farklı duygular ortaya çıkarabileceği gibi bir bireyde farklı zamanlarda farklı duygular oluşturabilmektedir. Bu kurama göre, kaygı bireyin geleceğe, dünyaya ve kendine karşı olan bakışı ile ilgilidir (29,30,38).

Hümanistik kuram: Bu kurama göre kaygı, bireyin hayatın anlamını kaybetmesi ile ilişkilidir. Varoluşcu görüşe göre, kaygı ölümü kabullenmeye göre daha fazla huzursuzluk yaratan bir duygudur. Bireyler kendilerini bir hiç olarak hissetmektedirler. Kaygı bireyin hiçliğe karşı gösterdiği bir reaksiyon olarak ortaya çıkmaktadır (30).

KAYGI DÜZEYLERİ

Kaygı hafif düzeyde tedirginlik ve gerilme hissi ile başlayıp panik duygusuna ulaşabilen farklı boyutlarda ortaya çıkabilmektedir. Hafif ve orta seviyedeki kaygı, kişinin gelişimine, pozitif yönde değişimine, amacına ulaşmak için uğraş vermesine katkı sağlarken, kaygı şiddetinin giderek artması ve sürekli hale gelmesi kişinin günlük hayatını olumsuz olarak etkilemektedir (37,39,40). Kaygı farklı seviyelerde ve farklı fiziksel, psikolojik belirtiler ile kendini göstermektedir (40).

Hafif Düzeyde Kaygı

Bu kaygı düzeyinde birey dikkatli bir şekilde çevresinde olup bitenlere odaklanabilmektedir. Kişinin algılama, sorun çözme ve stresle başa çıkma yeteneğinin arttığı, meraklı, katılımcı, olaylara karşı duyarlı olduğu görülmektedir. Hafif düzey kaygıda kişinin ayrıntılara karşı farkındalığı yükselmekte, özgüveni ve yaratıcılığı artmaktadır. Bu dönemde bireyin mantık yürütme ve mantıklı hareket etme yeteneği üst düzeydedir (30,40,41).

Orta Düzeyde Kaygı

Orta düzeyde kaygı durumunda, kişinin duyusal yeteneklerinde, algı ve dikkat seviyesinde, insanlarla olan iletişiminde ve kavrama yetisinde azalma başlamıştır. Bireyin konuşma ve ses tonunda değişiklik oluşmakta, düşünce düzeni bozulmakta ve birey konudan konuya atlamaktadır. Orta düzeyde kaygıda fizyolojik belirtilerde ortaya çıkmaktadır. En sık görülen belirtiler; çarpıntı, ağız kuruluğu, solunum ve kalp hızında yükselme, kaslarda gerginlik, sabit duramama ve terlemedir (30,39-42).

Şiddetli Düzeyde Kaygı

Şiddetli düzey kaygıda birey algılama, öğrenme ve zihinsel süreçlerde ileri seviyede bozulmalar yaşamakta, ayrıntılara odaklanma ve olgular arasındaki bağlantıları kavramakta zorluk çekmektedir. Bu dönemde konsantrasyon ve dikkat bozukluğu sıkça görülmektedir. Kaygı düzeyi şiddetli olan bireyler sıklıkla mide problemleri, baş ağrısı, baş dönmesi, titreme, aşırı terleme, vücudun herhangi bir bölümünde uyuşma ve karıncalanma hissi, kontrolünü yitirme kaygısı, hiperventilasyon, taşikardi ve öleceğini hissetme korkusu yaşamaktadır (30,40,41).

Panik Düzeyde Kaygı

Kaygının en üst düzey yoğunlukta yaşandığı durumdur. Olayları çarpıtma, konuşma bozuklukları, benliğini yitirme kaygısı, kusma, inkontinans, aklını kaybedeceği hissinden ölüm korkusuna varan bir kriz dönemidir. Kişide artmış öfke ve rahatsızlık duygusu, aşırı ümitsizlik, çaresizlik, uyumsuzluk, tükenmişlik hissi ile kendini göstermektedir. Panik düzeyde kaygı yaşayan bireyler, sıklıkla solunum güçlüğü, boğulma hissi, göğüste ağrı ve baskı varlığından söz etmektedir. Bireyin bu süreçte profesyonel anlamda yardım alması gereklidir (30,40,41).

KAYGININ EPİDEMİYOLOJİSİ VE BELİRTİLERİ

Kaygı bozukluğu en sık görülen psikiyatrik durumlardan birini oluşturmaktadır. Kaygı bireye psikolojik ve sosyal olarak acı hissettirmektedir. Toplumsal bir yük oluşturan kaygı, bireyde tıbbi sorunlara yol açarak, tedavi maliyeti yükselterek, çalışma ve verimlilik kaybına neden olarak bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir. Kaygı bozukluklarının yaşam boyu görülme oranları ülkelere göre değişkenlik göstermektedir. Genel olarak, anksiyete bozukluğunun yaşam süresi dahilinde Amerika'da nüfusun %28,8'ini ve her 12 aylık süreçte %18,1'ini etkilediği belirlenmiştir (43). Hollanda, İtalya, Fransa, Almanya, İspanya ve Belçika'nın dahil olduğu altı ülkeden katılımcılar üzerinde gerçekleştirilen Avrupa'da ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi araştırmasına göre, bu ülkelerde kaygı bozukluklarının yaşam süresi dahilinde görülme oranı %14,5 ve 12 aylık süreçte görülme oranı ise %8,4'tür (44,45). Türkiye geneline özgü güncel oranlar bulunmasa da yaşlı grup özelinde bazı veriler bulunmaktadır. Dilbaz'ın (46) çalışmasında kaygı bozukluklarının yaşlılarda görülme sıklığının %10-20 arasında olduğu, bu sıklığın demansın iki katı (%8), major depresyonun ise 4-8 katı (%1-3) olduğu belirtilmektedir. "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasında kaygı bozukluklarının bir yıllık yaygınlık oranının %6,7 oduğu bildirilmektedir (30).

Kaygı yaşayan bireylerin genel görünüm ve davranışlarında, kişilerarası ilişkileri ve iletişiminde, bilişsel ve duyuşsal yetilerinde, düşünce akışı ve içeriğinde bozulmalar görülmektedir. Bunların yanı sıra fiziksel ve fizyolojik belirtiler de mevcuttur (28).

- Görünüm ve davranışlar: Bireyde genel huzursuzluk ve endişe hali, sabırsızlık, çabuk sinirlenme ve gergin duruş, uyku problemleri görülmektedir (29).
- Kişilerarası ilişkiler ve iletişim: Bireyde heyecanlı bir ses ve konuşmada zorluk, kekemelik olabilir. Kişiler ile ilişkilerinde huzursuz, endişeli ve gergindir (29).

- Duyuşsal yetiler: Birey kötü bir şeyler olacakmış gibi bir hissinin olduğundan korku duygusundan bahseder ancak nedenini tam olarak ifade edemez (29).
- Bilişsel yetiler: Konsantrasyon bozukluğu, geçici unutkanlık ve dikkatin çabuk dağılması görülebilir (29).
- Düşünce akışı ve içeriği: Bireyin düşünceleri hızlanmıştır, sorun çözme yetisi azalmıştır. Kişide savunma mekanizmalarının hatalı kullanımı ve çekingenlik görülebilir (29).
- Fiziksel ve fizyolojik belirtiler: Kan basıncında yükselme, taşikardi, çarpıntı hissi, kas gerginliği, piloereksiyon, göz bebeklerinde genişleme, ağız kuruluğu, yüzde solukluk ve kızarma, terleme, sık sık idrara çıkma, gastrointestinal sisteme ilişkin problemler (diyare, bulantı, kusma), nefes alıp vermede güçlük, baş dönmesi, titreme, el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma, aşırı yemek yeme ya da su içme görülmektedir (37,40,47).

Hastalıklar ile seyreden kaygı bireyin hastalığa uyumunu zorlaştırmakta, hayat kalitesini azaltmakta, hastalığın seyrini ve tedaviye yanıtı etkilemektedir. Kaygı; ağrı yönetimini ve ameliyat sonrası dönemde hastanın normal yaşantısına dönüşünü zorlaştırmaktadır. Ağrı, bulantı ve kusmayı arttırmanın yanısıra analjezik ve sedatif ilaç ihtiyacını da arttırmaktadır. Böylece maliyetler, morbidite ve mortalite üzerinde de etkili olmaktadır.

KAYGI VE FİZİKSEL AKTİVİTE

Fiziksel aktivite, bireyin enerji tüketerek istemli olarak gerçekleştirdiği bedensel hareketler olarak tanımlanmaktadır (48,49). Yürüme, merdiven çıkma, egzersiz, spor, serbest zaman aktiviteleri gibi günlük yaşam aktivitelerinden çeşitli spor faaliyetlerine kadar geniş bir alanı kapsamaktadır (50,51). Literatürde fiziksel aktivite ile kaygı arasında negatif ilişki olduğu, fiziksel aktivitenin kaygı, stres, depresyonun azaltılması, mental sağlığın devam ettirilmesi üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir (52). Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin depresyon hastalarında kaybolan enerjiyi yeniden kazandırdığı, düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitenin ruh halini düzelterek yaşam doyumunu artırdığı belirtilmiştir (53-56).

Fiziksel aktivite ve egzersizin çeşitli psikiyatrik bozuklukların önlenmesi ve tedavisinde etkili bir yöntem olarak kullanıldığı bilinmektedir (57). Fiziksel aktivitenin, depresyon bulguları ve nöroendokrin stres hormonları üzerine etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada; orta-ağır derecede depresyon bulguları olan 18–20 yaş aralığındaki kadın hastalar sekiz haftalık düzenli bir egzersiz programına alınmış, programın başlangıcındaki ve sonundaki depresyon

skorları karşılaştırıldığında, depresyon skorlarında başlangıç seviyesine göre anlamlı düşüş olduğu belirlenmiştir (58). Aynı şekilde yetişkinler üzerinde yapılan bir araştırmada, fiziksel aktivitenin bireylerin sağlığını pozitif yönde etkilediği belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada orta seviyedeki fiziksel aktivitelere katılan yetişkinlerin esneklik, kas kuvveti, dayanıklılık ve hız becerileri artarken, depresyon ve yüksek kaygı düzeyinde azalma görüldüğü belirlenmiştir (59). Yapılan diğer çalışmalarda fiziksel aktivitenin, kaygıyı ve depresyon bulgularını azalttığı ve bireyleri olumlu düşünmeye yönelterek stresle baş etmeyi kolaylaştırdığı belirlenmiştir (60-62).

KAYGI VE CERRAHİ GİRİŞİM İLİŞKİSİ

Kişinin sağlığının ve fiziksel olarak dış etmenlere bağlı gelişen istenmeyen durumların düzeltilmesi için gerekli olan cerrahi tedavi hastanın kendisi ve ailesi için olumsuzluklar oluşturabilmektedir (63). Cerrahi müdahaleler büyük ya da küçük, planlı ya da acil olsun hastanın kendisi ve ailesi açısından olumsuz bir yaşam tecrübesi olup aynı zamanda önemli bir anksiyete kaynağıdır (64). Literatürde cerrahi girişimlerin bireyde sosyal ve ruhsal anlamda anksiyeteye yol açma eğilimine neden olduğu bildirilmektedir (65). Bireyin hastane ortamına yabancı olması, ameliyat öncesi ve sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, ameliyata ilişkin bilgilendirme yetersizliği, anesteziden uyanamama korkusu, önceki cerrahi tedavi tecrübeleri bireyde kaygı oluşturabilmektedir (3,10,66). Yapılan çalışmalarda cerrahi girişim öncesi ve sonrasında yeterli bilgi alamayan hastaların depresyon, gelecekte olacaklar hakkında belirsizlik ve cerrahi girişim sonrası kişisel işlevlerini tam anlamıyla yerine getirememe gibi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (67-70).

Cerrahi müdahale öncesinde, yapılacak cerrahi girişimin tipinin, zorluk derecesinin, risk düzeyinin, kullanılan aletlerin, uygulanan girişim ve tedavilerin, sağlık çalışanları tarafından kullanılan tıbbi terimlerin ve hastane ortamında bulunmanın bireylerin kaygı düzeylerini etkilediği bildirilmektedir (71-74). Ameliyat öncesi dönemde hastalarda en çok kaygıya yol açan nedenler, cerrahi girişim sonrasında beden imajının bozulması, herhangi bir doku ve organın kaybı, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirememe, sakat kalma ve işini kaybetme korkusu, aile, sosyal ve toplumsal ilişkilerin bozulması ve ölüm korkusudur (67-71,75,76). Ameliyat sonrası dönemde ise hastaların bulantı, kusma, ağrı, çevreye uyum sağlayamama, yeme, içme ve dinlenme gibi temel işlevlerini karşılayamama, başka kişilerin yardımına muhtaç olma, hareketsizliğe bağlı olarak ortaya çıkan sorunlar ve uygulanan invaziv girişimler nedeni ile kaygı yaşadıkları bildirilmektedir (34,73,74,77-79).

Kaygı yaklaşmakta olan cerrahi ve anesteziye karşı normal bir duygusal tepki olup, yapılan çalışmalarda ameliyatın büyüklüğünün ve anestezi türünün hastaların kaygı düzeyi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (3,80-84). Spinal anestezi uygulanan hastalarda kaygının en yoğun hissedildiği dönem cerrahi girişimin hemen sonrası iken genel anestezi uygulanan hastalarda cerrahi girişimden birkaç gün sonra tanı, ağrı ve iyileşme sürecine bağlı olarak kaygı düzeyinin yükseldiği bildirilmiştir (78,85).

Cerrahi girişim sonrasında bireyin öksürürken, yara bakımı esnasında, yatakta dönerken, otururken, ilk ayağa kalkma öncesinde ve yürürken ağrı deneyimleme korkusu sebebi ile kaygı yaşadığı ve buna bağlı olarak kalp ve solunum hızında artış görüldüğü bildirilmektedir (9). Hastada bulunan tıbbi bakım ekipmanlarının varlığı (katater, dren, göğüs tüpü, sonda gibi) hastanın mobilizasyonunu güçleştirmekte ya da ertelemesine neden olmaktadır (86).

Cerrahi girişim sonrasında hastanın ameliyat sırasındaki pozisyonu, yapılan noninvaziv ve invaziv uygulamalar, doku tahribi, sinir uçlarının travması, kaslardaki spazm ve ödem gibi sebepler ile ağrı başlamakta, ağrının şiddeti doku bütünlüğünün yeniden kazanılması ile azalmaktadır (87,88). Ayrıca ameliyat sonrası gelişebilecek enfeksiyonlar, sıkı yapılan pansuman ya da alçı ağrının şiddetini arttırmaktadır (88-90). Hasta, yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönerken, yatak kenarına otururken, yatak kenarında ayağa kalkarken ve hasta odasında yürürken ağrı hissetmekte ve güçlük yaşayabilmektedir. Hasta bu aktiviteleri bağımsız olarak yerine getirmekte zorlanmakta, bir başka kimsenin yardımına ya da fiziksel yardıma gereksinim duyabilmektedir (91). Ağrı subjektif ve son derece rahatsızlık verici bir deneyimdir (10,92,93). Cerrahi girişim sonrası görülen ağrı akut ağrıdır ve altı aydan kısa sürmektedir (41,94). Kaygı genellikle akut ve kısa süreli ağrılar ile birlikte yaşanmaktadır. Ameliyat sonrası kaygı hastanın ağrı düzeyini de etkilemektedir. Çeşitli çalışmalar durumluk kaygısının akut ve kronik ortamlarda çekilen ağrı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (95). Kaygı ve ağrı arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve birbirlerinin şiddetini arttırdıkları bilinmektedir (96). Literatürde yüksek seviyede kaygının kişinin ağrıya olan duyarlılığını artırarak, ağrıyı olduğundan daha şiddetli algılamasına yol açtığı bildirilmektedir (97,98). Ağrı aşırı duyarlılık, ümitsizlik, sinirlilik, kaygı, korku gibi hislere sebep olarak bireyin fiziksel etkinliğini ve toplumsal ilişkilerini negatif yönde etkileyerek yetersiz hale getirmekte ve hayat kalitesini düşürmektedir (99,100).

Cerrahi girişim geçiren hastalarda ağrının etkili tedavisi önemli olup, ağrı uygun bir şekilde yok edilmediğinde hastayı hem ruhsal hem de fiziksel olarak olumsuz bir şekilde

etkilemektedir. Hemşire ağrının yerini, ne kadar sürdüğünü, şiddetini, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörleri değerlendirerek ağrının tanılanmasında, bireyin ağrısının azaltılarak kontrol altına alınmasında rol oynayan hemşirelik girişimlerini uygulamalıdır (73,74,101,102,103). Ameliyat sonrasında duygusal, mental durum, bedensel ve işlevsel etkinlik seviyesi dikkate alınarak mümkün olan en erken zamanda hastanın hareket ettirilmesi ve ayağa kalkması sağlanmalıdır.

CERRAHİ HASTALARINDA KAYGININ AZALTILMASI VE HAREKETLİLİĞİN SAĞLANMASINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Kaygının azaltılması, kaygı sebeplerinin ve belirtilerinin tanımlanarak, bireyin bunlara uygun başa çıkma yöntemleri geliştirebilmesinde hemşirelerin önemli yeri vardır. Hemşirelik bakımı, holistik yaklaşımla hasta bireyi esas alarak bireyin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının giderilebilmesi için somut hedefler üzerine odaklanmalıdır. İhtiyaçları uygun şekilde giderilen hastalar cerrahi girişimin olumsuz etkileriyle daha etkin başa çıkmakta ve komplikasyonsuz bir iyileşme süreci yaşamaktadır. Cerrahi müdahale geçirecek bireyin kaygı düzeyinin tanımlanması, cerrahi müdahaleye karşı kişisel cevapların ve kaygı seviyesine etki eden bütün nedenlerin incelenmesi ve tarafsız bir şekilde ortaya konularak hemşirelik sürecinin planlanması ve uygulanması önemli hemşirelik girişimlerindendir (64,104).

Sağlık profesyonelleri içinde hemşireler, sağlıklı/hasta birey ve aileleri ile iyi iletişim kurabilen, onların psikolojik, sosyal ve aile ile ilgili problemlerini en iyi gözlemleme imkanına sahip olan ekip üyeleri olduğu için hasta eğitiminde de önemli rolleri bulunmaktadır (105). Literatürde ameliyat öncesi dönemde hasta ile yapılan görüşmelerin kaygıyı azaltmada oldukça etkili olduğu, hastanın ağrı kesici ihtiyacını ve hastanede kalış süresini azalttığı, iyileşmesini hızlandırarak aktif yaşama geri dönmesini kolaylaştırdığı bildirilmektedir (106-111). Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi dönemde yapılan bilgilendirmenin, hastaların duygularını kontrol etmelerini sağlayarak kaygılarını ve korkularını azalttığı belirtilmektedir (21-25,112). Ameliyat öncesi ortaya çıkankaygının oluşturduğu fiziksel ve psikolojik bulguların azaltılarak iyileşmenin sağlanabilmesi için temel gereksinim olan bilgilendirmenin önemi birçok çalışmada belirtilmiştir (67,111,113-115).

Cerrahi girişim geçirecek olan/geçiren hastalarda kaygının azaltılmasında hemşire;

• Ameliyat öncesi ve sonrasında yapılacak bütün tetkik, tedavi ve bakım uygulamalarının her aşamasını hastaya anlayabileceği bir dil ile anlatmalı,

• Hastaya bilgi verirken basit, kısa, tıbbi terminolojiden uzak bir dil kullanmalı,

• Benzer deneyimi yaşamış diğer hastalar ile görüşmesini sağlamalı,

• Birey için güvenli bir çevre oluşturmalı,

• Bireyin kendi çevresi ve sağlığı hakkındaki algılarının belirlemesine yardımcı olmalı,

• Bireyde kaygıya neden olan faktörleri belirleyerek, bireyin de bu nedenleri tanımlamasına yardımcı olmalı,

• Hastanın kaygı seviyesini değerlendirmeli,

• Hastanın kaygı seviyesini azaltmak için hasta ile birlikte neler yapılabileceğini belirlemeli,

• Hastanın kaygı seviyesini yükseltecek uyarıcılardan uzak durmasını sağlamalı,

• Hastanın duygu ve düşüncelerini anlatmasına fırsat vermeli ve soru sormasını desteklemeli,

• Hastanın kaygı ile başetme yöntemlerini belirleyerek uygun olan yöntemleri kullanmasını sağlamalı,

• Hastayı kuvvetli yanlarını ve yetilerini kullanması için teşvik etmeli,

• Hastayı ailesi ve kendisi için önemli olan kişilere, duygu ve düşüncelerini anlatması konusunda desteklemeli,

• Hastanın kendine olan saygısını yükseltmek için bakımına aktif bir şekilde katılımını sağlamalı,

• Hasta ve ailesinin diğer sağlık ekip üyeleri ile iletişimlerini sağlamalıdır (73,74,101,104,116-118).

Cerrahi girişim sonrasında bireyin değişen vücut dengesinin tekrar düzenlenmesi, eski haline döndürülmesi, bütün sistemlerin işlevselliğinin devamı ve cerrahi girişim sonrası ortaya çıkacak komplikasyonların erken tanılanması için etkili bir hemşirelik bakımı gereklidir (119-122). Ameliyat sonrası dönemde hemşireler erken mobilizasyon konusunda hastaya cesaret vermelidir (86). Kardiyovasküler ve solunum sistemine ait istenmeyen problemler konusunda dikkatli olmalı, semptomları takip etmeli, derin solunum, öksürürken az 2 saatte bir yatak içinde dönme, aktif-pasif egzersizler ve erken hareketlilik konularında hastayı teşvik etmelidir (123). Hastaya yatakta dönme esnasında, yatak kenarlıklarını güvenli bir şekilde nasıl kullanacağını göstererek, cerrahi yara yerini korumak için desteklemenin önemini anlatmalıdır (15). Yatakta pozisyonunu nasıl değiştireceği, ne şekilde döneceği, hareketleri ağrısız bir şekilde nasıl yapacağı konusunda hastayı bilgilendirmelidir (101,103). Ameliyat sonrası aktivite sırasında ani hareketlere bağlı olarak ortostatik hipotansiyon gelişebileceğinden hastanın kademeli olarak pozisyonunu değiştirmesi, dolaşım sisteminin

değişime uyumunu kolaylaştıracaktır (15,63,64). Mobilizasyon sırasında hastada baş dönmesi varsa tekrar sırt üstü yatırılması ve ayağa kalkmasının birkaç saat ertelenmesi uygun olacaktır (124).

Hemşire, hastaya damar yolu, drenleri, üriner sondası ve diğer bakım ekipmanlarında soruna yol açmadan ne şekilde hareket edeceği konusunda bilgi vermelidir. Özel bir pozisyonun gerektiği cerrahi girişimlerden sonra sınırlandırmalara rağmen hastanın hareketliliğini devam ettirmesi gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (86).

Erken mobilizasyonun bireyin iç dengesi ve iyileşmenin hızlanması yönündeki etkisine rağmen hasta cerrahi girişim sonrasında fiziksel aktivite yapmakonusunda yeterince istekli olmayabilir ya da hareketlilik konusunda kaygı yaşayabilir (15). Postoperatif aktivitelerin hastanın üzerinde kontrol duygusu geliştirerek kaygıyı azaltacağı konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir. Cerrahi girişim sonrası mümkün olan en erken zamanda hastanın ayağa kaldırılması, hareketsizliğe bağlı olarak oluşan sorunların engellenmesi, bireyin vücut dengesinin devam ettirilmesi ve hastalık süresinin kısaltılması hemşirelik bakımının önemli hedeflerindendir (125). Hastaların hareket düzeylerinin bilinerek buna etki eden faktörlerin denetim altına alınması cerrahi girişim sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların engellemesinde faydalı olacaktır (27,126). Cerrahi girişim sonrasında bireyin sağlık durumu, hayati parametreleri, işlevleri ve metabolizması göz önüne alınarak hareketlilik planlaması gerçekleştirilmelidir (125,127).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma; cerrahi girişim geçiren hastaların kaygı ve hareketlilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma 01/02/2016 – 01/08/2016 tarihleri arasında Kırklareli ilindeki 100 yataklı bir devlet hastanesinin Genel Cerrahi kliniğinde yapıldı. Genel cerrahi kliniği 24 yataklı olup, kolesistektomi, apendektomi, herni ameliyatları, septum deviasyonu, alt konka rezeksiyonu, tonsillektomi, total kalça protezi, diz protezi, fraktür, menisküs ameliyatları, artroskopiler, prostat ameliyatları, varikoselektomi ve üreterenoskopi uygulanan girişimler arasındadır.

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

- Cerrahi girişim geçiren hastaların kaygı düzeyleri nasıldır?
- Cerrahi girişim geçiren hastaların hareketlilik düzeyleri nasıldır?
- Cerrahi girişim geçiren hastaların tanıtıcı ve cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile hareketlilik düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Cerrahi girişim geçiren hastaların kaygı ve hareketlilik düzeyleri arasındaki nasıldır?

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihlerde, Kırklareli ilindeki bir devlet hastanesinin Genel Cerrahi kliniğinde yatan ve cerrahi girişim geçiren tüm hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı ile görüşüldü ve korelasyon katsayısı dikkate alınarak hesaplama yapıldı. İstatistiksel hesaplama sonucunda r=0,30 korelasyon katsayısı baz alınarak %95 güven aralığında, 0,80 istatiksel analiz güç öngörülerek, en az 138 hastanın araştırma kapsamına alınması gerektiği belirlendi.

Araştırma kapsamına;

- Genel cerrahi kliniğinde yatan ve günü birlik girişimler dışında cerrahi girişim geçiren,
- Postoperatif 0 ve 1. günler klinikte yatmaya devam eden,
- 18 yaşın üstünde olan,
- Okuma yazma bilen
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 138 hasta alındı.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, "Hasta Bilgi Formu" (Ek 1), "Durumluk Kaygı Ölçeği" (Ek 2), "Hasta Hareketlilik Ölçeği" (Ek 3) ve "Gözlemci Hareketlilik Ölçeği" (Ek 4) kullanılarak toplandı.

Hasta Bilgi Formu

Hasta Bilgi Formu; hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, boy, kilo (beden kitle indeksi hesaplaması için) gibi bireysel özelliklerinin yanı sıra, kronik hastalık varlığı, daha önce hastanede yatma deneyimi, daha önce cerrahi girişim geçirme deneyimi, cerrahi girişime alınma tipi ve ameliyat türü, uygulanan anestezi türü, analjezi alma durumu, dren ve sonda bulunma durumunu içeren sorulardan oluşmaktadır.

Durumluk Kaygı Ölçeği

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olup, 1985 yılında Öner ve Le Compte tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (6). Ölçekte 20'si durumluk kaygıyı 20'si sürekli kaygıyı ölçmeye yönelik toplam 40 madde bulunmakta olup bu çalışmada Durumluk Kaygı Ölçeği kullanılmıştır.

Durumluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini, içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkuyu belirlemektedir. Ölçek dörtlü likert tipinde olup, bireyin, ölçeğin her bir maddesinde ifade edilen duygu ve davranışları, kendi yaşadığı şiddet derecesine göre (1= Hiç, 2=Biraz, 3= Çok ve 4=Tamamiyle) işaretlemesi istenmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde ters olarak puanlanan 10 madde (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler) bulunmaktadır. Değerlendirmede, doğrudan puanlanan maddelerin toplam puanından, ters olarak puanlanan maddelerin toplam puanı çıkarılır ve 50 sayısı eklenerek durumluluk kaygı puanı elde edilir.

Durumluk Kaygı Ölçeğinden elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar yüksek kaygı düzeyini, düşük puanlar düşük kaygı düzeyini göstermektedir. Öner ve Le Compte'nin çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,94 olarak bulunmuştur (6).Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,95 olarak bulundu. Bireylerin ölçek sorularını çekinmeden, samimi ve savunmasız bir tarzda cevaplandırmasını kolaylaştırmak için test yapımcıları envanterin başlığında kaygı sözcüğünü kullanmayarak envantere "Kendini (Öz) Değerlendirme Anketi" adını vermişlerdi. Bu çalışmada da hastaya verilen formda bu başlık kullanıldı.

Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri

Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri, Heye ve arkadaşları tarafından, cerrahi girişim sonrası hareketliliğe ilişkin hasta algılarını ve objektif gözlemleri ölçmek amacıyla 2002 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ayoğlu ve Akyolcu (91) tarafından 2011 yılında yapılmıştır.

Hasta Hareketlilik Ölçeğinde; cerrahi girişim sonrası yapılan dört aktivite (yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkmave hasta odasında yürüme) sırasında deneyimlenen ağrı ve güçlük düzeyi, ölçek boyunca altta sözlü olarak ifadelerin sıralandığı 15 cm'lik bir görsel analog kullanılarak değerlendirilmektedir. Ağrı ve güçlük derecesinin sayısal değeri, hastanın ölçek üzerinde koyduğu işaret ile "0" arasındaki mesafenin kalibrasyonu yapılmış bir cetvel ile ölçümü yapılarak belirlenmektedir. Puan artışı, aktivite ile ilgili olarak ağrı ve güçlüğün arttığına işaret etmektedir. Elde edilen puanlar, hastanın her bir aktiviteye ilişkin hareketlilik puanını vermektedir. Her bir aktiviteye ilişkin ortalama değer hesaplandıktan sonra, global hasta hareketlilik puanını elde etmek için tüm aktivitelere ilişkin puanlar toplanmakta, toplam puan 0-120 arasında değişmektedir. Ayoğlu ve Akyolcu (91) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin

Cronbach's Alpha değeri 0,90 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada Hasta Hareketlilik Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,94 olarak bulundu.

Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinde; cerrahi girişim sonrası dört aktivitenin yapılması sırasında hastanın bağımlılık bağımsızlık durumu/derecesi hemşire tarafından "1" ile "5" arasında puanlamaktadır. Ölçek puanı olarak "1", sözlü uyarı ya da fiziksel yardım olmadan ilgili aktiviteyi bağımsız olarak yerine getirdiğini; "5", sözlü uyarı ya da fiziksel yardıma rağmen, hastanın ilgili aktiviteyi yerine getiremediğini göstermektedir. Global gözlemci hareketlilik puanını hesaplamak için dönme, oturma, ayakta durma ve yürüme aktivitelerinin puanları toplanmakta, toplam puan 4-20 arasında değişmektedir. Puanın artması hastanın aktiveteleri bağımsız olarak yerine getiremediğini, desteklemeye ihtiyacı olduğunu ifade etmektedir. Ayoğlu ve Akyolcu (91) tarafından Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinin Cronbach's Alphadeğeri 0,90 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada gözlemci hareketlilik ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,85 olarak bulundu.

ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.12.2015 tarih ve 23/02 no'lu (Ek 5) etik kurul onayı alındı. Ayrıca, araştırma verilerinin toplandığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kırklareli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden (Ek 6) yazılı izinler alındı. Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalara İnsan Hakları Helsinki Bildirgesine uygun olarak, araştırmanın amacı hakkında açıklama yapıldı ve katılımın gönüllü olduğu, katılımcıların kişisel bilgi ve gizliliğinin korunacağı bilgisi verildi.

Araştırmada kullanılan Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçekleri için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Ayoğlu'ndan (Ek 7) ölçek kullanım izinleri alındı.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler01/02/2016 - 01/08/2016 tarihleri arasında araştırmanın yapıldığı devlet hastanesinin Genel Cerrahi kliniğinde yatan, cerrahi girişim geçirmiş olan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalardan toplandı.

Verilerin toplanma aşamasında genel cerrahi kliniğinde çalışan hemşireler ile işbirliği yapıldı. Araştırma kapsamına alınan hastalara ve klinik hemşirelerine araştırmanın amacı

açıklandı. Hastanın ilk mobilizasyonu ve ikinci gündeki herhangi bir mobilizasyonu klinikte çalışan bir hemşirenin gözetiminde araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Cerrahi girişim sonrasında, hastanın ilk mobilizasyonu öncesinde, hasta odasında, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak Hasta Bilgi Formu ve Durumluk Kaygı Ölçeği dolduruldu. Hastanın ilk mobilizasyonu yapıldıktan sonra hastadan Hasta Hareketlilik Ölçeğini doldurması istendi. Araştırmacı tarafından ise Gözlemci Hareketlilik Ölçeği dolduruldu. Cerrahi girişim sonrası ikinci gün herhangi bir zamanda yapılacak mobilizasyon öncesinde hastadan tekrar Durumluk Kaygı Ölçeğini doldurması istendi. Hasta tekrar mobilize edildi ve sonrasında Hasta Hareketlilik Ölçeğini doldurması istendi. Araştırmacı tarafından da Gözlemci Hareketlilik Ölçeği dolduruldu.

VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 20.0 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statisticsfor Windows, Version 20.0. Armonk, NY:IBM Corp) paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum değer, Maksimum değerler) yanı sıra iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında student t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (Oneway) Anova testi kullanıldı. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı. Tekrarlı ölçümler arasındaki farklılaşma eşleşmiş grup t-testi ile analiz edildi. Değişkenler arası ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri $p<0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Araştırma 01/02/2016 – 01/08/2016 tarihleri arasında, cerrahi girişim geçiren hastaların kaygı ve hareketlilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 138 hasta ile yürütüldü. Araştırmadan elde edilen bulgular, aşağıda belirtilen başlıklar altında tablolar halinde sunuldu:

- Hastaların tanıtıcı ve cerrahi girişime ilişkin özelliklerinin dağılımı,
- Hastaların ilk ve ikinci gün mobilizasyonda ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması,
- Hastaların ilk ve ikinci gün mobilizasyonda ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki,
- Hastaların bazı tanıtıcı ve cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile ilk ve ikinci gün mobilizasyonda ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması ve aralarındaki ilişki.

HASTALARIN TANITICI VE CERRAHİ GİRİŞİME İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Tablo 5 ve Tablo 6'da cerrahi girişim geçiren hastaların tanıtıcı ve cerrahi girişime ilişkin özelliklerinin dağılımları verilmiştir.

Tablo 5. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımları (n:138)

Değişkenler	**n**	**%**
Yaş (yıl) Ort±SS=48,79±19,47 min (19) max (86)	-	-
Cinsiyet		
Kadın	57	41,3
Erkek	81	58,7
Medeni durum		
Evli	95	68,8
Bekar	43	31,2
Öğrenim durumu		
İlköğretim	72	52,2
Lise	50	36,2
Üniversite	16	11,6
Beden Kitle İndeksi (Ort±Ss= 26,5±3,82)		
Normal kilolu (18.5 kg/m^2 ≤ BKİ < 25 kg/m^2)	48	34,8
Fazla kilolu (25 kg/m^2 ≤ BKİ <30 kg/m^2)	67	48,6
I.derece obez (BKİ ≥ 30kg/m^2)	23	16,6
Kronik hastalık		
Var	66	47,8
Yok	72	52,2
Hastaneye yatış deneyimi		
Var	74	53,6
Yok	64	46,4

Hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, yaş ortalamasının 48,79±19,47 yıl oluğu, %58,7'sinin erkek, %68,8'inin evli, %52,2'sinin ilköğretim mezunu, %48,6'sının beden kitle indeksine göre fazla kilolu olduğu, %47,8'inde kronik hastalık bulunduğu ve %53,6'sının daha önce hastanede yatma deneyiminin olduğu belirlendi (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların cerrahi girişime ilişkin özelliklerinin dağılımı (n:138)

Hastalık ve cerrahi girişime ilişkin özellikler	n	%
Geçirilmiş cerrahi girişim öyküsü		
Var	67	48,6
Yok	71	51,4
Cerrahi girişime alınma tipi		
Elektif	103	74,6
Acil	28	20,3
Çok acil	7	5,1
Ameliyat türü		
Açık	78	56,5
Kapalı	60	43,5
Anestezi türü		
Genel	59	42,8
Spinal	79	57,2
Aneljezi uygulanma durumu		
Uygulanıyor	131	94,9
Uygulanmıyor	7	5,1
Dren		
Var	49	35,5
Yok	89	45,5
İdrar sondası		
Var	66	47,8
Yok	72	52,2

Araştırmaya katılan hastaların %51,4'ünün daha önce geçirilmiş cerrahi girişim öyküsünün bulunmadığı, %74,6'sının elektif olarak cerrahi girişime alındığı, %56,5'ine açık ameliyat yapıldığı, %57,2'sine spinal anestezi uygulandığı bulundu. Ameliyat sonrası hastaların %94,9'una analjezi uygulandığı, %35,5'inde dren ve %47,8'inde idrar sondası bulunduğu belirlendi (Tablo 6).

HASTALARIN İLK VE İKİNCİ GÜN MOBİLİZASYONDA ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI VE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 7'de hastaların ilk mobilizasyon öncesi ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta

Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 7. Hastaların ilk ve ikinci gün herhangi bir mobilizasyonda ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması

Ölçekler	Ölçekten alınabilecek Min-Maks	İlk mobilizasyon Ort±SS	İkinci gün mobilizasyon Ort±SS	t*	*P*
Durumluk Kaygı Ölçeği	20-80	33,87±7,01	26,83±5,13	15,231	**0,000**
Hasta Hareketlilik Ölçeği	0-120	57,45±20,21	41,04±17,18	15,685	**0,000**
Gözlemci Hareketlilik Ölçeği	4-20	11,03±3,52	7,66±2,91	16,338	**0,000**

*Eşleştirilmiş grup t testi

Araştırmada, hastaların ilk mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasının 33,87±7,01, ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasının 26,83±5,13 olduğu belirlendi.

Hastaların ilk mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamasının 57,45±20,21, ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamasının 41,04±17,18 olduğu belirlendi.

Hastaların ilk mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamasının 11,03±3,52, ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamasının 7,66±2,91 olduğu belirlendi.

İlk mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması ile ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu (t=15,231; p=0,000).

İlk mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu (t=15,685; p=0,000).

İlk mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu (t=16,338; p=0,000).

HASTALARIN İLK VE İKİNCİ GÜN MOBİLİZASYONDA ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hastaların ilk mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği ile ilk mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 8'de, ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği ile ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 9'da, yer almaktadır.

Tablo 8. Hastaların ilk mobilizasyon öncesi durumluk kaygı ölçeği ile ilk mobilizasyon sonrası hasta ve gözlemci hareketlilik ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki

Ölçekler	**Ölçekler**		
	Durumluk Kaygı Ölçeği	Hasta Hareketlilik Ölçeği	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği
Durumluk Kaygı Ölçeği r* p	-	0,504 **0,000**	0,421 **0,000**
Hasta Hareketlilik Ölçeği r* p	0,504 **0,000**	-	0,562 **0,000**
Gözlemci Hareketlilik Ölçeği r* p	0,421 **0,000**	0,562 **0,000**	-

*Pearson korelasyon analizi

İlk mobilizasyon öncesi hastaların Durumluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puanlar ile ilk mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında (r=0.504; p=0,000) pozitif yönde orta düzeyde ilişki ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında (r=0.421; p=0,000) pozitif yönde zayıf ilişki olduğu belirlendi. Ayrıca, hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında (r=0.562; p=0,000) orta düzeyde pozitif ilişki olduğu belirlendi.

Tablo 9. Hastaların ikinci gün herhangi bir mobilizasyon öncesi durumluk kaygı ile ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası hasta ve gözlemci hareketlilik ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki

Ölçekler	**Ölçekler**		
	Durumluk Kaygı Ölçeği	Hasta Hareketlilik Ölçeği	Gözlemci Hareketlilik Ölçeği
Durumluk Kaygı Ölçeği r* p	-	0,417 **0,000**	0,415 **0,000**
Hasta Hareketlilik Ölçeği r* p	0,417 **0,000**	-	0,727 **0,000**
Gözlemci Hareketlilik Ölçeği r* p	0,415 **0,000**	0,727 **0,000**	-

*Pearson korelasyon analizi

İkinci gün herhangi bir mobilizasyon öncesi hastaların Durumluluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puanlar ile ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında (r=0.417; p=0,000) pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında (r=0.415; p=0,000) pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu bulundu. Hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrasında Hasta Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında (r=0.727; p=0,000) pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu belirlendi.

HASTALARIN BAZI TANITICI VE CERRAHİ GİRİŞİME İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE İLK VE İKİNCİ GÜN MOBİLİZASYONDA ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE ARALARINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 10'da araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilk mobilizasyon öncesi ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 10. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	İlk mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Puanı Ort±SS	İkinci gün herhangi bir mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Puanı Ort±SS
Cinsiyet		
Kadın	36,64±6,79	28,77±5,55
Erkek	31,91±6,52	25,46±4,34
t:*	4,127	3,914
p:	**0,000**	**0,000**
Medeni durum		
Evli	34,04±7,40	26,35±4,95
Bekar	33,48±6,13	27,88±5,40
t:*	0,428	-1,628
p:	0,669	0,106
Öğrenim durumu		
İlköğretim	34,29±7,81	27,16±5,95
Lise	33,58±5,95	26,60±4,10
Üniversite	32,87±6,50	26,06±4,02
F:**	0,330	0,381
p:	0,719	0,684
Beden Kitle İndeksi		
Normal kilolu	34,70±6,48	27,33±5,19
Fazla kilolu	33,56±7,10	26,50±5,24
I.derece obez	33,00±7,92	26,73±4,78
F:**	0,579	0,364
p:	0,562	0,696
Kronik hastalık		
Var	34,45±7,82	27,45±5,71
Yok	33,33±6,18	26,26±4,49
t:*	0,938	1,366
p:	0,355	0,174
Hastaneye yatış deneyimi		
Var	34,70±7,58	27,82±5,49
Yok	32,90±62,21	25,68±4,43
t:*	1,507	-2,486
p:	0,134	**0,014**

*Student t Test, ** Oneway ANOVA Test

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilk mobilizasyon öncesi ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk mobilizasyon öncesi ve ikinci gün herhangi bir mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının, hastaların medeni durumuna, öğrenim durumuna, beden kitle indeksine ve kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği bulundu ($p>0.05$).

Kadın hastaların ilk mobilizasyon öncesi ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$).

Daha önce hastaneye yatış deneyimi bulunan hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının, daha önce hastaneye yatış deneyimi bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 11'de araştırma kapsamına alınan hastaların cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile ilk mobilizasyon öncesi ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 11. Hastaların cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Cerrahi girişime ilişkin özellikler	**İlk mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Puanı Ort±SS**	**İkinci gün herhangi bir mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Puanı Ort±SS**
Cerrahi girişim öyküsü		
Var	35,35±7,25	27,65±5,11
Yok	32,46±6,52	26,05±5,05
t:*	2,466	1,848
p:	**0,015**	0,067
Cerrahi girişime alınma tipi		
Elektif	33,44± 6,74	26,50±4,93
Acil	35,21±8,02	28,46±5,67
Çok acil	34,71±6,89	25,14±4,94
F:**	0,750	2,037
P	0,474	0,134
Ameliyat tipi		
Açık	33,97±6,78	26,71±5,33
Kapalı	33,73±7,36	26,98±4,89
t:*	0,199	-0,300
p:	0,842	0,764

*Student t Test, ** Oneway ANOVA Test

Tablo 11. (Devam) Hastaların cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Anestezi türü		
Genel	34,46±7,19	27,23±5,16
Spinal	33,64±6,91	26,53±5,11
t:*	0,433	0,798
p:	0,666	0,426
Analjezi uygulanma durumu		
Uygulanıyor	34,04±7,11	26,93±5,06
Uygulanmıyor	30,57±3,55	24,85±6,28
t:*	1,280	1,046
p:	**0,044**	0,297
Dren		
Var	35,59±7,66	28,61±5,74
Yok	32,92±6,47	25,85±4,49
t:*	2,196	3,117
p:	**0,032**	**0,002**
İdrar sondası		
Var	34,54±7,31	26,96±5,44
Yok	33,25±6,72	26,70±4,86
t:*	1,084	0,298
p:	0,280	0,766

*Student t Test

Hastaların cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile ilk ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk mobilizasyon öncesi ve ikinci gün herhangi bir mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının cerrahi girişime alınma tipi, ameliyat tipi, anestezi türü ve idrar sondası bulunma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulundu ($p>0.05$).

Cerrahi girişim öyküsü bulunma durumları ile ilk mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi (t:2,466; p:0,015). Daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının ilk defa cerrahi girişim geçiren hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulundu.

Hastalara ameliyat sonrası analjezik uygulanma durumları ile ilk mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi (t:1,280; p:0,044). Analjezi uygulanan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği

puan ortalamalarının analjezi uygulanmayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulundu.

Ameliyat sonrası hastalarda dren varlığı ile ikinci gün herhangi bir mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi (t:3,117; p:0,002). Ameliyat sonrası dreni bulunan hastaların ikinci gün herhangi bir mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının dreni bulunmayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 12'de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 12. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler	**İlk mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği Puanı Ort±SS**	**İkinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği Puanı Ort±SS**	**İlk mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puanı Ort±SS**	**İkinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puanı Ort±SS**
Cinsiyet				
Kadın	67,57±20,90	51,07±17,12	13,66±2,72	9,56±2,98
Erkek	50,33±16,42	33,98±13,13	9,18±2,76	6,33±1,99
t:*	5,199	6,338	9,424	7,623
p:	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Medeni durum				
Evli	59,54±20,93	43,11±15,30	11,80±3,30	8,20±2,79
Bekar	52,83±17,90	36,46±19,91	9,34±3,43	6,48±2,86
t:*	1,820	2,145	3,985	3,308
p:	0,071	**0,034**	**0,000**	**0,001**
Öğrenim durumu				
İlköğretim[a]	60,38±22,81	45,24±19,67	12,34±3,43	8,65±3,04
Lise[b]	56,17±16,42	37,78±12,45	9,82±3,10	6,66±2,42
Üniversite[c]	48,25±15,77	32,34±11,20	8,93±2,86	6,37±2,21
F:**	2,575	5,496	12,636	9,779
p:	0,080	**0,005**	**0,000**	**0,000**
		a>c	a>b,c	a>b,c

*Student t Test, ** Oneway ANOVA Test

Tablo 12. (Devam) Hastaların tanıtıcı özellikleri ile hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Beden Kitle İndeksi				
Normal kilolu[a]	57,70±20,36	40,81±20,06	9,77±3,54	7,54±3,26
Fazla kilolu[b]	58,25±18,66	41,46±15,40	11,28±3,27	7,35±2,55
I.derece obez[c]	54,58±24,55	40,31±15,66	12,95±3,28	8,82±2,98
F:**	0,285	0,045	7,289	2,279
p:	0,752	0,956	**0,001** c>a,b	0,106
Kronik hastalık				
Var	59,18±23,52	44,88±18,85	12,25±3,36	8,83±3,03
Yok	55,86±16,63	37,52±14,53	9,91±3,30	6,59±2,35
t:*	0,949	2,553	4,120	4,857
p:	0,345	**0,012**	**0,000**	**0,000**
Hastaneye yatış deneyimi				
Var	58,38±21,40	44,04±17,63	11,95±3,47	8,29±2,97
Yok	56,38±18,85	37,57±15,86	9,96±3,29	6,93±2,68
t:*	-0,578	-2,253	-3,438	-2,799
p:	0,564	**0,026**	**0,001**	**0,006**

*Student t Test, ** Oneway ANOVA Test

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının, hastaların beden kitle indeksine göre anlamlı farklılık göstermediği bulundu ($p>0.05$).

Kadın hastaların ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$).

Evli hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının, bekar hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Hastaların eğitim durumları ile ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p:0,005). İlköğretim mezunu olan hastaların Hasta Hareketlilik

Ölçeği puan ortalamalarının üniversite mezunu olan hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu bulundu.

Kronik hastalığı bulunan hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının kronik hastalığı bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Daha önce hastaneye yatış deneyimi bulunan hastaların ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının, daha önce hastaneye yatış deneyimi bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 13'de araştırma kapsamına alınan hastaların cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 13. Hastaların cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Hastalık ve cerrahi girişime ilişkin özellikler	**İlk mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği Puanı Ort±SS**	**İkinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği Puanı Ort±SS**	**İlk mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puanı Ort±SS**	**İkinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puanı Ort±SS**
Cerrahi girişim öyküsü				
Var	59,87±21,68	44,03±17,66	11,97±3,48	8,44±2,99
Yok	55,17±18,58	38,22±16,13	10,15±3,35	6,93±2,65
t:*	1,369	2,019	3,120	3,155
p:	0,173	**0,045**	**0,002**	**0,002**
Cerrahi girişime alınma tipi	53,81±18,11	37,24±13,92	10,11±3,32	7,25±2,70
Elektif[a]	65,37±23,92	51,57±21,55	13,82±2,78	9,14±3,41
Acil [b]	79,34±9,84	54,80±17,19	13,42±1,81	7,85±2,03
Çok acil[c]	8,828	11,704	17,138	4,908
F:**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,009**
p:	c>a	b>a	a<b,c	a<b

*Student t Test, ** Oneway ANOVA Test

Tablo 13. (Devam) Hastaların cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ameliyat tipi				
Açık	62,87±19,83	44,73±15,91	11,41±3,54	7,37±3,00
Kapalı	49,63±17,74	35,63±16,99	10,55±3,46	6,75±2,54
t:*	4,046	3,219	1,427	3,359
p:	**0,000**	**0,002**	0,156	**0,001**
Anestezi türü				
Genel	51,95±18,51	37,31±17,25	10,86±3,58	7,03±2,73
Spinal	54,40±21,04	38,31±17,04	11,16±3,49	8,13±2,97
t:*	-0,615	-0,293	-0,494	-2,262
p:	0,540	0,770	0,136	**0,025**
Aneljezi uygulanma durumu				
Uygulanıyor	57,66±20,42	41,21±17,39	11,16±3,53	7,75±2,92
Uygulanmıyor	53,52±16,57	37,82±9,74	8,71±2,56	6,00±2,30
t:*	0,526	0,510	1,804	1,560
p:	0,600	0,611	0,073	0,121
Dren				
Var	67,52±20,70	50,01±18,13	13,67± 2,69	9,42±2,82
Yok	51,90±17,74	36,10±14,33	9,58±3,05	6,69±2,49
t:*	4,659	4,630	7,829	5,877
p:	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
İdrar sondası				
Var	62,63±20,66	44,43±16,07	11,89±3,33	8,59±2,80
Yok	57,70±18,69	37,93±17,50	10,25±3,52	6,81±2,76
t:*	2,965	2,266	2,806	3,729
p:	**0,004**	**0,025**	**0,006**	**0,000**

*Student t Test

Hastaların cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının anestezi türü ve analjezi uygulanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulundu ($p>0.05$).

Daha önce cerrahi girişim geçirme öyküsü bulunan hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının daha önce cerrahi girişim geçirme öyküsü bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Hastaların ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının cerrahi girişime alınma tipine göre

anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Acil olarak cerrahi girişime alınan hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının elektif olarak cerrahi girişime alınan hastaların puan ortalamalarından daha düşük olduğu ($p<0,01$) bulundu.

Açık ameliyat geçiren hastaların ilk mobilizasyon sonrası ($p<0,01$) ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası ($p<0,05$) Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının kapalı ameliyat geçiren hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi.

Dren ve idrar sondası gibi bakım ekipmanları bulunan hastaların ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının dren ve idrar sondası bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının, hastaların cinsiyetine, medeni durumuna, eğitim durumuna, kronik hastalık varlığına ve daha önce hastaneye yatış deneyimi bulunma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ($p<0.05$).

Kadın hastaların ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$).

Evli olan hastaların hastaların ilk mobilizasyon sonrası ($p<0,01$) ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası ($p<0,05$) Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının bekar hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi.

İlköğretim mezunu olan hastaların ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının lise ve üniversite mezunu olan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$).

Beden kitle indeksine göre birinci derece obez grubunda olan hastaların ilk mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının normal kilolu ve

fazla kilolu grubunda olan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$).

Kronik hastalığı bulunan hastaların ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının kronik hastalığı bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$).

Daha önce hastaneye yatış deneyimi bulunan hastalarınilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının daha önce hastaneye yatış deneyimi bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Hastaların cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının analjezi uygulanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulundu ($p>0.05$).

Daha önce cerrahi girişim geçirme öyküsü bulunan hastaların ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının daha önce cerrahi girişim geçirme öyküsü bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Hastaların ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının cerrahi girişime alınma tipine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Elektif olarak cerrahi girişime alınan hastaların ilk mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının acil ve çok acil olarak cerrahi girişime alınan hastaların puan ortalamalarından daha düşük olduğu ($p<0,01$) bulundu. Elektif olarak cerrahi girişime alınan hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının acil olarak cerrahi girişime alınan hastaların puan ortalamalarından daha düşük olduğu ($p<0,05$) bulundu.

Açık ameliyat geçiren hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının kapalı ameliyat geçiren hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Spinal anestezi uygulanan hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının genel anestezi uygulanan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Dren ve idrar sondası bulunan hastaların ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının dren ve idrar sondası bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 14'de hastaların yaşları ve beden kitle indeksleri ile ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puanları ve ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanları arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Tablo 14. Hastaların yaş ve beden kitle indeksleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki

Ölçekler	**Değişkenler**	
	Yaş	**BKİ**
İlk mobilizasyon öncesi DKÖ		
r	0,073	-0,131
p	0,397	0,126
İlk mobilizasyon sonrası HHÖ		
r	0,169	-0,070
p	**0,047**	0,412
İlk mobilizasyon sonrası GHÖ		
r	0,422	0,292
p	**0,000**	**0,001**
İkinci gün herhangi bir mobilizasyon öncesi DKÖ		
r	0,071	-0,039
p	0,406	0,649
İkinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası HHÖ		
r	0,258	-0,014
P	**0,002**	0,875
İkinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası GHÖ		
r	0,477	0,129
p	**0,000**	0,132

Hastaların yaşları ve BKİ'leri ile ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Hastaların yaşları ile ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p<0,05$). Buna göre hastaların yaşları arttıkça Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeklerinden aldıkları puanların yükseldiği belirlendi.

Hastaların BKİ'leri ile ilk mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Beden kitle indeksi arttıkça Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanlarının yükseldiği bulundu ($p<0,05$).

TARTIŞMA

Bu çalışma 01/02/2016 – 01/08/2016 tarihleri arasında, cerrahi girişim geçiren hastaların kaygı ve hareketlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmış olup, çalışmadan elde edilen bulgular ulusal ve uluslararası literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Durumluk Kaygı Ölçeğinden alınan yüksek puanlar yüksek kaygı düzeyini, düşük puanlar düşük kaygı düzeyini göstermektedir (6). Hasta Hareketlilik Ölçeğinden alınan puanların artışı, aktivite ile ilgili olarak ağrı ve güçlüğün arttığı şeklinde değerlendirilmektedir. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği değerlendirilirken puanın artması hastanın aktiveteleri bağımsız olarak yerine getiremediğini, desteklenmeye ihtiyacı olduğunu ifade etmektedir (91).

Cerrahi girişim öncesinde hastalar genellikle, ameliyat sırasında uyanmak, ağrı/acı hissetmek, ameliyat sonrasında uyanamamak, şiddetli ağrı yaşamak, ameliyat sonrasında yoğun bakıma alınmak gibi nedenler ile anksiyete/kaygı yaşamaktadırlar (41,75). Yapılacak işlemler hakkında yeterli bilgi verilmemesi, anestezi sürecine ilişkin bilinmezlik, vücut bütünlüğünün bozulmasından duyulan endişe, ağrı duyma korkusu gibi durumlar bireyde kaygıyı arttırmaktadır (128).

Çalışmada cerrahi girişim geçiren hastaların ilk mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasının 33,87±7,01, ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi ölçek puan ortalamasının 26,83±5,13 olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Hastaların ilk mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasının ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasından yüksek

olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Yapılan literatür taramasında, cerrahi girişim geçiren hastalarda kaygı düzeylerinin değerlendirildiği çalışmaların genellikle ameliyat öncesi döneme ilişkin olduğu, ilk mobilizasyon öncesi kaygı düzeyinin değerlendirildiği çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Ayoğlu (63) tarafından yapılan, cerrahi girişim öncesi hastalara verilen eğitimin özetkililik ve iyileşme sürecine etkisinin değerlendirildiği bir olgu-kontrol çalışmasında, deney ve kontrol grubundaki hastaların cerrahi girişimden bir gün önce ve ilk mobilizasyon öncesinde kaygı düzeyleri incelenmiştir. Eğitim verilmeyen kontrol grubundaki hastaların cerrahi girişim öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 44,00±11,05, ilk mobilizasyon öncesi ise 45,60±9,18 olarak bulunmuştur. Eğitim verilen ve deney grubunda yer alan hastaların cerrahi girişim öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 39,87± 7,25, ilk mobilizasyon öncesi ise 35,47±5,74 olarak bulunmuştur. Ayoğlu (63) eğitim verilen grupta cerrahi girişim sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarının anlamlı olarak düştüğünü belirtmiştir.

Taşdemir ve ark. (129), hastaların preoperatif dönemde durumluk kaygı puan ortalamasının 40,6±11,23, postoperatif dönemde 37,5±10,28 olduğunu, Yıldız (41) ameliyat öncesi dönemde durumluk kaygı puan ortalamasının 43,37±5.35, ameliyat sonrası dönemde 43,54±4,74 olduğunu, Ala (84) ameliyat öncesi dönemde 41,0±5,1, ameliyat sonrası dönemde ise 40,0±5,2 olduğunu bildirmişlerdir. Gökgündüz (130) koroner anjiografi işlemi uygulanacak olan hastalar ile yaptığı çalışmada, işlem öncesi hastaların durumluk kaygı puan ortalamasının 40.04±3.68, işlem sonrasında ise 40,78±2,79 olduğunu bildirmiştir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların durumluk kaygı düzeyinin değerlendirildiği çalışmalarda; Kaya ve ark. (5) hastaların durumluk kaygı puan ortalamasını 44,63±11,23, Aykent ve ark. (8) 41,59±0,47 olarak belirlemişlerdir.

Çalışmaların yürütüldüğü örneklem gruplarında bireysel, sosyo-demografik, hastane deneyimi ve cerrahi girişime ilişkin özellikler farklılık gösterdiğinden kaygı düzeyleri de farklılaşmaktadır. Herhangi bir girişim uygulanmadan ilk mobilizasyon öncesi ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi hastaların durumluk kaygılarının değerlendirildiği bu çalışmanın sonuçları, Ayoğlu (63) tarafından yapılan çalışmada kontrol grubunda yer alan hastaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Cerrahi girişim geçiren hastalar ilk mobilizasyon öncesinde hafif düzeyde kaygı yaşamaktadırlar ve hastanın hareketliliği arttıkça kaygı düzeyi azalmaktadır.

Hasta hareketlilik ölçeğinden alınabilecek puanlar 0-120 arasında değişmekte olup (91), bu çalışmada hastaların ilk mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması

57,45±20,21, ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası 41,04±17,18 olarak bulunmuştur. Hastaların ilk mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamasının ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Ayoğlu (63) çalışmasında kontrol grubunda yer alan hastaların ilk mobilizasyon sonrası hasta hareketlilik puan ortalamasının 67,75±15,99, ikinci gün yapılan mobilizasyon sonrası 52,98±15,67 olduğunu, deney grubunda yer alan hastaların ise ilk mobilizasyon sonrası 45,43±12,94, ikinci gün yapılan mobilizasyon sonrası 32,41±12,92 olduğunu bulmuştur. Hem kontrol hem de deney grubundaki hastaların, cerrahi girişim sonrası birinci ve ikinci ölçümden elde edilen Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğunu, her iki grupta da ikinci ölçümde hasta hareketlilik puanlarının anlamlı olarak düştüğünü belirtmiştir. Yolcu ve ark. (125) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği toplam puan ortalaması 27,64±7,34 olarak bulunmuştur.

Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinden alınabilecek puanlar 4-20 arasında değişmekte olup (91), bu çalışmada cerrahi girişim geçiren hastaların ilk mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının 11,03±3,52, ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası ise 7,66±2,91 olduğu bulunmuştur. Hastaların ilk mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamasının ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Ayoğlu (63) çalışmasında kontrol grubunda yer alan hastaların ilk mobilizasyon sonrası gözlemci hareketlilik puan ortalamasının 12,10±1,86, ikinci gün yapılan mobilizasyon sonrası 9,07±1,93 olduğunu, deney grubunda yer alan hastaların ise ilk mobilizasyon sonrası 8,70±2,09, ikinci gün yapılan mobilizasyon sonrası 6,27±1,98 olduğunu bulmuş ve hem kontrol hem de deney grubundaki hastaların ikinci günde Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanlarının anlamlı olarak düştüğünü belirtmiştir. Yolcu ve ark. (125) ise yaptıkları çalışmada hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının 12.06±3.07 olarak belirlemiştir.

Çalışma sonuçları benzerlik göstermekte olup, hastaların ilk mobilizasyon öncesi daha fazla kaygı yaşadıklarını, ilk mobilizasyonda yatak içinde dönme, yatak kenarında oturma, ayağa kalkma ve yürüme aktiviteleri sırasında orta derecede ağrı ve zorluk yaşadıklarını, mobilizasyon sayısı arttıkça ağrı ve zorluğun azaldığını göstermektedir. Hastaların ağrı algıları üzerinde, bireysel ve hastalığa ilişkin özellikleri ve ağrı eşikleri etkili olabilir. Bu

nedenle hastanın ağrısının belirlenmesinde hastaların ifadeleri kadar hemşirelerin gözlemleri de önemlidir.

Çalışmada hastaların ilk mobilizasyon ve ikinci gün mobilizasyon öncesi kaygı düzeyleri ile ilk ve ikinci gün mobilizasyon sonrası hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik düzeyleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Tablo 8, Tablo 9). Hastaların kaygı düzeylerinin yükseldikçe mobilizasyon sırasındaki aktivitelere bağlı olarak yaşadıkları ağrı ve zorlanmanın arttığı ve hastaların daha çok yardıma gereksinim duydukları düşünülebilir.

Çalışmada hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesinde durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır (Tablo 10). Kadın hastaların ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi durumluk kaygı düzeylerinin erkek hastalardan yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde de cinsiyetin kaygı ve depresyon düzeyleri üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Taşdemir ve ark. (129) ile Erdem ve ark. (131) kadın hastaların preoperatif dönemdeki kaygı düzeylerinin, erkek hastalarınkinden yüksek olduğunu, Turhan ve ark. (75) kadın hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeylerinin erkek hastalara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Epidemiyolojik açıdan depresyon ve kaygı bozukluklarının genel olarak kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü belirtilmektedir (132). Kaygı için kadın olmanın temel bir risk etkeni olduğu, kadınların biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu gibi faktörlerin kaygı üzerinde etkili olabileceği bildirilmektedir (133). Kadınlarda daha yüksek düzeyde görülen kaygı östrojen ve progesteron seviyelerindeki değişiklikler ile ilişkilendirilmekte, kadınlarda aileden ayrılmaya bağlı kaygının daha yüksek olduğu, kadınların endişelerini erkeklere göre daha rahat ifade edebildikleri belirtilmektedir (81,134). Yapılan çalışmalarda, Okanlı ve ark. (135), cinsiyet ile kaygı ve depresyon arasında anlamlı fark bulunduğunu, Tel ve ark. (136) kadın cinsiyet ile kaygı arasında ilişki olduğunu, Romanik ve ark. (137) ile Kayahan (138) kadınlarda kaygı düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Bu çalışmada daha önce hastaneye yatış deneyimi bulunan hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi kaygı puan ortalamalarının, daha önce hastaneye yatış deneyimi bulunmayan hastalardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Yapılan benzer çalışmalarda da daha önce hastanede yatış deneyimi bulunan hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (41,130,136,139). Bu durumun hastaların yaşadıkları olumsuz deneyimlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada daha önce geçirilmiş cerrahi girişim öyküsü bulunan hastaların ilk mobilizasyon öncesi kaygı düzeylerinin ilk defa cerrahi girişim geçiren hastaların kaygı düzeylerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 11). Yılmaz ve ark. (140) ile Kaya ve ark. (5) yaptıkları çalışmalarda daha önce herhangi bir nedenle cerrahi girişim geçirmiş olan hastaların durumluk kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Farklı olarak Caumo ve ark. (81) ise ameliyat öyküsünün kaygı düzeyini değiştirmediğini belirtmişlerdir. Cerrahi girişim öyküsü olan hastaların ilk mobilizasyon öncesi kaygı düzeylerinin yüksek olmasının nedeninin, önceki cerrahi girişim deneyiminde yaşadıkları ağrı ya da zorluklar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, ameliyat sonrası analjezi uygulanan hastaların ilk mobilizasyon öncesi durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Benzer şekilde Ip ve ark. (141), kaygısı yüksek olan hastaların daha fazla postoperatif ağrı hissettiklerini ve daha fazla analjezik ihtiyacı duyduklarını bildirmiştir. Başka bir çalışmada, ağrının önemli bir stres kaynağı olduğu ve kaygı seviyesini büyük oranda yükselttiği, ağrı düzeyindeki azalma ile birlikte kaygının da azaldığı bildirilmiştir (142). Kaygının yüksek olması cerrahi girişim sonrasında ağrı seviyesi ve ağrıyı etkileyen faktörlere bağlı bir durum olarak görülebilir ve kaygı düzeyi ile ağrı arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu söylenebilir.

Cerrahi girişim sonrasında ameliyat bölgesinde dreni bulunan hastaların ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir mobilizasyon öncesindeki kaygı düzeylerinin, dreni bulunmayan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Puntillo ve ark. (143) yoğun bakımda ve acil ünitelerinde yatan hastalar ile yaptıkları bir çalışmada dren varlığının hastaların ağrı hissetmesine neden olan bir faktör olduğunu bildirmiştir. Cerrahi girişim sonrasında hastalarda dren varlığının aktivite sırasında ağrı deneyimleme korkusu yaratarak kaygı düzeylerini arttırdığı söylenebilir.

Çalışmada kadın hastaların ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası hasta hareketlilik ölçeğipuan ortalamalarının, erkek hastalardan yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 12). Kadınlar mobilizasyon sırasında daha fazla ağrı ve zorluk yaşamaktadırlar. Benzer şekilde Yolcu ve ark. (125) tarafından yapılan çalışmada da cerrahi girişim geçiren hastaların cinsiyetleri ile hasta hareketlilik ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu, kadın hastaların mobilizasyon sırasında erkek hastalara göre daha fazla ağrı ve zorluk yaşadıkları bildirilmiştir. Literatürde erkeklerin ve kadınların ağrıya benzer tepkiler verdikleri bildirilmekle birlikte, kadınların erkeklerden daha fazla ağrı hissettikleri belirtilmiştir (144). Nikolajsen ve ark. (145) total kalça protezi uygulanan

hastalarla yaptıkları bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha şiddetli ağrı bildirdiklerini saptamıştır. Kadın hastaların kaygı düzeylerinin daha yüksek olması hareket sırasında daha fazla ağrı hissetmelerine ve zorluk yaşamalarına yol açabilir.

Bu çalışmada evli olan hastaların ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası hasta hareketlilik ölçeği puanlarının bekar hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 12). Yapılan bir çalışmada benzer şekilde evli olan hastaların Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının bekar olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmış, ameliyat sonrası dönemde evli hastaların ayağa kalkma ve yürüme aktivitelerinde daha çok desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (125). Başka bir çalışmada ise evlilerin bekarlara göre fiziksel etkinliklerini yerine getirirken daha az kısıtlılık yaşadıkları, enerji düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (146).

Çalışmada ilköğretim mezunu olan hastaların ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrasında hasta hareketlilik ölçeği puan ortalamalarının lise ve üniversite mezunu olan hastalardan yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 12). Yolcu ve ark. (125) çalışmasında da ilkokul mezunu hastaların ameliyat sonrası mobilizasyonda daha fazla ağrı ve zorluk yaşadıkları bildirilmiştir. Hastaların eğitim düzeyi cerrahi girişim sonrasında hareket aktivitesinde ağrı ve zorluk yaşamasında etkili olmaktadır. Bu nedenle eğitim seviyesi düşük olan hastaların cerrahi girişim sonrasında hareketlilik konusunda daha fazla teşvik edilmeleri ve bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Kronik hastalıkların varlığı hastaların cerrahi girişim sonrasında iyileşme sürecinin uzamasına neden olmakta ve bireyin normal hayatında gerçekleştirdiği rutinlerine dönmesini zorlaştırmaktadır (11). Bu çalışmada kronik hastalığı olan hastaların ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası hasta hareketlilik ölçeği puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Yolcu ve ark. (125) çalışmasında, kronik hastalığı bulunan hastaların ameliyat sonrası hareket sırasında ağrı ve zorluk yaşadıklarını bildirmiştir. Kronik hastalıklar nedeni ile gelişen stres ve korku ile başkalarına bağımlı olma durumu hastaların hareket düzeyini etkilemektedir. Cerrahi girişimin neden olduğu ağrı ve kronik hastalığın/hastalıkların getirdiği zorluklar hastaların hareket sırasında da ağrı ve zorluk yaşamasına neden olması ile açıklanabilir.

Çalışmada daha önce hastanede yatış deneyimi olan hastaların ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrasında daha fazla ağrı ve zorluk yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 12). Bu durum önceki yatış deneyimlerinden farklı olarak hastaların daha fazla ağrı deneyimlemesi ya da hastanede yatma nedeni tanı ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada daha önce cerrahi girişim geçirme öyküsü bulunan hastaların ve acil olarak cerrahi girişime alınan hastaların ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sırasında daha fazla ağrı ve güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 13). Acil olarak cerrahi girişime alınan hastalar ilk mobilizasyonda yatak içinde dönme, yatak kenarında oturma, ayağa kalkma ve yürüme sırasında daha fazla ağrı yaşamakta ve zorlanmaktadırlar. Bu durumun hastaların ameliyat öncesi psikolojik ve fiziksel hazırlığı için yeterince zaman olmaması ve gerekli bilgilendirmelerin yapılamamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada hastaların ameliyat tipi ile ameliyat sonrası aktivite sırasında ortaya çıkan güçlüklerin değişkenlik gösterdiği, üst abdominal ameliyatı olan hastaların ameliyat yerinde, öksürürken ve yataktan kalkarken daha fazla ağrı yaşadıkları ve ameliyat türü ile yaşanılan ağrı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (9). Bu çalışmada da açık ameliyat geçiren hastaların hasta hareketlilik ölçeğinden aldıkları puanlara göre ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir mobilizasyonda yatak içinde dönme, yatak kenarında oturma, ayağa kalkma ve yürüme sırasında daha fazla ağrı ve güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 13). Literatürde laparoskopik cerrahi sonrası hastaların daha az ağrı hissettiğinin, kesi yeri problemlerinin daha az olduğunun ve günlük yaşantılarına dönme zamanının daha kısa olduğunun bildirilmesi çalışma sonucumuz ile uyumludur (147).

Cerrahi girişim sonrasında hastalarda dren ve idrar sondasının varlığı hastaların bağımlılığını arttırarak hareketlerine engel olmaktadır (148). Bu çalışmada da dreni ve idrar sondası bulunan hastaların ilk mobilizasyonda ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyonda daha fazla ağrı ve güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 13).

Çalışmada hasta hareketlilik ölçeği ile uyumlu olarak, kadın hastaların, evli hastaların, ilköğretim mezunu olan hastaların, I. derece obez grubunda yer alan hastaların, kronik hastalığı ve daha önce hastanede yatış deneyimi bulunan hastaların mobilizasyon sırasında daha fazla yardıma ihtiyaçlarının olduğu gözlemci hareketlilik ölçeği ile doğrulanmıştır (Tablo 13). Cerrahi girişim geçirme öyküsü bulunan hastaların ilk mobilizasyon ve ikinci gün mobilizasyon sonrası hareketlilik sırasında cerrahi girişim geçirme öyküsü olmayanlara göre daha fazla zorlandıkları ve yardıma gereksinim duydukları belirlenmiştir (Tablo 13). Bu bulgular literatür ile uyumludur (125).

Dren ve idrar sondası bulunan hastaların ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyonda daha fazla zorlandıkları bulunmuştur (Tablo 13). Ameliyatın tipi ve bakım ekipmalarının varlığı hastanın hareketliliği üzerinde etkilidir.

Laparoskopik (kapalı) cerrahi sonrası hastalar normal yaşantılarına daha çabuk dönebilmektedirler.

Yapılan bir çalışmada spinal anestezinin ameliyat sonrası erken mobilizasyona geçişi kolaylaştırdığı belirlenmiştir (149,150). Ancak bu çalışmada, spinal anestezi ile cerrahi girişim uygulanan hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyonda daha fazla zorlandıkları ve yardıma ihtiyaç duydukları gözlemlemiştir (Tablo 13). Bu durumun spinal anestezinin ameliyat sonrası yaygın olarak gelişen baş ağrısı, baş dönmesi, bel ve sırt ağrıları gibi yan etkilerine bağlı olabileceği düşünülmektedir (151-153).

Çalışmada cerrahi girişim geçiren hastaların yaşları ile ameliyat sonrası durumluk kaygı düzeyleri arasında herhangi bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 14). Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (41,75,76,84,130,154,155). Bu durum cerrahi girişim geçirmenin her yaş dönemi için kaygı sebebi olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada, ilk mobilizasyon ve ikinci gün herhangi bir mobilizasyonda hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik ölçeği puan ortalamaları ile hastaların yaşları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, yaş arttıkça hastaların hareket sırasında daha fazla ağrı ve zorluk yaşandıkları, başkalarına olan bağımlılıklarının arttığı belirlenmiştir (Tablo 14). Yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan fizyolojik ve zihinsel değişiklikler, bedensel işlevlerde azalmaya neden olarak hastaların ameliyat sonrası dönemdeki hareketlerini zorlaştırmakta ve bağımlılığı arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada da benzer şekilde ameliyat sonrasında yaş artışı ile doğru orantılı olarak hastaların hareket ile ilgili güçlüklerinin arttığı bildirilmiştir (125).

Çalışmada hastaların Beden Kitle İndeksleri ile ilk mobilizasyon sonrası gözlemci hareketlilik ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 14). Obezite, bireylerin fiziksel aktivitelerini sınırlandırarak mobilizasyonu olumsuz olarak etkilemektedir. Yamakova ve ark. (156) tarafından yapılan bir çalışmada obez hastaların obez olmayan hastalara göre daha az yürüdüğü ve mobilizasyon sırasında daha fazla ağrı deneyimlediği bildirilmiştir. Vincent ve ark. (157) ise çalışmalarında obez hastaların ağrı duyma endişesi ile hareket etmekten daha çok korktuklarını belirlemiştir. Bu çalışmada da beden kitle indeksleri arttıkça hastaların daha fazla zorluk yaşadıklarının ve yardıma gereksinim duyduklarının belirlenmesi literatür ile uyumludur.

SONUÇLAR

Cerrahi girişim geçiren hastaların kaygı ve hareketlilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmış olan tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıda yer alan sonuçlara ulaşıldı.

- Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasının ilk mobilizasyon öncesi 33,87±7,01, ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi 26,83±5,13 olduğu, Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamasının ilk mobilizasyon sonrası 57,45±20,21, ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası 41,04±17,18 olduğu, Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamasının ilk mobilizasyon sonrası 11,03±3,52, ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası 7,66±2,91 olduğu belirlendi.
- Hastaların ilk mobilizasyon öncesi ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu. İlk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Hastaların ilk mobilizasyon öncesi hafif düzeyde kaygı yaşadıkları ve ilk mobilizasyonda ağrı ve zorluk yaşadıkları bulundu.
- Hastaların ilk mobilizasyon ve ikinci gün mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puanlar ile ilk mobilizasyon ve ikinci gün mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında

pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi ($p<0,001$). Hastaların kaygı düzeyleri arttıkça mobilizasyon sırasında daha faza ağrı ve zorluk yaşadıkları bulundu.

- Kadın hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği, Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$).
- İlköğretim mezunu olan hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının üniversite mezunu olan hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). İlköğretim mezunu olan hastaların ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının lise ve üniversite mezunu olan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$).
- Kronik hastalığı bulunan hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının kronik hastalığı bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kronik hastalığı bulunan hastaların ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının kronik hastalığı bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$).
- Daha önce hastaneye yatış deneyimi bulunan hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği, ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği, ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının daha önce hastaneye yatış deneyimi bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- Evli olan hastaların ilk mobilizasyon sonrası ($p<0,01$) ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası ($p<0,05$) Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının bekar hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi.
- Beden kitle indeksine göre birinci derece obez grubunda olan hastaların ilk mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının normal kilolu ve fazla kilolu grubunda olan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$).

- Daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların ilk mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği, ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği, ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının daha önce cerrahi girişim geçirme öyküsü bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- Ameliyat sonrası dreni bulunan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının dreni bulunmayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Dren ve idrar sondası bulunan hastaların ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının dren ve idrar sondası bulunmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- Elektif olarak cerrahi girişime alınan hastaların ilk ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p<0,01$) bulundu.
- Açık ameliyat geçiren hastaların ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının kapalı ameliyat geçiren hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Açık ameliyat geçiren hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının kapalı ameliyat geçiren hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- Spinal anestezi uygulanan hastaların ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamalarının genel anestezi uygulanan hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- Hastaların yaşları ile ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p<0,05$). Hastaların yaşları arttıkça Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeklerinden aldıkları puanların yükseldiği belirlendi.

- Hastaların BKİ'leri ile ilk mobilizasyon sonrası Gözlemci Hareketlilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Beden kitle indeksi arttıkça Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanlarının yükseldiği bulundu ($p<0,05$).

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Cerrahi girişim geçirme hastalar için önemli kaygı nedeni olduğundan, hastaların kaygı düzeylerinin belirlenip gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanabilmesi için rutin olarak kullanılabilecek bir kaygı ölçeğinin kurum kalite birimi tarafından hasta bilgi formlarına eklenmesi,
- Cerrahi girişim öncesinde ve sonrasında düzenli olarak hastalarda kaygıyı arttıran nedenlerin incelenmesi,
- Hasta bakımında kaygıyı azaltmaya yönelik girişimlere yer verilmesi,
- Ameliyat öncesi dönemde hastalara, hareketin iyileşme sürecine etkisi ve ilk mobilizasyon hakkında bilgi verilmesi ve teşvik edilmesi,
- Yaşlı hastaların, kadın hastaların ve beden kitle indeksi yüksek olan hastaların mobilizasyon sırasında desteklenmesi,
- Cerrahi operasyonun türüne göre daha fazla örneklem ile çalışma yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırmacerrahi girişim geçiren hastaların kaygı ve hareketlilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma; Şubat 2016 – Ağustos 2016 tarihleri arasında Genel Cerrahi kliniğinde yatan ve cerrahi girişim geçiren 138 hasta ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri, "Hasta Bilgi Formu", "Durumluk Kaygı Ölçeği", "Hasta Hareketlilik Ölçeği" ve "Gözlemci Hareketlilik Ölçeği" kullanılarak toplandı.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 48,79±19,47 olup, %58,7'si erkek, %68,8'i evli, %52,2'si ilköğretim mezunudur. Hastaların %48,6'sı beden kitle indeksine göre fazla kilolu, %47,8'inde kronik hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların %53,6'sının daha önce hastanede yatma, %48,6'sının ise cerrahi girişim geçirme deneyimi bulunmaktadır. Hastaların %74,6'sı elektif olarak cerrahi girişime alınmış, %35,5'inde dren, %47,8'inde idrar sondası bulunmaktadır.

Hastaların ilk mobilizasyon öncesinde hafif düzeyde kaygı yaşadıkları ve ilk mobilizasyonda ağrı ve zorluk yaşadıkları bulundu. İlk mobilizasyon öncesi ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, ilk mobilizasyon sonrası ve ikinci gün herhangi bir zamanda yapılan mobilizasyon sonrası Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). İkinci gün mobilizasyonda kaygının ve hareket sırasındaki ağrı ve zorlanmanın azaldığı bulundu.

Ölçeklerden alınan puanların, hastaların cinsiyet, daha önce hastanede yatma ve cerrahi girişim geçirme durumu, cerrahi girişime alınma tipi ve bakım ekipmanı bulunma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,05$).

Hasta hareketliliğinin arttırılması için, cerrahi girişim geçiren hastaların kaygı düzeylerinin belirlenerek uygun girişimlerle azaltılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: cerrahi girişim, durumluk kaygı, hareketlilik düzeyleri

THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY AND MOBILITY LEVEL OF THE PATIENTS UNDERGOING SURGICAL INTERVENTION AND ITS RELATED FACTORS

SUMMARY

This descriptive and cross-sectional study was conducted to identify the relationship between anxiety and mobility level of the patients undergoing surgical intervention and its related factors.

The study was conducted on 138 surgical patients hospitalized in the General Surgery Clinicbetween February 2016 and August 2016. The study data was collected by using "Patients Information Form", "State-Trait Anxiety Inventory", "Patient Mobility Scale" and "Observer Mobility Scale".

The mean age of the patients was 48,79±19,47 years and 58,7% of them were male. 68,8% of the patients were married, 52,2% were primary school graduates, 48,6% were overweight according to body mass index and 47,8% had chronic disease. 53,6% of the participants had repeated hospitalization and 48,6% had repeated surgical intervention. Also, 74,6% of the patients had elective surgery, 35,5% had drainage tube and 47,8% had urinary catheter.

It was found that the patients had low anxiety before the first mobilization and had pain and difficulty during the first mobilization. There was a statistically significant difference the mean scores of State-Trait Anxiety Inventory between before first mobilization and on the second day at any time. Also, there was a statistically significant difference between the mean

scores of Patient Mobility Scale and Observer Mobility Scale after the first mobilization and at the second day of mobilization ($p<0.001$). It was found that the patients' anxiety, pain and strain during movementwas decreased on the second day mobilization.

It was determined that the scores obtained from the scales of the patients were statistically significant difference with gender, repeated hospitalization, repeated surgical intervention, type of surgical intervention and presence of care equipments ($p<0.05$).

It is recommended that it should be determined anxiety levels of the patients undergoing surgical intervention and then anxiety levels should be reduced with appropriate interventions, in order to increase patient's mobility,

Keywords: surgical intervention, state-trait anxiety, level of mobility

KAYNAKLAR

1. Fındık ÜY. Cerrahi süreç: Ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların önlenmesi. Eti Aslan F (Editör). Cerrahi bakım: Vaka analizleri ile birlikte. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016. s.425-454.

2. Klopfenstein CE, Forster A, Gessel EV. Anesthetic assesstment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. Can J Anesth 2000;47(6):511-5.

3. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:113-20.

4. Espineira CH, Aguila MMR, Castillo MR, Valdivia AF, Sanchez IR. Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of healthcare. Health Policy 2009;89:37-45.

5. Kaya H, Acaroğlu R, Şendir M, Güldaş S. Nöroşirürji hastalarında iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete ile baş etme durumuna etkisi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale 2007;15(59):75-81.

6. Öner N, Le Compte A. Süreksiz (Durumluk) Sürekli kaygı envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası; 1985.

7. Karanci AN, Dirik G. Predictors of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. J Psychosom Res 2003;55:363-9.

8. Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: Apaıs ve Staı skorlarının karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi 2007;5(1):7-13.

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

10. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. Klinik Psikiyatri Dergisi 2001;4:182-186.

11. Çınar V. Batın ameliyatı geçiren hastalarda erken ambulasyonun bağırsak fonksiyonlarına etkisinin değerlendirilmesi (tez). Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.

12. Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. WHO, Geneva, 1986.

13. Birol L. Hemşirelik süreci. Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 9. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık 2009; s.17-18.

14. Onat D. Temel Cerrahi. Sayek İ (Ed.). 3. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2004. s.315.

15. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N.İstanbul: Cerrahi Hemşireliği: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. s.9-365.

16. Tan NU. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

17. Çatal E. Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

18. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing. 7th ed. Canada: St. Louis: Mosby-Year Book; 2009. p.383-361.

19. Atabek Aştı T, Karadağ A. Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık 2014; s.630-718.

20. Lithner M, Zilling T. Pre- and postoperative information needs. Patient Education and Counseling 2000;(40):29-37.

21. Spiers C. The surgical nurse as teacher and health promoter. In: Manley K, Bellman L (Eds.). Surgical Nursing: Advancing Practice. Churchill Livingstone: London; 2000. p.47-67.

22. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N et al. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. Patient Education and Counseling 2003;51:169-176.

23. Oetker-Black S.L, Jones S, Estok P, Ryan M, Gale N, Parker C. Preoperative teaching and hysterectomy outcomes. AORN 2003;77(6):1215-1231.

24. Girard NJ. Nursing management preoperative care.In: Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR (Eds.). Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2004. p.360-376.

25. Yavuz M. Ameliyat öncesi bakım. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2010. s.293-309.

26. Smith DJ. 2004. Nursing management postoperative care. In: Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR (Eds.). Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. 6th ed. St. Louise: Mosby; 2004. p.400.

27. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner&Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2008. p.324-1217.

28. Ergin E, Çam O. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri; 2014. s.277-282.

29. Kaplan HI, Sadock B. Anksiyete bozuklukları. (Çev. Ed.) Aydın H, Bozkurt A. Kaplan and Sadock Klinik psikiyatri, Kaplan ve Sadock Özel Psikiyatri 9. Baskı. Güneş Kitabevi: Ankara, 211-246.

30. Gürhan N. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri 2016; s.351-356.

31. Suliman Wafika A, Halabi Jehad. Critical Thinking, self-esteem, and state anxiety of nursing students. Nurse Education Today 2007;(27):162-168.

32. Miguel-Tobal JJ, González-Ordi H. The role of emotions in cardiovascular disorders research companion to organizational health psychology. In: Alexander Stamatios G, Cooper CL (Eds.). Edward Elgar Publishing Ltd. 2005. s.455-477.

33. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Bozuklukları Dizisi 2000;1:5-11.

34. Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2001;(1):23-29.

35. Sertbaş G, Bahar A. Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004;5:39-44.

36. Gabbord GO. Pyschodinamic psychiatry in clinical practice. 3th ed. Washington DC: Am. Psych Press; 2000.

37. Berksun OE. Anksiyete ve anksiyete bozuklukları. Ankara: Turgut yayınları; 2003.

38. Keller MB. The lifelong course of social anxiety disorder: A clinical perspective. Acta Pyschiatr Scand 2003;(Suppl;417):85-94.

39. Belzung C, Griebel G.Measuring normal and pathological anxiety-like behaviour in mice: A review. Behavioural Brain Research 2001;125(1-2):141-149.

40. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. 2. bs. Ankara: Mattek Matbaacılık; 2010.

41. Yıldız D. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi (tez). Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

42. Özmenler NK. Travma sonrası stres bozukluğu. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S (Editörler). İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: HYB; 2007. s.353-359.

43. Kessler RC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-ıv disorders in the national comorbidity survey replication. Archives of General Psychiatry 2005;(62):593-602.

44. Alonso J, Lépine JP, ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the european study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). J Clin Psychiatry 2007;68(suppl 2):3-9.

45. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin Neurosci. 2015;17(3):327-35.

46. Dilbaz N. Geriatrik hastalarda anksiyete bozuklukları ve tedavisi. Akademik Geriatri Kongresi; 26-30 Mayıs 2010; Gazimağusa, KKTC.

47. Munafo MR, Stevenson J. Anxiety and surgical recovery. Reinterpreting the Literature. Journal of Psychosomatic Research 2001;(51):589-596.

48. Thompson W, Gordon N, Pescatello LS. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 8th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams&Wilkins; 2009. p.253-5.

49. Ardıç F. Egzersiz reçetesi. Türk Fiz Tıp Rehab. Derg. 2014;(60):1-8.

50. Howley ET. Type of activity: resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity. Med. Sci. Sport. Exerc. 2001;(33):364-369.

51. Koçak FÜ, Özkan F. Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences 2010;2(1):46-54.

52. Peluso MA, Guerra de Andrade LH. Physical activity and mental health: The association between exercise and mood. CLINICS 2005;60(1):61-70.

53. Heyward VH. Advanced fitness assessment and exercise prescription. 5th ed. USA: Human Kinetics 2006. p.1-5.

54. Tekin G, Amman MT, Tekin A. Serbest zamanlarda yapılan fiziksel aktivitenin üniversite öğrencilerinin depresyon ve atılganlık düzeylerine etkisi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009;6(2):148-159.

55. Mammen G, Faulkner G. Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies. Am J Prev Med 2013;45:649-657.

56. Bulut S. Sağlıkta sosyal bir belirleyici: Fiziksel aktivite. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2013.s.205-214.

57. Leppämäki SJ, Partonen TT, Hurme J, Haukka JK, Lönnqvist JK. Randomized trial of the efficacy of bright-light exposure and aerobic exercise on depressive symptoms and serum lipids. The Journal of clinical psychiatry 2002;63(4):316-21.

58. Nabkasorn C, Miyai N, Sootmongkol A, Junprasert S, Yamamoto H, Arita M et al. Effects of physical exercise on depression, neuroendocrinestress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. Eur J Public Health 2005;16:179–84.

59. Özüdoğru A. 8-10 yaş grubu amatör sporcu çocuklarda günlük fiziksel aktivitenin motor performansa etkisi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

60. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;15(3):219-224.

61. Lök S, Lök N. Demansta fiziksel aktivite ve egzersiz. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015; 7(3):289-294.

62. Lök S, Lök N. Kronik psikiyatri hastalarına uygulanan fiziksel egsersiz programlarının etkinliği: sistematik derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2016;8(4):354-366.

63. Ayoğlu T. Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

64. Erdil F, Elbaş. Cerrahi hastalıkları hemşireliği. 4. Baskı. Ankara: Tasarım Ofset; 2001. s.97-136.

65. Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G, Doğan O. Ameliyat olan ve olmayan kronik periferik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeyleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001;2(4):213-221.

66. Böncü M, Aydemir Ö. Akciğer kanserli olgularda anksiyete ve depresyon şiddeti. Akciğer Arşivi 2001;3:112-115.

67. Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;3(2):36-45.

68. Coşkun H, Akbayrak N. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5(2):63-68.

69. Güneş P. Açık kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2001.

70. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Coşkun İ, Dramalı A. Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6(1):14-23.

71. Akkaş Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2001;(1):23-29.

72. Carmichael JM, Agre P. Preferances in surgicial waiting area amenities. Association Of Perioperative Registered Nurses Journal 2002;75(6):1077-1083.

73. Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. 7. bs. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2005.

74. Albayrak N, Erkal S, Ançel G, Albayrak A. Hemşirelik bakım planları. Ankara: Alternatif Yayıncılık; 2007.

75. Turhan Y. Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnunyeti ile ilişkisi (tez). Adana: Çukurova üniversitesi tıp fakültesi; 2007.

76. Çetinkaya F. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2008.

77. Pignay-Demaria V, Lespérance F, Demaria RG et al. Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. Ann Thorac Surg 2003;75:314-21.

78. Keleş TG, Toprak V, Topaloğlu K, Tok D. Pediyatrik günübirlik cerrahide ebeveynlerin postoperatif dönem hakkındaki endişelerinin değerlendirilmesi. Anestezi Dergisi 2005;13(2):111-115.

79. Navarro-García MA, Marín-Fernández B, de Carlos-Alegre V et al. Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: Risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. Rev Esp Cardiol 2011;64:1005-10.

80. Mitchell M. Anxiety management: A distinct nursing role in day surgery. Ambulatory Surgery 2000;8(3):119-127.

81. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto C, Adamatti Let al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. Acta Anaesthesiol Scand 2001;45:298-307.

82. Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and ınformation scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. Canadian Journal Anaesthesia 2002;49(8):792-798.

83. Özberksoy A. Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyleri üzerine etkisi (tez).İzmir: Ege Üniversitesi; 2006.

84. Ala S. Tiroidektomi ameliyatı öncesi hemşirenin bilgilendirici rolünün hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeyine etkisi (tez). Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2007.

85. Varol S, Özbayır T. Sedatif müziğin preoperatif kaygı düzeyine intraoperatif kan basıncı ve nabız parametrelerine etkisi.Hemşirelik Formu Ameliyathane Özel Sayısı 2000;3(6):15-18.

86. Kayhan C. Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2003.

87. Uyer M. Postoperatif ağrı. Ulusal Cerrahi Kongresi.Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı s.115-130, 2002.

88. Mac Lellan K. Management of pain: A Pratical Approach for Health Care. Wigens L (Ed.). Nelson Thornes Ltd. United Kingdom; 2006.

89. Erdine S. Ağrı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2000. s.101-103.

90. Gregory J. Pain management and orthopaedic care. Kneale J, Davis P (Eds.). Orthopaedic and trauma nursing. Churchill Livingstone: Philadelphia; 2005. p.164-140.

91. Ayoğlu T, Akyolcu N. Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz- etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisi. 19. Ulusal Cerrahi, 14. Ulusal Cerrahi hemşireliği Kongresi Sözlü Bildiri; Antalya, Nisan 2014.

92. Rosén IH, Bergh HI, Odén A et al. Patients´ experiences of pain following day surgery - At 48 hours, seven days and three Months. Open Nurs J 2011;5:52-9.

93. Vaajoki A, Pietilä AM, Kankkunen P et al. Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention. J Clin Nurs 2012;21:708-17.

94. Özyuvacı E, Altan A, Yücel A. Postoperatif ağrı tedavisi. Sendrom 2003;(15)8:83-92.

95. Doering BG. Postoperatif ağrı ve psikolojik faktörler. Doktor Dergisi 2009;51:94-6.

96. Güz H, Doğanay Z. Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. Nöropsikiyatri Arşivi 2003; 40: 36-9

97. Gündöndü D. Ameliyat sonrası yoğun bakıma alınan hastalarda ağrı yönetimi ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişki (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

98. Ploghaus A, Narain C, Beckmann CF et al. Exacerbation of pain by anxiety is associated with activity in a hippocampal network. J Neurosci 2001;21:9896-9903.

99. Black IM, Howks H, Knee AM. Medical surgical nursing. 6th Ed. Philadelphia: Saunders Company; 2001. s.461-506.

100. Adams N, Field L. Pain management: Psychological and social aspects of pain. British Journal of Nursing. 2001; 10(14):903-911.

101. Birol L. Hemşirelik süreci. 4. Baskı. İzmir: Bozkaya Matbaacılık; 2000.

102. Eti Aslan F. Ağrı doğası ve kontrolü. 1. Basım. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık; 2006.

103. Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Dergisi 2008;14: 53-58.

104. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve hemşirelik Bakımı. 3. bs. Ankara: Sistem Ofset; 2005.

105. Köşgeroğlu N, İlhan H. Çocuk, cerrahi ve aile. Hemşirelik Formu 2000;3(1):35-38.

106. Bayraktar N, Bulut HD. Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi 2000;3:34-8.

107. Walker JA. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction. Br J Nurs. 2007;16:27-32.

108. Dönmez YC, Özbayır T. Kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalası (good perioperative of nursing care scale)' nın Türk hemşire ve hastaları için geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;24:1-25.

109. Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfort NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. Br J Anaesth 2010;104:369-74.

110. Gräwe JS, Mirow L, Bouchard R, Lindig M. İmpact of preoperative patient education on postoperative pain in consideration of the ındividual coping style. Schmerz 2010;24:575-86.

111. Selimen D, Andsoy II.The Importance of a Holistic Approach during the Perioperative Period. AORN Journal. 2011;93(4):482-7.

112. Karakula S, Özgür G. Koroner bypass ameliyatı geçiren hastalarda bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerine etkisinin incelenmesi. VI. Ulusal Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kongresi Özet Kitabı, Antalya, 2000.

113. Appleyared ME, Gavaghan SR, Gonzalez C et al. Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care unit. Critical Care Nurse 2000;20:40-8.

114. Avşar G, Kaşıkcı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12:67-73.

115. Gürlek Ö. Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16:8-15.

116. Buldukoğlu K, Doğan S, Kum N, Öz F, Özaltın G, Özcan A ve ark. Anksiyete somatoform ve disosyatif bozukluklar. S. Doğan (Haz.). Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: BİRMAT Matbaacılık; 2000. s.132-157.

117. Branson JJ, Goldstein WM. Primary total hip arthroplasty. Home study program. AORN Journal 2003;78(6):946-974.

118. Altizer L. Patient education for total hip or knee replacement. Orthopaedicia Nursing 2004;23(4):283-288.

119. Eti Aslan F. Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12:104-113.

120. Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. Gülhane Tıp Dergisi 2002;44(4):475-479.

121. Astarcıoğlu H. Ameliyat sonrası bakım. Terzi C (Editör).İçinde: Probleme dayalı öğrenim yaklaşımıyla temel cerrahi bilimler. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları; 2002.

122. Aktan Ö. Ameliyat sonrası bakım. Sayek İ. (Editör). İçinde: Temel cerrahi.Ankara: Güneş Kitabevi; 2004.

123. Perme C, Chandrashekar R. Early mobility and walking program for patients in intensive care units: Creating a standard of care. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2009;18:212-221.

124. Türk G, Eşer İ. Ortostatik hipotansiyonun önlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;11(1):32-36.

125. Yolcu S, Akın S, Durna Z. Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016;13(2):129-138.

126. Forhan M, Gill SV. Obesity functional mobility and quality of life. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 2013 Apr;27(2):129-37.

127. Clini E, Ambrosino N. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. Respiratory Medicine 2005;99:1096-1104.

128. Atilla T. Ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncı değerlerine etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.

129. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz M, Çertuğ. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety ınventory test ile karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim 2013;41:44-9.

130. Gökgündüz Ö. Koroner anjiografi uygulanacak hastalara verilecek eğitimin kaygı düzeylerine etkisi (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2005.

131. Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi 2011; 7: 11-6.

132. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. Klinik Psikiyatri 2007;10(Ek 6):3-10.

133. Güz H, Yaman MA, Dilbaz N. Fiziksel hastalığı olan yaşlılarda depresyon ve diğer psikiyatrik belirtiler. Türkiye'de Psikiyatri 2007;9(1):44-49.

134. Kindler CH, Harms C, Amsler F et al. The visual analog scale allows effective measurement of pre-operative anxiety and detection of patient's anesthetic concerns. Anesth Analg 2000;90:706-712.

135. Okanlı A, Özer N, Akyıl R ve ark. Cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir, 7-10 Eylül 2005.

136. Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Hastanede yatan hastalarda uyku, anksiyete ve depresyon. 3. Uluslararası, 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir, 2005.

137. Romanik W, Kański A, Soluch P, Szymańska O. Preoperative anxiety assessed by questionnaires and patient declarations. Anestezjol Intens Ter. 2009 Apr-Jun;41(2):94-9.

138. Kayahan M. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin belirlenmesi (tez). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.

139. Bahar A, Taşdemir HS. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(2):9-17.

140. Yılmaz Y, Durmaz K, İnal Yılmaz F, Daşkaya H, Çiftçi, Toptaş M ve ark. Septoplasti operasyonlarında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacına etkisi. Dicle Tıp Dergisi 2014;41(2):288-293.

141. Ip HY, Abrishami A, Peng PW et al. Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. Anesthesiology 2009;111:657-677.

142. Sidar A, Dedeli Ö,İşkesen A. Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distresi: Ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. Yoğun Bakım Derg 2013;4:1-8.

143. Puntillo KA, Benner P, Drought T et al. End-of-life issues in intensive care units: A national random survey of nurses knowledge and beliefs. American journal of critical care 2001;10(4):216-229.

144. Bloodworth D, Cavillo O, Smith K, Grabois M. Chronic pain syndromes: Evaluation and treatment. In: Braddom RL (Ed.). Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2000. p.913-33.

145. Nikolajsen L, Finnerup NB, Kramp S, Vimtrup AS, Keller J, Jensen TS.A randomized study of the effects of gabapentin on postamputation pain. Anesthesiology.2006 Nov;105(5):1008-15.

146. Yel P. Koroner angiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

147. Aytur T. Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hasta bakım sonuçlarına etkisi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001.

148. Çelik Oyur G, Dayılar H, Terzi K, Kamer E. Cerrahi sonrası hastaların erken mobilizasyonuna etki eden faktörler.İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi; 2015. http://www.abstractagent.com/av2/afpr.asp?pdir=2016uck&plng=tur&au=1340&afu=176 6880 Erişim tarihi: 20.08.2019

149. Mc Cool WF, Packman J, Zwerling A. Obstetric anesthesia: changes and choices. J Midwifery Women's Health 2004; 49: 505-13.

150. Hawkins JL. Anesthesia related maternal mortality. Clin Obstet Gynecol 2003; 46: 679-87.

151. Agarwal A, Kishore K. Complications and contraversies of regional aneaesthesia: a review. Indian J Anaesth 2009;53(5):545-53.

152. Apfel CC, Saxena A, Çakmakkaya OS et al. Prevention of postdural puncture headache after accidental dural puncture: a quantitative systematic review. Br J Anaesth 2010;105(3):255-63.

153. Doğru S, Kaya Z, Doğru Yılmaz H. Spinal anestezi komplikasyonları. Journal of Contemporary Medicine 2012;2(2):127-134.

154. Saraçoğlu T. Transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi yapılan hastalarda işlem öncesi bekleme süresi ve kaygı düzeyinin ağrı algısı üzerine etkisi (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2008.

155. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ ve ark. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2010;18(3):177-182.

156. Yamakawa K, Tsai CK, Haig AJ, Minner JA, Harris MJ. Relationship between ambulation and obesity in older persons with and without low back pain. International Journal of Obesity 2004;28:137–143.

157. Vincent HK, Lamb KM, Day TI, Tillman SM, Vincent KR, George SZ. Morbid obesity ıs associated with fear of movementand lower quality of life in patients with kneepain-related diagnoses. PM R. 2010 Aug;2(8):713-22.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Risk derecesine göre cerrahi girişim türleri…….4
Tablo 2. Aciliyet durumuna göre cerrahi girişim türleri…….4-5
Tablo 3. Amacına göre cerrahi girişim türleri……....5
Tablo 4. Kapsamına göre cerrahi girişim türleri……....6
Tablo 5. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı…….…..25
Tablo 6. Hastaların cerrahi girişime ilişkin özelliklerinin dağılımı……..26
Tablo 7. Hastaların ilk ve ikinci gün herhangi bir mobilizasyonda ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı ve karşılaştırılması …….27
Tablo 8. Hastaların ilk mobilizasyon öncesi durumluk kaygı ölçeği ile ilk mobilizasyon sonrası hasta ve gözlemci hareketlilik ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki …….28
Tablo 9. Hastaların ikinci gün herhangi bir mobilizasyon öncesi durumluk kaygı ile ikinci gün herhangi bir mobilizasyon sonrası hasta ve gözlemci hareketlilik ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki ……...……29
Tablo 10. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması…….30
Tablo 11. Hastaların cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması ……..……31-32
Tablo 12. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması…….…….33-34
Tablo 13. Hastaların cerrahi girişime ilişkin özellikleri ile hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması……35-36
Tablo 14. Hastaların yaş ve beden kitle indeksleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki……...39

ÖZGEÇMİŞ

Elif Dilara KOÇ, 1990 yılında Çanakkale'de doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Çanakkale' de tamamlamıştır. 2012 yılında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur.

2012 yılında İstanbul Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde hemşire olarak çalışmaya başlamıştır. 2014 yılında Babaeski Devlet Hastanesi'ne hemşire olarak atanmıştır ve halen Acil serviste görevini sürdürmektedir.

EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Ek 2. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ)-(Kendini (Öz) Değerlendirme Anketi)

Ek 3. Hasta Hareketlilik Ölçeği (HHÖ)

Ek 4. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (GHÖ)

Ek 5. Etik Kurul İzni

Ek 6. TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kırklareli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni

Ek 7. Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Kullanım İzni

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN KAYGI VE HAREKETLİLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma"Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Kaygı ve Hareketlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörleri" belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada katılımınız gönüllülük esasına dayalı olup, kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışma size herhangi bir mali yük getirmemektedir ve çalışmada herhangi bir girişim uygulanmayacaktır. Doğru ve samimi yanıtlarınız doğrultusunda araştırmamız geçerli ve güvenilir olacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Elif Dilara KOÇ
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:…….

2. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Medeni durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar

4. Öğrenim durumunuz: ( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite

5. Daha önce hastaneye yatış: ( ) Var ( ) Yok

6. Daha önce ameliyat oldunuz mu? ( ) Evet ( ) Hayır

7. Boyunuz:……cm Kilonuz:……kg

8. Kronik bir hastalığınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

9. Anestezi türü: ( ) Genel ( ) Spinal

10. Analjezik alma durumu: ( ) Evet ( ) Hayır

11. Dren ( ) Var ( ) Yok

12. İdrar sondası ( ) Var ( ) Yok

13. Ameliyat tipi ( ) Elektif ( ) Acil ( ) Çok acil

Ek 2.Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ)

KENDİNİ (ÖZ) DEĞERLENDİRME ANKETİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
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. Hasta Hareketlilik Ölçeği (HHÖ)

HASTA HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ

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

Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme:
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa döndüğünüzde, ne kadar ağrı hissettiniz?

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

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

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

Yatak Kenarında Oturma:
Yatak kenarında oturduğunuzda ne kadar ağrı hissettiniz?

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

Yatak kenarında oturmak sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:
Yatak kenarında, ayağa kalktığınızda ne kadar ağrı hissettiniz?

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

Yatak kenarında, ayağa kalkmak sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

Hasta Odasında Yürüme:
Odada yürüdüğünüzde ne kadar ağrı hissettiniz?

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

Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu

Ek 4. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (GHÖ)

GÖZLEMCİ HAREKETLİLİK ÖLÇEĞİ

Ameliyat Sonrası…….Gün
Gözlem zamanı:……
Kullanım yönergesi:

1. Tüm bölümlere ilişkin gözlemler, aşağıdakiler gerçekleştirildikten sonra doldurulur:
    a) Ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma ve
    b) Ameliyat sonrası ikinci günde ayağa kalkma (herhangi bir zamanda)
2. Lütfen, gözlenen yeterliliği en iyi yansıtan sayıyı ilgili ölçek üzerindeki sayıyı işaretleyerek belirtiniz.

Yatak İçinde Bir Taraftan Diğer Tarafa Dönme:

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

Yatak Kenarında Oturma:

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

Yatak Kenarında Ayağa Kalkma:

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

Hasta Odasında Yürüme:

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

Ek 5. Etik Kurul İzni

T.C. TRAKYAÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2015/206	
	PROTOKOL ADI	Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Kaygı ve Hareketlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 23/02**	**Tarih:23.12.2015**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Elif Dilara KOÇ'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeret-li
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeret-li
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeret-li
Avukat Bakı KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E☐ H☒	E☒ H☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 6. TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kırklareli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni

KIRKLARELİ İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - KIRKLARELİ İLİ KHBGS İNSAN KAYNAKLARI BİRİMİ
10/02/2016 15:19 - 82030386 - 663.08 - E.554
00019030578

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kırklareli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 82030386/663.08
Konu : Elif Dilara KOÇ Araştırma İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Elif Dilara KOÇ, 15/01/2016 tarihli dilekçesi ile Birliğimize bağlı Babaeski Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde "Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Kaygı ve Hareketlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler" isimli anket çalışması yapmak istediğini belirtmiştir.

Anket uygulamasının hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, söz konusu araştırma sonucunun Genel Sekreterliğimizce değerlendirilip onaylandıktan sonra kullanılması kaydıyla gerekli iznin verilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Hüseyin ASLAN
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
.../.../2016
Dr.Fergan GENÇ
Genel Sekreter

Karakaş Mah. Hastane Cad. No:9 KIRKLARELİ
İrtibat: Aysun DEMİRKIRAN (0288)2120120 Dahili: 211

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden b6d7b9bd-6d89-4020-8676-c8556d8f8349 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 405b4df2-947a-4972-acc2-5b3aed84a523 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 7. Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Kullanım İzni

Gönderen: **tuluha ayoğlu** <tuluha@gmail.com>
Date: 23 Haz 2015 Sal, 14:38
Subject: Re: hasta hareketlilik ve gözlemci hareketlilik ölçekleri için izin yazısı
To: elif dilara koç <elifdilarakoc@hotmail.com>

Merhaba Elif,

Geçerlik ve Güvenirliğini yapmış olduğum "Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik" ölçeklerini tezinde kullanman için izin veriyor ve şimdiden başarılar diliyorum. Kaynak olması için tezimin PDF versiyonunu gönderiyorum. Sevgiler...

23 06 2015 tarihinde elif dilara koç <elifdilarakoc@hotmail.com> yazmış:
> SAYIN HOCAM;
>
>
> Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde
> Hemşirelik
> Esasları Anabilim dalında yüksek lisans yapmaktayım. Hasta Hareketlilik
> Ölçeği ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ile ilgili daha önce Eylem
> hocamla
> görüşmüştünüz. Hocam ölçekleri kullanacağımız için sizden izin yazısı
> rica
> edecektim. Ayrıca tezinize YÖK' ten ulaşamadım örneklem hesabı için
> tezinizi kaynak olarak
> göndermeniz mümkün mü? Teşekkür ederim.