T.C
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ERKEN AYAĞA KALDIRMADA REHBER KULLANIMININ BAĞIRSAK HAREKETİ, HEMODİNAMİ, KONFOR VE YORGUNLUK DÜZEYİNE ETKİSİ

RAHİME GÖZÜKÜÇÜK

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2021

T.C
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ERKEN AYAĞA KALDIRMADA REHBER KULLANIMININ BAĞIRSAK HAREKETİ, HEMODİNAMİ, KONFOR VE YORGUNLUK DÜZEYİNE ETKİSİ

RAHİME GÖZÜKÜÇÜK

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2021

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Ayağa Kaldırmada Rehber Kullanımının Bağırsak Hareketi, Hemodinami, Konfor ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlandırılmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını, yararlanılan eserlerin kaynaklar listesine alındığını, tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışın olmadığını belirtir ve beyan ederim.

Rahime GÖZÜKÜÇÜK

… …./…/2021

İTHAF

Annem’e, Babam’a, Eşim’e ve Covid- 19 salgını nedeniyle hayatını kaybeden tüm meslektaşlarım ve sağlık çalışanlarına ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince ve araştırma konumun seçilmesi, yürütülmesi ve sonuçlanmasına kadar her aşamada hem yol gösteren hem de çalışmalarımda beni yüreklendiren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sennur Kula ŞAHİN'e, ayrıca yüksek lisans eğitim süresince bilgilerini bizden esirgemeyen Prof. Dr. Neriman AKYOLCU'ya, Yüksek lisans eğitimi konusunda beni cesaretlendiren sorumlu hemşirem Tülay BAŞPINAR'a ve ışığında aydınlandığım tüm hocalarıma,

Desteklerini, yardımlarını ve sevgilerini biran olsun benden esirgemeyen dostlarıma, bu süreçte beraber yürüdüğüm, düştüğüm ve birlikte gülerek kalktığım yol arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında yanımda olan, varlıklarıyla varlığımı güzelleştiren canım annem, babam, eşim ve abime de,

Teşekkür ederim.

Rahime GÖZÜKÜÇÜK

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYANI I
İTHAF II
TEŞEKKÜR III
İÇİNDEKİLER IV
TABLOLAR LİSTESİ VI
ŞEKİLLER LİSTESİ VII
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ VIII
ÖZET IX
ABSTRACT X
GİRİŞ 1
1. GENEL BİLGİLER 3
1.1. Yoğun Bakımın Tanımı ve Amacı 3
1.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Basamakları 3
1.2.1. Birinci Basamak Yoğun Bakım Üniteleri 3
1.2.2. İkinci Basamak Yoğun Bakım Üniteleri 3
1.2.3. Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Üniteleri 4
1.3. Yoğun Bakım Ünitesinin Özellikleri 4
1.4. Yoğun Bakım Ünitelerinde Klinik Yönetim Şekilleri 5
1.5. Yoğun Bakım Hemşiresi 7
1.6. Yoğun Bakım Unitesinde Erken Ayağa Kaldırmanın Önemi 9
1.7. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi 11
1.8. ERAS Protokollerinin Amacı ve Önemi 12
1.9. ERAS Protokolünde Erken Mobilizasyonun Önemi 15
1.10. ERAS Protokollerinin Uygulanmasında Hemşirelik 16
2. GEREÇ ve YÖNTEM 18

2.1. Araştırmanın Amacı ve Türü 18
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih 18
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 18
2.4. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi 18
2.5. Hastane Bünyesinde Uygulanan Prosedür 21
2.6. Erken Mobilizasyonda Rehber Kullanımı İşlem Basamakları 21
2.7. Veri Toplama ve Uygulama Süreci 22
2.8. Araştırmanın Etik Yönü 24
2.9. Çalışmanın Sınırlılıkları 25
2.10. İstatistiksel Değerlendirme 25
3. BULGULAR 26
4. TARTIŞMA 34
5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER 44
KAYNAKLAR 45
EKLER 67
Ek 1. Veri Toplama Formu 67
Ek 2. Hemodinamik Değerler 69
Ek 3. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği 70
Ek 4. Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ) 71
Ek 5. Mobilizasyon Sonrası VAS Yorgunluk Skalası 72
Ek 6. Yazılı Aydınlatılmış Onam Formu 73

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=50) 26
Tablo 3.2. Hastaların cerrahi girişim deneyimi, nazogastirik tüp, ostomi, gaz-gaita çıkışı deneyimi (n=50) 27
Tablo 3.3. Hastaların erken ayağa kaldırmanın gaz-gaita çıkışı ve mobilizasyon sürelerinin karşılaştırması (n=50) 28
Tablo 3.4. Hastaların mobilizasyon öncesi ve sonrası hemodinamik ölçüm değerlerinin ortalaması (n=50).....29
Tablo 3.5. Hastaların Gözlemci Hareket Ölçeği'ne göre gruplar arasındaki farklılıklaı (n=50).....30
Tablo 3.6. Hastaların Yatak İçi Skala Ve PKÖ Ölçeklerinin Skorlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi 30
Tablo 3.7. Hastaların Yorgunluk Skalası ve Perianestezi Konfor Ölçeği skorları 31
Tablo 3.8. Hastaların PKÖ skorları ile sürekli ölçüm ifadeler arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testi ile incelenmesi 32
Tablo 3.9. Hastaların Perianestezi Konfor Ölçeğini etkileyen faktörler.....32
Tablo 3.10. Hastaların VAS yorgunluk skoru ile değişkenler arasındaki ilişki (n=25).....33
Tablo 3.11. Deney grubunda VAS yorgunluk skalasını etkileyen faktörlerin incelenmesi (n=25) 34

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Veri toplama aşaması algoritmasına.....24
Şekil 3.1. Klinik tanı bulgularının gruplardaki dağılımının incelenmesi 27
Şekil 3.2. Hastaların gaz gaita çıkış zamanı, mobilizasyon ve ayağa kalkma zamanı süreleri (*<p 0.05).....29

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

AACN : Amerikan Association of Colleges of Nursing
DM : Diabetes Mellitus
DVT : Derin Ven Trombozu
ERAS : Hızlandırılmış İyileşme Protokolü
FTS : Hızlandırılmış Cerrahi Süreç
HT : Hipertansiyon
KDU : Kanıta Dayalı Hemşirelik
NICE : National Institute for Health and Care Excellence
PKÖ : Perianestezi Konfor Ölçeği
T.C. : Türkiye Cumhuriyeti
vd. : ve diğerleri
ve ark. : ve arkadaşları
WHO : Dünya Sağlık Örgütü
YBÜ : Yoğun Bakım Ünitesi

ÖZET

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ERKEN AYAĞA KALDIRMADA REHBER KULLANIMININ BAĞIRSAK HAREKETİ, HEMODİNAMİ, KONFOR VE YORGUNLUK DÜZEYİNE ETKİSİ

Rahime GÖZÜKÜÇÜK
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN

2021

Bu çalışma yoğun bakım ünitesine alınan hastalarda erken ayağa kaldırmanın bağırsak hareketi, hemodinami, konfor ve yorgunluk düzeyine etkisinin belirlemek, bakım kalitesini artırmak, klinisyenlere ve hemşirelere kanıt temelli veri sağlamak amacı ile yarı deneysel türde gerçekleştirildi. Çalışmanın örneklemi Adana ilinde bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesinde kolorektal cerrahi uygulanan 25 deney, 25 kontrol olmak üzere toplam 50 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında "Tanıtıcı Özellikler", "Hemodinamik Değerler", "Gözlemci Hareketlilik Ölçeği", "Perianestezi Konfor Ölçeği " ve mobilizasyon sonrası "Vizüel Yorgunluk Skalası" ölçekleri kullanıldı. Veriler ameliyat sonrası hastaların yaşam bulguları ve genel durumu iyi olduğu dönemde "Aşamalı Mobilizasyon Girişimleri Rehberi" kullanıldı. Çalışmada erken ayağa kaldırılan deney grubundaki hastaların gaz-gaita çıkışı, ayağa kalkma durumu, ameliyat sonrası gaz gaita çıkış zamanı kontrol grubuna göre daha düşük olmasına karşın anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p<0,05$). Ancak deney grubundaki hastalarda ameliyat sonrası mobilizasyon olma durumları ($p<0,001$), yatak içinde bir taraf total skoru ($p=0,022$), diğer tarafa dönme ($p=0,042$) ve ayağa kalma ($p=0,018$) skorları kontrol grubuna göre daha düşük olduğu gözlendi ($p<0,05$). Erken mobilizasyonun hastaların hemodinami, konfor ve yorgunluk düzeyini etkilemediği belirlendi. Hastaların konfor düzeyini, hasta odasında yürüme ($\beta=14.535$) pozitif yönde etkilediği, nazogastrik tüp ($\beta=-40.574$) ve ameliyat sonrası konstipasyon gelişme durumu ($\beta=-17.455$) ise negatif yönde etkilediği saptandı ($p<0,05$). Çalışmada erken ayağa kaldırmada rehber kullanılan hastaların mobilizasyon olma durumları ve bağırsak hareketlerinin daha erken başladığı bulundu. Bu sonuçtan yola çıkarak erken ayağa kaldırmada rehber kullanımının hastaların iyileşme süresi, komplikasyon gelişim oranlarını azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Mobilizasyon, ameliyat sonrası, konfor, cerrahi girişim, hemodinami, yorgunluk, yoğun bakım

ABSTRACT

THE EFFECT OF USİNG GUİDE FOR EARLY STANDİNG İN THE SURGİAL INTENSİVE CARE UNİT ON BOWEL MOVEMENTS, HEMODYNAMİC MEASUREMENT, COMFORT AND FATİGUE LEVEL

Rahime GÖZÜKÜÇÜK
Department of Surgical Nursing
Supervisor: Dr. Sennur KULA ŞAHİN

2021

This study was carried out in a quasi-experimental type in order to determine the effect of early standing up on bowel movement, hemodynamics, comfort and fatigue level in patients admitted to the intensive care unit, to increase the quality of care, and to provide evidence-based data to clinicians and nurses. The sample of the study consisted of 50 patients, 25 experimental and 25 control, who underwent colorectal surgery in the intensive care unit of a university hospital in Adana. "Descriptive Characteristics", "Hemodynamic Values", "Observer Mobility Scale", "Perianesthesia Comfort Scale" and "Visual Fatigue Scale" after mobilization scales were used to collect data. The "Progressive Mobilization Interventions Guide" was used for the period when the vital signs and general condition of the patients were good after the surgery. In the study, although gas-stool output, standing up status, and post-operative gas-stool time of the patients in the experimental group who stood up early were lower than the control group, it was determined that there was no significant difference ($p<0.05$). However, postoperative mobilization status ($p<0.001$), one side total score in the bed ($p=0.022$), turning to the other side ($p=0.042$) and standing up ($p=0.018$) scores were lower in the experimental group than in the control group. observed ($p<0.05$). It was determined that it did not affect the hemodynamics, comfort and fatigue levels of the patients. It was found that walking in the patient room ($\beta=14.535$) positively affected the comfort level of the patients, while the nasogastric tube ($\beta=-40.574$) and postoperative constipation development status ($\beta=-17.455$) were the factors affecting negatively ($p<0.05$). In the study, it was found that the mobilization status and bowel movements of the patients who were used as guides in early standing up started earlier. Based on this result, it shows that the use of guides in early ambulation is effective in reducing the recovery time and complication rates of the patients.

Keywords: Mobilization, postoperative, comfort, surgical intervention, hemodynamics, fatigue, intensive care

GİRİŞ

Yoğun bakım ünitesine kritik hastalar veya travma geçiren hastalar kabul edilir (Browrt, 2009). Hastaların genel durumu ve yoğun bakım ünitesinde uzun süre hareketsiz kalmaya bağlı komplikasyon gelişme riski yüksektir (Udwadia, 2014). Yoğun bakım ünitesinde uzun süren hareketsizlik, mekanik ventilasyon ve sedasyona bağlı; eklem hareketliliği, kas güçsüzlüğü, basınç yarası, derin ven trombozu (DVT), taşikardi, postüral hipotansiyon, oksijen satürasyonunda düşme, solunum hacminde ve sekresyon birikiminden kaynaklanan atelektazi ve pnömoni gelişmektedir (Brower, 2009). Ayrıca hastalarda deliryum, depresyonu içeren psikolojik rahatsızlıklar da oluşmaktadır (Rochester, 2009). Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların deneyimlerini inceleyen çalışmalarda hareketsiz kalmaya bağlı fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların yaşam kalitesini ve konfor düzeyini etkilediği bildirilmektedir (Desai ve ark., 2011). Yine yoğun bakım hastalarında mobilizasyonun etkilerini araştıran başka bir çalışmada, mobilizasyon uygulamasının oksijenasyonu iyileştirdiği ve kardiyo-pulmoner parametrelerin yakından takip edilmesi koşuluyla güvenle uygulanabileceği gösterilmiştir (Çınar, 2018).

1899'da Ries, ameliyat sonrası dönemde yatak istirahatinin olumsuz etkilere yol açabileceğini, erken mobilizasyonla hastaların gün veya haftalar süren hastanede kalma süresinin saatlere kadar azalabileceğini belirtmektedir (Ries, 1899). Yine sonraki yıllarda farklı cerrahi girişim ve mekanik ventilasyona uygulanan hastalarda, postpartum dönemdeki kadınlarda olumlu benzer sonuçlar görülmüştür (Epstein ve Fleischer, 1927, (Burns ve Jones, 1975; Gfoss, 1972). Yapılan çalışmalar ve hastalarda gözlenen olumlu etkilere bağlı erken mobilizasyon, 19.yy başlarından itibaren terapötik rehabilitasyonun temelini oluşturmuştur (Hashem ve ark., 2016). Erken mobilizasyon, kritik hastalığı olan hastalara verilen fiziksel rehabilitasyonun erken uygulanması ve yoğunlaştırılması olarak tanımlanmaktadır (Hodgson ve ark, 2013). Yatakta hareketlilik aktiviteleri, hareket açıklığı egzersizleri, oturma, ayakta durma, transferler ve yürüme eğitimi gibi aktiviteleri içermektedir (Needham, 2008).

ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolleri, literatürde kanıta dayalı bakım bileşenlerinden oluşan kılavuzdur (Ljungqvist ve Hubner, 2018). ERAS protokolünün amacı; hastanın ameliyat öncesi dönemde fiziksel ve bilişsel olarak ameliyata hazırlayarak, cerrahi stresin azalmasını sağlayarak iyileşmenin

hızlandırmaktadır (Garmpis ve ark., 2019). ERAS protokolü kapsamında ameliyat olan hastaların ameliyat günü 2 saat, sonraki günlerde ise 6 saat yatak dışında kalması önerilmektedir (Tuna & Kurşun, 2018). Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda ERAS protokolünün uygulanması ile hastanede kalma süresinin azaldığı (Wijk ve ark., 2014; Chapman ve ark., 2016) belirtilmektedir. Arrick ve ark. (2019)'nın çalışmasında ERAS protokolü uygulanan ve uygulanmayan hastalarda komplikasyon gelişim oranları sırasıyla %11.2 ve %19.6 olarak saptanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO, 2017) sağlık hizmetlerinde kaliteyi geliştirmede kanıta dayalı bakım ve tedavinin kullanılmasını önermektedir. ERAS protokolünde yer alan uygulamaların perioperatif süreçteki bakımın kalitesi, komplikasyon gelişimine yönelik değerlendirme ve raporlandırma oldukça önemlidir (Daliya ve ark., 2020). Sağlık hizmetlerinde kanıt düzeyi yüksek birçok uygulamalar olmasına karşın en iyi uygulamanın seçiminde zorlanabilir. Cerrahi hemşireleri hasta sonuçlarını iyileştirmek amacı ile protokollerin seçimi, uygulanması ve raporlandırmasında kilit rolü vardır (Tezber ve ark., 2018). Ayrıca cerrahi girişim uygulanan hastalarda konforun sağlanması ve sürdürülmesi bakım amaçları arasında yer almaktadır. Ancak bu şekilde hasta kendini ferah, konforlu ve sorunların üstesinden gelebilecek gücü kendinde hissedebilir (Şahin & Rızalar, 2018; Kuguoğlu & Karabacak, 2008).

ERAS protokolünün içerisinde yer alan erken ayağa kaldırmanın hem hasta hem de diğer faktörler üzerindeki olumlu sonuçları görülmüş olsa da literatürde ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde erken ayağa kaldırmanın bağırsak hareketi, hemodinami, konfor ve yorgunluk düzeyine etkisini inceleyen çalışmaların çok sınırlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle yoğun bakım ünitesine alınan hastada erken ayağa kaldırmanın bağırsak hareketi, hemodinami, konfor ve yorgunluk düzeyine etkisinin belirlenmesinde öncelikle hastanın bakım kalitesini artırması, klinisyenlere ve hemşirelere kanıt temelli veri sağlaması açısından planlandı ve gerçekleştirildi.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Yoğun Bakımın Tanımı ve Amacı

Yoğun bakım ünitelerinde yoğun bakıma gereksinimi olan hastalara tedavi ve bakım uygulanmaktadır. Yoğun bakım üniteleri ileri teknoloji ve karmaşık biyomedikal cihazların kullanıldığı, yaşamsal bulgularının 24 saat sürekli izlendiği, bilgi donanımının ve iyi bir performansın ortaya konduğu, multidisipliner ekip çalışmasının gerekli olduğu özelleşmiş alanlardır (Sarsılmaz, 2011). Yoğun bakımın amacı; organ yetmezliği ya da ciddi fonksiyon bozukluğu gelişen hasta bireylerde, hastalığa neden olan etmenlerin belirlenip, tedavi edilinceye kadar geçen zamanda yaşamsal fonksiyonların korunmasını ve gerektiğinde fonksiyon bozukluğu veya yetmezlik gelişen organın fonksiyonunu başka bir şekilde devam etmesini sağlamaktır (Akdemir, 2013).

Bu ünitelerde, solunum ve dolaşımı destekleyen tedavilerin uygulanabilmesi için gerekli olan farklı tıbbi cihaz ve donanımlar bulunmaktadır. Yoğun bakım hastalarının yaşam bulguları sürekli olarak monitörizasyon ile takip edilmektedir. Kalp ya da solunum durması halinde resüsitasyon uygulaması yapılabilmekte, defibrilatör ve acil gerekli ilaçlar her an hazır konumda bulunmaktadır. Ayrıca hastanın gereksinimine göre endotrakeal entübasyon da yapılabilmektedir (Göçmen Avcı ve ark., 2013; Hatipoğlu, 2002).

1.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Basamakları

1.2.1. Birinci Basamak Yoğun Bakım Üniteleri

Temel monitör izleminin (EKG, ritm takibi, nabız, kan basıncı, ateş), kan ve sıvı replasmanının yapıldığı, henüz oksijen gereksinimi olmayan ve organ yetmezliği oluşmamış ancak yakın takibi gereken hastalar birinci basamak YBÜ'lerine kabul edilirler ve gerekli durumlarda hastalar ikinci ve üçüncü basamak YBÜ'ne sevk edilirler. Bu ünitelerde 24 saat doktor gözetimi yoktur ve tam gün çalışan yoğun bakım uzmanı bulunmamaktadır (Berber, 2019; Kara, 2019; Şahin, 2018; Yurtseven, 2019).

1.2.2. İkinci Basamak Yoğun Bakım Üniteleri

Birinci basamak yoğun bakım ünitesine göre ileri monitörizasyon gerektiren hastaların kabul edildiği ünitelerdir. Solunum desteğine gereksinimi olan, organ

yetmezliği bulunan ve bu nedenle destek tedaviye ihtiyaç duyan hastalar bu bölümlerde izlenmektedir. Bu ünitelerde uzman hekim bulunur ancak doktor gözetimi yirmi dört saat değildir. (Kara, 2019; Şahin, 2018; Yurtseven, 2019).

1.2.3. Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Üniteleri

Birinci ve ikinci basamak yoğun bakım hastalarından farklı olarak altta yatan hastalık özelliklerine göre (beyin cerrahisi, göğüs cerrahisi, kardiyovasküler cerrahi) mortalite riski fazla olan, prognozu kötü olan, çoklu organ yetmezliği gelişen hastaların tedavi ve takip edildiği ve birçok destek tedavinin bir arada verildiği ünitelerdir. Yoğun bakım uzmanlarının 24 saat hizmet verdiği servislerdir (Kara, 2019; Şahin, 2018; Yurtseven, 2019).

1.3. Yoğun Bakım Ünitesinin Özellikleri

Yoğun bakım üniteleri, hastaların devamlı gözetim ve takibine uygun olacak şekilde, merkezi konumda bir yerde olmalıdır. Bu şekildeki bir düzenleme ile hemşirelik bakım hizmetlerinin kalitesi ve hastanın güvenliği artmaktadır (Şahin, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2011). Bu bakımdan Merkezi konum ve hemşirelik bakım hizmetlerinin kalite ve hasta güvenliği arasında doğrusal bir ilişki olduğu söylenebilir. Ünite; sağlık tesisindeki diğer bölümlerden, hastane personeli, hasta ve ziyaretçi genel kullanım bölümlerinden ayrı, öncelikle ameliyathane, görüntüleme birimleri, asansör, laboratuar ve acil servise yakın olacak şekilde planlanmalıdır. Giriş çıkışlar, personel odaları, hasta odaları, hasta yatakları ve cihazları acil müdahale için uygun şekilde ve konumda tasarlanmalı ve düzenlenmelidir. Steril malzeme desteği sağlanmalı, infeksiyon kontrolü yapılmalıdır (Adsay, 2015; Berber, 2019; Tezcan Karadeniz ve Kanan, 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2011). Zemin kaplamalarında kullanılan malzemeler bakımı ve temizliği kolay olan, ağır materyallerin ve malzemelerin taşınmasını ya da yuvarlanmasını kolaylaştıran, dayanıklı, antimikrobiyal ve antibakteriyal özellikte olmalıdır.

Yoğun bakım servislerinin izolasyon odaları da içinde olacak şekilde akustik ve gürültüyü önleyecek, arka plan gürültünün en az seviyede olacak şekilde planlanması

gerekir. Kapılar otomatik olarak açılıp kapanabilen, kapandığında aralık kalmayacak şekilde olmalıdır. Merkezi havalandırma sistemi bulunan farklı düzeydeki yoğun bakım ünitelerinde pencerelerin açılabilir özellikte olmaması şartıyla hastaların bulunduğu alanların gün ışığı alması sağlanmalı ve servis ışıklandırılmasına dikkat edilmelidir (Tezcan Karadeniz ve Kanan, 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2011). Yoğun bakım servislerinde pencere bulunuyorsa; hastaların, monitör ve ekranların, damar içi uygulanan sıvıların gün ışığını doğrudan görmemesi gerekir. Hastaların mahremiyetinin korunmasını sağlamak için de gerekli tedbirler alınmalıdır. Yoğun bakım servislerinde yatak sayısı 10'dan fazla ise 6 ile 10 yataktan oluşan birden fazla birime ayrılmalıdır. Destek alanları dışında, iki yatak arasındaki mesafenin en az 150 cm ve her bir yatak için en az 12 m^2 yer olmalıdır. Birinci basamak yoğun bakımlarda gün içinde, serviste yatak sayısının doluluk durumuna uygun olacak şekilde 5 yatağa kadar, bir hemşire/sağlık memuru, ikinci basamak yoğun bakımlarda 3 yatak için en az bir hemşire/sağlık memuru, üçüncü basamak yoğun bakımlarda ise her 2 yatak için bir hemşire/sağlık memuru görevlendirilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2011).

1.4. Yoğun Bakım Ünitelerinde Klinik Yönetim Şekilleri

Yoğun bakım üniteleri klinik yönetim şekline göre de sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre (Sağlık Bakanlığı, 2016; Önder ve Önder, 2013; Hemşirelik Hizmetleri, 2016);

- *Açık Yoğun Bakım Ünitesi:* Giriş ve çıkışlar kontrollü değildir ve enfeksiyon önlemleri katı değildir,
- *Yarı Açık Yoğun Bakım Ünitesi:* Giriş ve çıkışlar kontrol altındadır ancak diğer birimlerden de çalışanların girebilmesi nedeniyle enfeksiyon yönünden riski olan birimlerdir.
- *Kapalı Yoğun Bakım Ünitesi:* Giriş çıkışlar denetim altında olup diğer birimlerde çalışanların girmeleri yasaktır. Enfeksiyon kontrolünün sağlanması ve önlenmesi yönünden olanakları uygundur.

- *Ara Yoğun Bakım Ünitesi:* Yoğun bakımda tedavisi gerekli olmayan ancak klinikte de takip edilemeyecek durumda olup yakın takip gerektiren hastaların tedavisinin sağlandığı alanlardır.

Yoğun bakımlarda diğer bir sınıflandırma ise, yoğun bakımların fonksiyonlarına göre yapılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre (Vatansever, 2004; Önder ve Önder, 2013);

- *Cerrahi Yoğun Bakım:* Ciddi travma, ameliyat öncesi ve sonrası yaşamı tehlikede olan hastaların yakından takip ve tedavisinin yapıldığı birimlerdir. Yaşamsal fonksiyonlarda gelişebilecek değişikliklere anında müdahale yapılmaktadır. Bu yoğun bakımların ameliyathaneye yakın olmaları gerekmektedir. Ayrıca bu ünitede gerekli ortam sağlanarak bazı cerrahi girişimler (trakeostomi açılması, PEG takılması vb.) de yapılabilmektedir.
- *Beyin ve Sinir Cerrahi (Nöroşirurji) Yoğun Bakım:* Kafa travmaları, omurilik yaralanmaları, beyin kanaması ve beyin damarı tıkanıklığı gibi nedenlerle cerrahi müdahale yapılmış olan hastaların takip ve tedavisinin yapıldığı yerlerdir. Burada, beyin cerrahi ameliyatı sonrası hastada bilinç durumu değişiklikleri görülebilmekte; bu değişiklikler anında fark edilerek gerekli girişimler yapılmaktadır.
- *Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım:* Kalp ve damar cerrahi ameliyatı geçirmiş olan hastaların durumlarının yakından takip edildiği, tedavisi ve bakımının yapıldığı birimler olup herhangi bir durum gelişmesi halinde zamanında müdahale olanağı sağlanmaktadır.
- *Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım:* Bu birimde solunum, dolaşım, böbrek yetmezlikleri ve ağır biyokimyasal bozuklukların takip ve tedavisi sağlanmaktadır. Meydana gelen değişikliklerde uygun ve zamanında müdahale edilmektedir. Ayrıca anestezi uygulamasıyla birlikte cerrahi girişimlerde uygun imkanlar da sağlamaktadır.
- *Yanık Yoğun Bakım:* Ağır yanık hastaların takip ve tedavisinin uygulandığı birimlerdir.
- *Acil Cerrahi Yoğun Bakım:* Trafik kazaları, düşmeler ve yaralanmalar sonucunda acile getirilen ve yoğun bakım gereksinimi olan hastaların ilk müdahalelerinin yapıldığı birimlerdir. Ameliyathaneye yakın olması gerekmektedir.

- *Koroner Yoğun Bakım:* Kalp hastalıkları yönünden riskli durumları olup yakından takibin gerekli olduğu ve herhangi bir durumda zamanında müdahalenin yapıldığı birimlerdir.
- *Nöroloji Yoğun Bakım:* İnme, parkinson ve demans gibi tanıları olan hastaların takip, tedavi ve bakımının sağlandığı alanlardır. Durum değişikliklerinde gerekli müdahale anında yapılmaktadır.
- *Yenidoğan Yoğun Bakım:* Bu birimde doğuştan anomalisi olan, düşük doğum ağırlıklı ya da erken doğuma bağlı olarak yakından takip gerektiren hastaların tedavi, bakım ve takibi gerçekleştirilmektedir. Herhangi bir değişiklik durumunda anında müdahale sağlanmaktadır.
- *Pediatri (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları) Yoğun Bakım:* Çocukla ilgili alanlarda uzmanlıkları olan ekibin bulunduğu birimlerdir. Yaşamsal riski olan çocuk hastaların tedavi ve bakımı yapılarak meydana gelen durum değişikliklerine anında müdahale edilmektedir.
- *Ortopedi ve Travmatoloji Yoğun Bakım:* Ortopedi ile ilgili ameliyat geçiren hastaların yakından takip ve tedavisinin sağlandığı birimlerdir.
- *Dahiliye Yoğun Bakım:* Çoklu organ yetmezliklerine giren, ağır metabolik ve kronik hastalıkların yakından takip ve tedavisinin sağlandığı birimdir. Hastada meydana gelen değişiklikler anında fark edilerek gerekli girişimler gerçekleştirilmektedir.

1.5. Yoğun Bakım Hemşiresi

Yoğun bakım hemşiresi yoğun bakımda tıbbi cihazlara bağımlı, ileri yaşam desteğine ihtiyacı olan, destek tedavilerle yaşamının sürdürülmesine çalışılan "kritik hasta" olarak tanımlanan hastaların bakım ve tedavisini sağlayan profesyonel ekip üyesidir. Yoğun bakım hemşiresinin amacı, yapmış olduğu girişimlerle hastanın fiziksel, biyolojik, ruhsal, sosyal ve yaşamsal fonksiyonlarının durumunun olabildiği kadar iyi düzeye gelmesini ve bireysel bakımı gerçekleştirmektir (Başak ve ark., 2010; Kavaklı ve ark., 2009; Sarsılmaz, 2011). Yoğun bakım hemşiresi yoğun ilaç tedavisinin uygulandığı, tıbbi cihazlara bağımlı hastalarda meydana gelen değişiklikleri anında fark edip acil durumlarda uygun davranışları gösterebilecek özelliklere sahiptir. Aynı zamanda yoğun bakım hemşiresi, hastanın fiziksel ve psikolojik durumun iyileştirilmesini ve

sürdürülmesini sağlar. Hastanın genel durumunun tanımlanması, hastanın gereksinimine uygun bakım ve tedavinin belirlenerek uygulanması, 24 saat sürekli takip ve gözetiminin sürdürülmesi, hasta ve yakınlarına karşı terapötik iletişimde bulunulması, eğitim verilmesi, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici uygulamalar da yoğun bakım hemşiresinin temel görev ve sorumluluklarının arasında yer almaktadır (Göçmen Avcı ve ark., 2013; Önder ve Önder, 2013; Çiftçi, 2010; Kaya ve ark., 2011).

Amerikan Hemşirelikte Yüksek Öğrenim Kurumları Birliği'ne (Amerikan Association of Colleges of Nursing; AACN) göre yoğun bakım hemşiresi, yaşamsal riski olan kritik durumdaki hastaların gerekli bakımı almasından sorumlu olan, özel eğitimli ve lisanslı hemşire niteliklerine sahip olmalıdır (American Association of Colleges of Nursing, 2016). Hemşirelik bilgi ve becerilerine ek olarak, yoğun bakım hemşiresi (Sarsılmaz, 2011; Hatipoğlu, 2002; Hemşirelik Hizmetleri, 2016; Karaman Özlü, 2010);

- Diğer birimlere göre sorumluluk bilincinin daha fazla farkında olmalı ve o şekilde davranmalıdır.
- Acil durumlara karşı dikkatli ve iyi bir gözlemci olmalı, gerekli durumlarda nasıl davranacağını bilmeli ve hastanın durumundaki değişiklikleri zamanında fark etmeli, yorumlamalı, kayıt ve raporlanmasını sağlamalıdır.
- Hastanın fiziksel ve ruhsal olarak rahatını sağlayabilmelidir.
- Hastaların bakımını uygun şekilde yapabilmesi için öncelikle kendi bakımına dikkat etmelidir.
- Yoğun bakımda isteyerek ve severek çalışmalı, psikolojik olarak da hazır olmalıdır.
- Yoğun bakımda kullanılan araç, gereç ve ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmalı ve bunların nasıl uygulanması gerektiğini bilmelidir.
- Değişimlere ve yeniliklere açık olmalıdır.
- Genç, girişken ve dinamik özelliklerde olmalıdır.
- Eğitime önem vermeli, eğitime açık olmalı ve kendini geliştirmelidir.
- Yetkisi dahilinde almış olduğu kararları uygulamaya geçirebilmelidir.
- Kendi psikolojik durumu yoğun bakım ortamına ve hastasına uygun olmalıdır.
- Disiplinler arası ekip ilişkilerinde, hasta ve hasta yakınlarıyla ilişkilerde uygun iletişim sağlayabilmelidir.

Yoğun bakım ünitesinde hastanın bakım ve tedavisi sürecinde hemşirenin bazı sorumlulukları da bulunmaktadır. Bu sorumluluklar (Sarsılmaz, 2011; Hemşirelik hizmetleri, 2016; Çiftçi, 2010);

- Hava yolu açıklığının ve solunumun sağlanması, sürdürülmesi ve takip edilmesi,
- Etkin oksijenlenmenin gerçekleştirilmesi için nazal kanül veya maske kullanılması ve yetersiz olduğu durumlarda entübe olan hastanın mekanik ventilatör ile takip edilmesi,
- Hasta güvenliğinin sağlanması,
- Hastanın monitorizasyonunun sağlanması, nabız ve kan basıncı gibi yaşamsal bulguların takip edilmesi,
- Hastanın damar yolu açıklığının sağlanması,
- Hastanın durumunun değerlendirilmesi için gerekli ölçeklerin uygulanması ve değerlendirilmesi,
- Hastanın bilinç durumunun takip edilmesi ve meydana gelen değişikliklerin erken zamanda fark edilmesi,
- Hastanın allerjik reaksiyonlar yönünden takip edilmesi,
- Enfeksiyon, basınç yarası, kontraktür, tromboflebit ve yoğun bakım deliryumu gibi gelişebilecek komplikasyonların önlem tedbirlerinin alınması,
- Dehidratasyon ya da sıvı volüm artışına karşı hastanın sıvı alımının, sıvı elektrolit ve asit baz dengesizliklerinin takip edilmesi ve uygun hemşirelik girişimlerinin gerçekleştirilmesi,
- Kullanılan alet, araç, gereç ve malzemelerin kontrolününün yapılması,
- İletişimde terapötik yöntemin kullanılması ve hastaya psikolojik yönden destek verilmesi,
- Hasta ve yakınlarına gerekli eğitimin verilmesi ve bilgilendirmenin yapılması,
- Hastaya hastalığına uygun bakım ve pozisyonun verilmesinin sağlanması,
- Ekip içerisindeki iletişim ve işbirliğinin sağlanmasıdır.

1.6. Yoğun Bakım Unitesinde Erken Ayağa Kaldırmanın Önemi

Kritik hastalığı olan hastalar, yaşamı tehdit eden bir hastalığı veya travması olan hastalardır. Bu tür hastalarda, durumlarından kaynaklanan ciddi komplikasyonların

gelişme riski daha yüksektir (Udwadia, 2014). Bu hasta grubu yoğun bakım ünitesine (YBÜ) kabul edilirler ve genellikle hareket kabiliyetlerini olumsuz etkileyebilecek şekilde yatağa bağımlıdırlar (Browrt, 2009).

Kritik hastalık seyrinde uzun süreli immobilizasyon, mekanik ventilasyon ve sedasyon; kısıtlı eklem hareketliliği, kas güçsüzlüğü, bası yaraları, kritik hastalık nöropatileri veya YBÜ kaynaklı güçsüzlük, derin ven trombozu (DVT), uzun süreli mekanik ventilasyon ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca bilişsel bozukluklar ve psikolojik rahatsızlıklar gelişmektedir (Rochester, 2009).

Yatak istirahatinin zararlı etkileri sadece kas-iskelet sistemi ile sınırlı olmayıp diğer vücut sistemlerini de etkilemektedir. Kardiyak sistemde fark edilen değişiklikler arasında, postüral hipotansiyon, azalmış pik oksijen alımı, inme hacmi ve sıvı kaybına bağlı kardiyak debi yer almaktadır (Needham, 2008). Solunum hacminde ve sekresyon klirensinde azalma, sırtüstü pozisyona bağlı olarak atelektazi ve pnömoni ile sonuçlanmaktadır (Brower, 2009). Azalmış fiziksel işlev ve azalan yaşam kalitesini içeren kritik hastalıktan kurtulanlar tarafından sıklıkla yaşanmaktadır (Desai ve ark., 2011).

1899'da Ries, yatak istirahatinin ameliyat sonrası dönemde kötü etkilere yol açabileceğini, buna karşılık hastanede kalış süresinin erken mobilizasyon kullanılarak günlerden veya haftalardan saatlere kısaltılabileceğini bulmuştur (Ries, 1899). Daha sonraki yıllarda uygulanan ameliyatlarda hastalarda ve doğum sonrası dönemde kadınlarda benzer sonuçlar görülmüştür (Epstein ve Fleischer, 1927). Ayrıca, yapılan çalışmalarda ve düzenlenen sempozyumlarda immobilizasyonun olumsuz etkileri vurgulanmaktadır (Hashem ve ark., 2016). Erken mobilizasyon, 19. yüzyılın başlarından itibaren rehabilitasyon biçimi olarak denenmiş, hasta sonuçlarına yönelik olumlu etkileri bağlı terapötik rehabilitasyonun temelini oluşturmuştur (Hashem ve ark., 2016).

Erken mobilizasyon, kritik hastalığı olan hastalara verilen fiziksel rehabilitasyonun erken uygulanması ve yoğunlaştırılmasıdır ve kritik hastalığın ilk 2-5 günü içinde başlamıştır (Hodgson ve ark, 2013). Yatakta hareketlilik aktiviteleri, hareket açıklığı egzersizleri, oturma, ayakta durma ve yürüme eğitimi gibi aktiviteleri içermektedir (Needham, 2008). Bununla birlikte, mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda erken mobilizasyon için mutabık kalınan bir tanım yoktur ve bunu hangi aktivitelerin oluşturduğu tam olarak anlaşılamamıştır (Clarissa ve ark., 2019).

1.7. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi

Yoğun bakım deneyimini etkileyen en önemli faktörlerden biri de hemşirelik bakım girişimleridir. Bakımın niteliği yanında, hemşirenin hastaya verdiği güven duygusu, kurduğu etkili ve kaliteli iletişim, empatik yaklaşım, hastanın fiziksel, psikolojik ve sipiritüel gereksinimlerine özgü bakımın sağlanması gibi faktörler hastaların yoğun bakım deneyimlerini olumlu yönde etkilemektedir (Özdemir, 2010; Merilainen ve ark., 2013).

YBÜ'de bakımını sağlıklı ve doğru bir şekilde yönetebilmek için ideal bir ortamının yanında kalite ve iyi bir hemşirelik bakımının da yapılması gerekmektedir. YBÜ klinisyenleri, yaşamı sürdüren tedavinin farklı modalitelerini geri çekmenin pratik ve etik yönleri hafifletmek için sedatif, analjezik ve farmakolojik olmayan yaklaşımların kullanımı da dahil olmak üzere, hemşirelik bakımının tüm yönlerinde yetkin olmalıdır. Bu açıdan hemşireler tedavilerin devamlılığını sağlayabilme ve rehberlik etmede temel bir rol oynamaktadır (Robert ve ark., 2008).

Uyku sorunları, uyaran fazlalığı veya yoksunluğu, kontrol kaybı, güçsüzlük, geçirilen cerrahi işlemler ve anksiyete gibi faktörler hastanın YBÜ deneyimini olumsuz etkilemekte, hasta ve ailede öfke oluşmasına neden olmaktadır (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2008; Adsay ve Dedeli 2015). Buna ek olarak, yaşamın tehdit altında olması, alışık olunmayan çevre ve kişiler, yatağa bağımlı olma, aileden uzak kalma, sık tekrarlanan ağrılı girişimler, hastalık, işlev kaybı, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama gibi sorunlar spiritüel distrese neden olarak, anksiyete, deliryum, depresyon ve halisünasyon riskini artırarak iyileşme sürecini uzatmakta ve yoğun bakım deneyimini olumsuz etkilemektedir (Roberts ve ark., 2006; Özşaker ve ark. 2013; Zengin ve ark. 2020). Bu nedenle, hastaların fiziksel gereksinimleri ile birlikte psikososyal ve spiritüel gereksinimleri de karşılanmalıdır (Adsay ve Dedeli 2015).

Cerrahi yoğun bakım hemşiresi, yoğun bakım hemşiresinin bilgi, beceri, görev ve sorumluluklarına ek olarak, ameliyat olacak ya da olan hastaların takibi, bakımı ve tedavisini sağlamaktadır. Buna göre, cerrahi yoğun bakım hemşiresi (Karaöz, 2000; Torjuul ve Sorlie, 2006; Babacan, 2007);

- Hasta gelmeden önce monitör, defibrilatör, ventilatör, aspirasyon aletleri, acil arabası, gerekli durumda kullanılacak ilaçları hazır bulundurur, yatak düzenini de hastaya uygun olarak ayarlar.
- Üniteye yeni kabul edilen hastayı sık aralarla takip eder.

- Hastanın yaşamsal bulguları, alt ve üst ekstremite renk, ısı ve nabız kontrolü yapar.
- Kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistemi ve renal sistem fonksiyonlarına yönelik gerekli uygulamaları yapar.
- Sıvı- elektrolit ve asit- baz dengesi takibi yapar.
- Hastanın nörolojik fonksiyonlarını değerlendirir, psikolojik gereksinimlerini belirler.
- Hastanın ağrı kontrolünü ve skorlamasını yaparak ağrı durumunu belirler, gerekli tedavinin uygulanmasını sağlar.
- Ameliyat sonrası ya da hastalığına bağlı hareketsizlik nedeniyle hastada gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için hastaya aktif pasif hareketler, derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırır.
- Vücut bakımı ve yatağın kuru ve temiz olmasını sağlar.
- Enfeksiyon riski açısından belirti ve bulguları takip eder.
- Endotrakeal aspirasyon, kateter bakımı ve cerrahi yara pansumanında aseptik tekniği uygular.

1.8. ERAS Protokollerinin Amacı ve Önemi

Daha iyi cerrahi teknik ve gelişmiş kurum yapısı ile daha iyi ameliyat sonuçları elde edilmesine karşın hastalarda yavaş iyileşme, uzun süreli hastanede yatma ve yüksek morbidite sorunları 1990'ların sonlarına kadar devam etmiştir. En büyük sorun perioperatif bakım kılavuzlarının bulunmaması olmuştur. Cerrahi bakımda geleneksel yöntemler kuşaktan kuşağa aktarılan deneyimlerden oluşmuştur. Bu durum perioperatif uygulamaların standart olmaması ve sonuçların denetlenememesi ile sonuçlanmıştır. Perioperatif süreçteki uygulama farklılıkları aynı komplikasyon için farklı tanımların oluşmasına neden olmuş ve ameliyat sonrası komplikasyonların raporlanmasında büyük farklılıklar meydana gelmiştir. Bu da cerrahi literatürdeki komplikasyonların değerlendirilmesini güçleştirmiştir. Perioperatif bakımda standart bir uygulamanın olmaması, iyileşmenin uzun sürmesi ve raporlanan sonuçlarda farklılıkların ortaya çıkması nedeniyle geleneksel perioperatif bakımı değiştirecek kılavuzlara gereksinim duyulmuştur (Daliya ve ark., 2020).

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi geliştirmek için mevcut en iyi kanıt kullanılmalıdır [Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO), 2017]. Hastanelerde kaliteli hemşirelik bakımına yönelik beklentilerin artması hemşirelerin kanıta dayalı bakım vermesini gerekli kılmaktadır (Zhou ve ark., 2016). WHO hemşirelik uygulamalarının en iyi kanıtlara dayanması gerektiğini belirtmektedir (WHO, 2018). Hemşireler sistematik olarak en iyi araştırma kanıtlarını toplamalı, hemşirelik deneyimlerinden yararlanmalı ve profesyonel kararlar alırken hastanın tercihlerini dikkate almalıdır (Zhou ve ark., 2016).

Sağlık sistemleri, güvensiz bakım ve sonuçta hastalara zarar verebilecek olaylarla ilişkili riskleri azaltmak için sistematik bir önleyici yaklaşım geliştirmelidir. Kanıta Dayalı Uygulama (KDU)'ların yapılmasını ve geliştirilmesini teşvik eden bir kültür oluşturulması bunun bir parçasıdır. Hemşireler sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmede ve olumsuz hasta sonuçlarını azaltmada önemli bir rol oynamaktadır (WHO, 2017).

Klinik durumlar, değerlendirme, araştırma ve yönetim için birden fazla seçenek içermektedir. Sağlık hizmetlerinde önemli kanıtlar bulunabilirken bu kanıtlardan en iyi uygulamanın seçilmesi güç olabilmektedir. Kılavuzlar, uzmanların görüş birliği ile elde edilen sistematik olarak gözden geçirilmiş kanıt ve önerilere dayanan çözümler sunmaktadır [Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence-NICE), 2015; WHO, 2011]. Klinik kılavuzlar, uzmanlar tarafından klinisyenlere sağlık hizmetlerinin çeşitli yönlerinde tıbbi karar verme konusunda yardımcı olmaktadır. Elde edilen kanıta dayalı öneriler belirli klinik durumların değerlendirilmesi, araştırılması, yönetilmesi ve kalite standartlarının belirlenmesi de dahil olmak üzere çeşitli klinik parametreleri ele almak için kullanılabilmektedir (Daliya ve ark., 2020).

Kanıta dayalı hemşirelik bilimsel araştırmalar, klinik deneyimler ve hastalar ile hastalara bakım veren kişilerin tercihlerinden elde edilen kanıtları kullanma sürecidir. KDU süreci klinik sorular sormayı, ilgili en iyi kanıtları toplamayı, kanıtları değerlendirmeyi ve klinik uzmanlıkla hastaların tercihlerini ve sonuçları değerlendirmeyi içerir (Atakro ve ark., 2020).

İlk ERAS protokolü, perioperatif bakımda en iyi uygulamaları araştırma yoluyla KDU'lar olarak bütünleştirmeyi amaçlayan, profesyonel ve multidisipliner bir topluluk olan ERAS Derneği (ERAS Society) tarafından 2012 yılında yayınlamıştır (Gustafsson ve ark., 2013). Günümüzde ERAS protokolleri akciğer, bariatrik, baş- boyun, göğüs,

hepatobiliyer, jinekolojik onkoloji, karaciğer, kardiyak, kolorektal, üst gastrointestinal ve ortopedik cerrahi için kapsamlı kılavuzlar sunmaktadır. Bu kılavuzlar ERAS Derneğinin web sitesinde yayınlanmaktadır (Ljungqvist ve ark., 2017).

Preoparatif bakım ile ilgili KDU'lar sürekli gelişim gösterdiğinden ERAS protokollerinin bileşenleri de güncellenmektedir (Gustafsson ve ark., 2019). Kılavuzlarda her alt uzmanlık için özel önerilerde bulunulmaktadır. Ancak bazı bileşenler tüm uzmanlıklar için temeldir (Ljungqvist ve ark., 2017). Hasta sonuçlarını iyileştirmede hangi protokol bileşeninin daha etkili olduğunu belirlemek ilgi çekmektedir. Belirli bileşenlerin yararları literatürde araştırılmıştır. Bu araştırmalar ERAS protokollerinin gelişmesine katkı sağlamıştır. Her ne kadar belirli bir bileşeninin sonuçlarda iyileşme ile ilişkilendirilebileceğini gösteren veriler olsa da en iyi sonucu elde etmede tek başına yeterli olmadığı açıktır (Berian ve ark., 2019).

ERAS protokolleri, hastaların hastaneye kabul öncesi, preoperatif, intraoperatif ve ameliyat sonrası tüm perioperatif bakım dönemlerindeki cerrahi hasta yönetimi ile ilgilenir. Preoperatif stresi azaltarak cerrahi girişimden sonra iyileşmeyi hızlandırır (Garmpis ve ark., 2019). Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda ERAS protokolünün uygulanması ile hastanede yatma süresinin kısaldığı belirtilmiştir (Chapman ve ark., 2016; Wijk ve ark., 2014). Arrick ve ark. (2019) tarafından ERAS protokolü uygulanan ve uygulanmayan hastaların sonuçlarını karşılaştırılmış akciğer ve enfeksiyöz komplikasyon oranı sırasıyla %11.2 ve %19.6 olarak belirlenmiştir. ERAS protokolüne yüksek uyum, azalmış pulmoner komplikasyonlar da dahil olmak üzere iyileşmiş hasta sonuçları ile ilişkilendirilmiştir. Yapılan bir çalışmaya göre hastaneye tekrar başvuru oranı %2.3'tür (Feroci ve ark., 2013). Çalışmalarda komplikasyon oranının ve hastaneye tekrar başvurunun ERAS protokolleri uygulanması ile azaldığı bildirilmiştir (Greco ve ark., 2013; Varadhan ve ark., 2010; Ljungqvist ve ark., 2017). Buna karşılık Forsmo ve ark. (2015) çalışmasında ERAS uygulanan ve uygulanmayan hastalarda taburculuktan sonra hastaneye tekrar başvuru oranının benzer olduğu saptanmıştır.

ERAS protokolleri KDU'ları içeren kaliteli ve güvenli sağlık bakımı, cerrahi bakımın standartlaşmasını sağlar. Temel bakım standardı olarak tanımlanan bir bakım planı veya yolu oluşturur. Cerrahi bakımda tutarlılık sağlar. Cerrahi hasta yönetiminde interdisiplinler bir yaklaşımı teşvik eder. Hasta bakımı ile ilgilenen tüm sağlık profesyonellerini multidisipliner bir çalışma anlayışı ile bir araya getirir. Birçok kanıta dayalı bakım yaklaşımını birleştirir. Cerrahi, anestezi, beslenme gibi konulardaki

önerileri bir araya getirir. Böylece multimodal bir bakım sağlar (Garmpis ve ark., 2019). Hastalarla ortak karar almayı destekler ve hizmet sunumunu kolaylaştırır. Tanı ve tedavi yöntemlerinin riskleri, yararları ve etkinliği hakkında bilgi sağlamasının yanı sıra maliyet etkinliği ve kaynak yönetimi hakkında bilgiler sunar (Daliya ve ark., 2020).Hemşirelerin KDU becerilerini geliştirmeleri, bakım uygulamalarını hasta tercihlerine uyumlu duruma getirmelerine ve hasta merkezli bakım sunmalarına olanak tanır. KDU eksikliği olan ve hemşirelerin tam potansiyeline ulaşmasını engelleyen çalışma ortamları, hemşirelerin profesyonel gelişimini desteklemez; bu da en iyi hemşirelik uygulamalarına daha az uyum ve daha az hasta memnuniyeti ile sonuçlanır (WHO, 2017).

1.9. ERAS Protokolünde Erken Mobilizasyonun Önemi

Minimal invaziv teknikler daha az cerrahi olarak indüklenen travma sunar ve diğer postoperatif bakım unsurlarını etkiler (Zhuang, 2013). Çalışmaların çoğu, LOS, komplikasyonlar ve yeniden yatışlar gibi kısa vadeli sonuçlara odaklanmaktadır (Gustafsson ve ark., 2012; Andersen, 2007). Şimdiye kadar, ERAS ve minimal invaziv cerrahi kombinasyonunun aynı zamanda ERAS'ın etkisini de etkileyip etkilemediği çok az bilinmektedir. Yapılmış çalışmalara göre, böyle bir kombinasyon gerçekten de postoperatif dönemde bazı demografik parametrelerin (yaş, komorbiditeler, ASA derecesi) olumsuz etkisini azaltabilir (Greco ve ark., 2013). Bununla birlikte, bu konu hala daha az çalışılmaktadır ve bu nedenle daha fazla araştırma gerektirmektedir.

Ameliyattan sonra gelişmiş iyileşme (ERAS) protokolleri, ameliyat öncesi organ işlevini koruyarak, ameliyattan sonraki derin stres yanıtını azaltabilme adına; cerrahi işlemlerden sonra erken iyileşme sağlamak için tasarlanmış çok modlu perioperatif bakım yolları olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda ERAS protokollerinin temel unsurları, preoperatif danışmanlık, beslenmenin optimizasyonu, standardize analjezik ve anestezik rejimleri ve erken mobilizasyonu içermektedir (Wilmore ve Kehlet, 2001; Kehmet ve Wilmore, 2002; Kehlet ve Dahl, 2003; Arumainayagam ve ark., 2008; Kehlet ve Mogensen, 1999). ERAS protokollerinin daha iyi sonuçlara yol açtığını gösteren önemli kanıtlara rağmen (Eskicioğlu ve ark., 2009; Lassen ve ark., 2009), geleneksel cerrahi uygulamalarında uygulamanın yavaş olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarında çoğunda kolorektal cerrahiden ERAS protokollerinin erken mobilizasyon açısından önemli olduğu bildirilmiştir (Wilmore ve Kehlet, 2001; Kehlet ve Dahl, 2003; Arumainayagam ve ark., 2008; Kehlet ve Mogensen, 1999).

Elektif kolorektal cerrahide, ERAS tavsiyelerine dayalı erken mobilizasyonun sağlanmasının kolorektal cerrahide hastanede kalış süresini (LOS) azalttığı ve komplikasyon oranını düşürdüğü gösterilmiştir (Gustafsson ve ark., 2012; Nygren ve ark., 2012; Gustafsson, 2011; Greco ve ark., 2013). Protokolün dengeli sıvı tedavisi, multimodal analjezi, erken oral beslenme ve erken mobilizasyon dahil metabolik yönetim gibi bazı unsurları özel önem taşıyan unsurlar olarak bildirilmiştir (Greco ve ark., 2013; Lemanu ve ark., 2014). Ancak, bir ERAS protokolünde yaygın olarak bildirilen kalış süreleri 9-10 günden 5-6 güne düşürülmüştür (Gustafsson, 2011; Vlug, 2011; Roulin, 2013; Zhuang, 2013). Kehlet'in ilk çalışmalarında ultra kısa süreli kalışlardan sonra yeniden kabul %20 kadar yüksek olduğu bildirilmiştir (Andersen, 2007). Daha sonraki araştırmalar, ERAS protokollerine daha iyi uyumun, açık elektif kolorektal cerrahiden sonra daha kısa kalış süresine rağmen daha az yeniden kabul ile sonuçlandığını göstermektedir (Gustafsson, 2011). Bununla birlikte, daha sonraki veriler, 2010'dan bu yana çeşitli meta-analizlerde toplandığı gibi ERAS'ın tamamen veya sadece daha fazla ERAS elemanının kullanılmasının daha az komplikasyon ve hastanede daha kısa kalış süreleri ile sonuçlandığını da göstermiştir (Gustafsson ve ark., 2012; Nygren ve ark., 2012; Greco ve ark., 2013).

1.10. ERAS Protokollerinin Uygulanmasında Hemşirelik

ERAS protokolleri multidisipliner bir ekip çalışması gerektirir (Kehlet ve Wilmore, 2008). ERAS protokollerinin başarısı, protokolün tamamının uygulanmasına bağlıdır ve hemşire bunun önemli bir parçasıdır (Brady ve ark., 2015). Bu nedenle ERAS protokollerinin uygulanmasında hemşirenin rolü, interdisipliner ekipte iletişimden sorumlu kişi olarak hastaya eğitim vermek, onu desteklemek, onun şüphelerini ve yanlış inançlarını ortadan kaldırmaktır (Philp ve ark., 2015; Sevillano- Jimenez ve ark., 2017). Abdominal cerrahi geçiren hastalarda ERAS protokolünün başarıya uygulanmasında hemşirenin rolü incelendiğinde; hasta eğitimi ve ERAS'ın başarılı olabilmesi için hemşirenin rolü esas önemli olduğu bulunmuştur (Brady ve ark., 2015). Bir diğer çalışmada, kolorektal cerrahide ERAS protokollerine uyumun ve kaynak yönetiminin kolaylaştırılmasında hemşirenin uygulama yöneticisi olarak belirlenmesi önerilmiştir (Springer ve ark., 2018).

ERAS hemşiresi, belirli bir hasta popülasyonunun bakımında klinik uzmanlığı olan, güçlü liderlik becerilerine sahip, işlevleri en iyi şekilde yerine getiren bir hemşiredir.

Bakım hedefleri ile ilgili iletişim sağlar. ERAS protokollerinin öğretilmesini destekler. Hastalara eğitim verir. Hasta eğitimi için materyallerin geliştirilmesini sağlar. Veri toplamaya yardım eder. Protokollere uyum sorunlarını belirler ve uyumu artırmak için girişimler planlar. Kalite geliştirme projelerine liderlik eder. ERAS ile ilgili çalışmaların yayınlanmasını kolaylaştırır. Cerrahi ekip ve diğer hemşirelerle sürekli iletişim halinde çalışır (Tezber ve ark., 2018). ERAS hemşiresinin görev tanımı aşağıdaki şekilde yapılmıştır (Tezber ve ark., 2018):

- Tercihen uzman hemşiredir.
- Hemşirelik sürecini ERAS kılavuzlarına uygun kullanmada mükemmel olan klinik hemşiresidir.
- Hastanın iyileşmesi için günlük hedeflerin ve kilometre taşlarının anlaşılmasında klinik uzmandır.
- Hastanın durumu ile ilgili veri toplar.
- Hastayı cerrahi tanı ve işleme göre analiz ve tedavi eder.
- ERAS Derneği tarafından oluşturulan kanıta dayalı araştırmaları bakım ile bütünleştirir.
- Hasta bakımı için ERAS kılavuzlarının ilkeleri ile uyumlu bir plan geliştirir.
- Mevcut hemşirelik uygulamalarını yansıtan ve yeniliği teşvik eden bilgi ve yetkinliği amaçlar.
- Hastane politikası ve uygulama kapsamı dahilinde uygun görevleri devreder.
- Hasta ve ailesine bakım planının daha iyi anlaşılmasını destekleyen ve kanıta dayalı hedeflere ulaşılmasını teşvik eden eğitim verir.
- Hedeflere ulaşılmadığında interdisipliner ekiple iletişim kurar.
- ERAS protokollerinde yer almayan veya uygulama standardı olmayan istemleri açıklar.
- Eleştirel düşünme ve konsantre olma becerisine sahiptir.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Yoğun bakım ünitesine alınan hastalarda erken ayağa kaldırmanın bağırsak hareketi, hemodinami, konfor ve yorgunluk düzeyine etkisinin belirlenerek hastanın bakım kalitesini artırmak, klinisyenlere ve hemşirelere kanıt temelli veri sağlamak amacı ile yarı deneysel türde gerçekleştirildi. Randomize kontrollü olarak yapılan bu çalışmada hedeflenen amaç doğrultusunda aşağıda yer alan sorulara yanıt arandı:

- Yoğun bakımda erken ayağa kaldırma uygulama rehberinin bağırsak hareketlerine etkisi nedir?
- Erken ayağa kaldırma uygulama rehberinin konfor düzeyine etkisi var mıdır?
- Erken ayağa kaldırma uygulama rehberinin yorgunluk düzeyine etkisi var mıdır?
- Erken ayağa kaldırma uygulama rehberinin hemodinamik ölçümlere etkisi var mıdır?

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Çalışma Adana ili Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi genel cerrahi yoğun bakım ünitesinde 01.11.2019 - 31.11.2020 tarihleri arasında etik kurul onamı ve kurum izni alındıktan sonra gerçekleştirildi.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda orta düzeyde etki büyüklüğünün (effect size=0,2) fark kabul edilmesi öngörülerek alfa anlamlılık seviyesi 0,05 % 95 power analizine göre deney grubunda 25, kontrol grubunda 25 olmak üzere toplam 50 hasta örneklemi oluşturdu.

2.4. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama aracı olarak; deney grubu veri toplama formu (Ek 1), Hemodinamik değerler (Ek 2), Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (Ek 3), Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ) (Ek 4) ve Mobilizasyon sonrası VAS Yorgunluk Skalası (Ek 5) kullanıldı.

Veri toplama formu (Ek 1); yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, sigara ve alkol kullanımı, sistemik hastalıklar, daha önce ameliyat geçirme durumu, klinik tanı, ameliyat sonrası kullanılan ilaçlar, nazogastrik tüp, ostomi varlığı, ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verilmesi, gaz-gaita çıkışı, ilk mobilizasyon saati, ayağa kalkma zamanı, mobilizasyonu kiminle birlikte uygulandığı ve ameliyat sonrası kabızlık şikayeti varlığı olmak üzere toplamda 23 soru yer almaktadır.

Hemodinamik Değerler (Ek 2); Hastaların mobilizasyon öncesi ve sonrası saat, ateş, nabız, solunum, kan basıncı, oksijen saturasyonu ve ağrı bulguları yer almaktadır.

Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (Ek 3); Heye ve ark. (2002) tarafından geliştirilen Hasta Hareketlilik Ölçeği (Patient Mobility Scale) ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (Observer Mobility Scale); cerrahi girişim sonrası hareketliliğe ilişkin hasta algılarını ve objektif gözlemleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Heye'nin (2002) çalışmasında olduğu gibi elektif abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların yaptığı dört aktivite (yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme) ile oluşan ağrı ve güçlük düzeyi değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük ve en yüksek puan 1-5 arasında, toplam puan ise 4-20 arasındadır. Puanın artması hastaların hareket becerilerinin yetersiz, puanın düşmesi ise cerrahi girişim sonrası hareket edebilmelerinin iyi/yeterli olduğunu göstermektedir. Geçerlik-güvenilirlik çalışmasında Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.73 bulunmuştur (Ayoğlu, 2011).

Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ) (Ek 4); Kolcaba tarafından geliştirilen PKÖ ölçeğinin; Türkçe geçerlik ve güvenirliği Üstündağ ve Eti Aslan (2010) tarafından yapılmıştır. Bireyin cerrahi süreç aşamalarındaki düşüncelerini, duygu ve kendini kavrama durumunu ortaya koyan bu ölçek 24 maddeden oluşmuştur ve ifadeler 1-6 puan arasında değişen likert tiptedir. "Kesinlikle Katılmıyorum- 1 puan"dan "Kesinlikle Katılıyorum- 6 puan"a doğru puanlamaya sahip olan bu ölçekte ifadelerin yarısı pozitif, diğer yarısı negatiftir ve puanlama yapılırken negatif ifadeler tersine çevrilir. Ölçekten en fazla alınabilecek puan 144, en düşük 24 olup, pozitif maddelerde yüksek puan (6) yüksek konfor göstergesi iken, negatif maddelerde düşük puan (1) yüksek konfor göstergesidir. Ortaya çıkan toplam puan ölçekteki madde sayısına bölünerek ortalama değer saptanır. Sonuçta yüksek puan konforun iyi olduğunu gösterirken, düşük puan konforun kötü olduğunu gösterir (Kolcaba ve ark., 2002; Üstündağ ve Eti Aslan, 2010). Bu çalışmada Cronbach alfa 0,870 olarak bulundu.

Mobilizasyon sonrası VAS yorgunluk skalası (Ek 5); Yorgunluk ve enerji seviyesinin basit ve hızlı değerlendirmesi için geliştirilmiştir. VAS yorgunluk skalasında bireyler, her bir soruya 0-10 cm'lik yatay bir çizgi üzerinden işaretleme yaparak yorgunluk durumunu belirtir.

Güncel yaklaşımlar geleneksel yoğun bakım uygulamalarının aksine hastaların en az sedasyon ile ya da mümkün ise sedasyon kullanılmadan, erken dönemde rehabilitasyon uygulamalarına yönelmiştir (Latronico ve Rasulo 2010). Bu yaklaşımın yerine getirilmesinde yoğun bakım hemşireleri, sağlık bakım ekibi üyeleri arasında anahtar rol üstlenir. Hasta ile iletişimin gerçekleştirilmesi, ağrının kontrol altına alınması, bireyin aktivivite düzeyinin tanılanması, egzersizlere ve yürümeye cesaretlendirmesi önemli hemşirelik girişimlerindendir (Vincent ve Norrenberg 2009). Konu ile ilişkili yapılan çalışmalarda, bu girişimlerden sürdürülmesinde aşamalı erken mobilizasyon rehberlerinin klinik uygulamalarına uyumlaştırılması ve ekip işbirliği ile uygulanmasının önemi vurgulanmıştır (Dammayer ve ark. 2013; Harris ve Shahid 2014; Kong 2012). Morris ve ark. (2008) mobilite programı kullanılarak uygulanan erken fiziksel terapinin kolay ve etkili olduğunu, yoğun bakım ünitesinde ve hastanede kalış süresini kısalttığını saptamıştır.

Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul ediyor olmak,
- 18-87 yaş arasında belirtilen kliniklerde ameliyat sonrası dönemde hasta olarak bulunmak.
- Yoğun bakım ünitesindeki ilk 24 saat içinde erken ayağa kaldırma uygulama rehberi uygulanabilen
- Ekstübe ve bilinci açık olan
- Pozitif inotrop ilaç kullanmayan ve MI riski nedeniyle enzim takibi yapılmayan hastalar
- Nörolojik ve psikiyatrik hastalığı olmayan hastalar
- Koleraktal cerrahi yapılan hastalar.

Çalışmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Cerrahi Yoğun Bakımda ameliyat sonrası hasta olmamak,
- Çalışmaya katılmayı kabul ediyor olmamak,
- Çalışmaya katılan hastaların nörolojik ve psikiyatrik ek tanılarının olması,

- Genel cerrahi yoğun bakımda yatmamak,
- Entübe olmak,
- Pozitif inotrop ilaç tedavisi alan hastalar,
- Kalp krizi riski nedeniyle enzim takibi yapılan hastalar

2.5. Hastane Bünyesinde Uygulanan Prosedür

Hastane bünyesinde uygulanan prosedür;

- Hastaya ayağa kaldıracağı/mobilize olacağı açıklanır.

- Vital bulguları değerlendirilir (Ateş, Nabız, Kan basıncı, Solunum, Oksijen saturasyonu, Ağrı),

- Hastanın cerrahi bölgesi ve drenleri idrar sondası ve varsa nazogastrik sondası korunarak, biri hemşire olmak şartıyla en az iki personel yardımıyla kaldırılır.

- İlk olarak yatak kenarında oturtulur, sonrasında kendini iyi hissetmesi şartıyla ayağa kaldırılır.

- Tolere ettiği kadar mobilize edilir.

2.6. Erken Mobilizasyonda Rehber Kullanımı İşlem Basamakları

- Mobilizasyon ve işlem basamakları hakkında biliglendirme yapılır.

- Tolere ettiği sıklıkta en az 2 saatte bir pozisyon değişimi uygulanır.

- Pasif eklem hareket açıklığı egzersizleri uygulanır. (3 kez/gün 10 tekrar)

- Baş 30-45° olacak şekilde hastalar takip edilir.

- Vital bulguları kontrol edilir. (Ateş, nabız, solunum, kan basıncı, oksijen saturasyonu, ağrı)

- Cerrahi alan/bölgesi kanama, eviserasyon vb. kontrolü yapılır.

- Cerrahi karın korsesi takılır.

- Dren, idrar sondası varsa nazogastrik sondası korunarak biri hemşire en az iki personel yardımıyla yatak kenarına oturması sağlanır.

- Otururken karşıya bakması, gözlerini kapatmaması, derin nefes alıp vermesi söylenir.

- Mobilizasyona yardımcı, tekerli sandalye, yürüteç, koltuk değneği kullanılacak ise hazır bulundurulur.

- Mobilizasyon sırasında karşıya bakarak dik bir şekilde yürümesi gerektiği açıklanır.

- Baş dönmesi, kendini kötü hissetmesi vb. durumlar açıklanarak herhangi birinin olması durumunda hemşiresine bildirmesi gerektiği hatırlatılır.

- İşlemin her basamağında hastaya eşlik edilir.

- Tolere ettiği kadar mobilizasyon sürdürülür.

- Mobilizasyon sona erdiğinde kontrollü bir şekilde yatması sağlanır.

- Mobilizasyon sonrası dren ve sondalar kontrol edilir.

- Mobilizasyon sonrası vital bulgular kontrol edilir. Kayıt altına alınır.

- Mobilizasyon işlemi başarılı ya da sebebi açıklanarak neden mobilizasyonu gerçekleştirilemediği hemşire notlarına yazılır.

-Yoğun bakım doktoruna haber verilir.

2.7. Veri Toplama ve Uygulama Süreci

Erken ayağa kaldırma rehberi uygulanan hastalar (deney) ve normal (kontrol) grubu hastalardan veriler eş zamanlı olarak toplandı. Her iki grupta yer alan hastalara aynı tedavi (antibiyotik ve analjezik kullanımı) ve bakım uygulandı.

Deney grubu (erken ayağa kaldırma rehberi kullanılan hastalar): Hastanın cerrahi servise kabulü sağlandıktan sonra araştırma hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilip ve araştırmayı kabul eden hastalardan, aydınlatılmış izin alındı. Araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu uygulandı. Tüm hastaların mobilizasyon öncesi tanı, yaş, cinsiyet, beden kitle indeksleri, özgeçmiş özellikleri, FiO2 değerleri kaydedildi. Cerrahi girişim sonrası, yoğun bakım ünitesinde ekstübe edildikten sonra bilinci açık hastalara ilk 24 saat itibari ile yaklaşık otuz dakika süren erken ayağa kaldırma rehberi kullanıldı. Tüm hastaların hemodinamik ve solunumsal parametreleri, mobilizasyon öncesi yarı oturur pozisyonda ve aşamalar tamamlanarak istirahat pozisyonuna döndükten 2 dk sonra, yoğun bakım hasta izlem monitörlerinden kaydedildi. Mobilizasyon sonrası hastanın kendini iyi hissetmesini takiben, yaklaşık yarım saat sonra yorgunluğu ölçmek için VAS Yorgunluk Skalası ve cerrahi girişimden sonraki konforu değerlendirmek için Perianestezi Konfor Ölçeği'ni içeren anket formu verilerek toplandı.

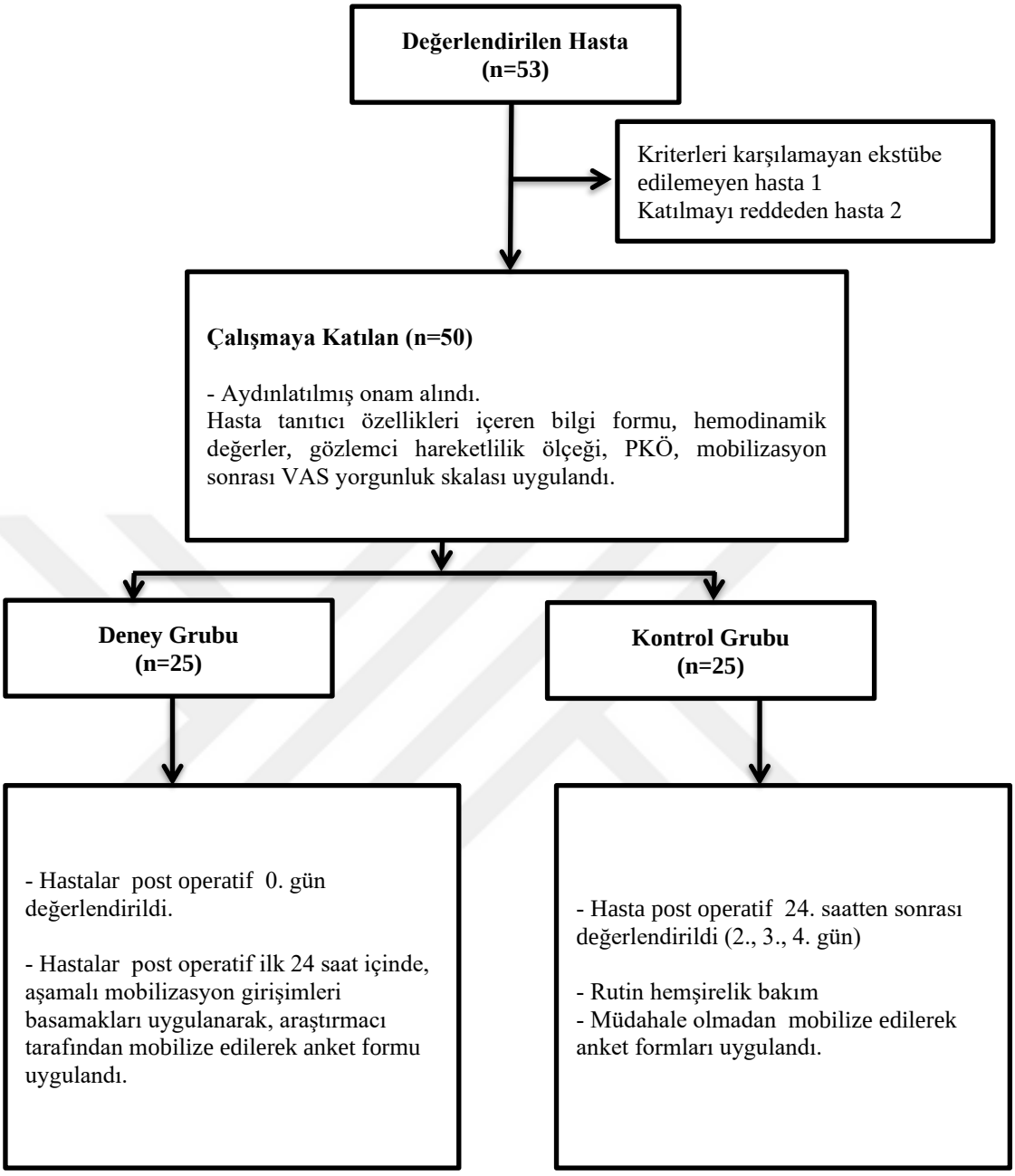
Literatür incelenmesi, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümünün danışmanlığında kullanım kolaylığı açısından "Aşamalı Mobilizasyon Girişimleri" ve "Gözlemci Hareketlilik Ölçeği" kullanıldı. Hastalara öncelikle bir kaç adım, kendini iyi hissettikten sonra en az 50 metre kadar yürümesi konusunda bilgilendirildi. Mobilizasyon işlemi süresince eşlik edildi. Bağırsak hareketleri, stoması olmayan hastalara bilgilendirme

yapılarak gaz-gaita çıkışının önemi anlatıldı ve sözel olaraktakip edildi. Stoması olan hastalara ise post op erken dönemde şeffaf torba kullanılarak içerik ve hareketlilik takibi yapıldı. Yoğun bakımın prosedürü gereği her 4 saatte bir AÇT takibi yapılarak gaz-gaita çıkışı takip edildi. Bağırsak sesleri duyulduktan sonra gaz ve gaita çıkışının tarih ve saati belirlenerek kaydedildi. Hastanın takibine taburculuk işlemleri tamamlanıncaya kadar devam edildi.

Aşamalı Mobilizasyon Girişimleri

Düzey	Girişim
Düzey 0	- 2 saatte bir pozisyon değişimi uygulanır. - Pasif EHA egzersizleri (3 kez/ gün, 10 tekrar) uygulanır - Baş 30-45° yükseltilir. - FiO2> %60 ise lateral rotasyon sürdürülür.
Düzey 1	- 2 saatte bir pozisyon değişimi uygulanır - Aktif ya da pasif EHA egzersizleri (3 kez/ gün, 10 tekrar) uygulanır - Baş 30-45° yükseltilir. - FiO2> %60 ise lateral rotasyon sürdürülür. - Yatakta/yatak dışında oturtulur. (3 kez/ gün) - Ayakları yatak kenarında sarkıtılır. (3 kez/ gün)
Düzey 2	- 2 saatte bir pozisyon değişimi uygulanır - Aktif ya da pasif EHA egzersizleri (3kez/ gün, 10 tekrar) uygulanır - Baş 30-45° yükseltilir. - FiO2> %60 ise lateral rotasyon sürdürülür - Yataktan kaldırılarak sandalyeye oturtulur. (3 kez/ gün) - Ayakta durma (3 kez/ gün) - Yürüme (3 kez/gün)

Kontrol Grubu: Bu hasta grubuna da veri toplama formu araştırmacı tarafından uygulandı. Hastalar hastanenin normal prosedürüne göre takip edildi ve mobilizasyon sonrası bağırsak sesleri, hemodinamik ölçüm, yorgunluk ve konfor düzeyi izlendi (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Veri toplama aşaması algoritması

2.8. Araştırmanın Etik Yönü

Veri toplama sürecine başlamadan Ç.Ü. Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin, çalışmanın yapılacağı Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalından Akademik kurul izni alındı (EK 7-8). Her hastadan, gönüllüleri bilgilendirme ve izin formu alındı (EK 6).

2.9. Çalışmanın Sınırlılıkları

Covid-19 pandemi döneminde cerrahi girişimlerin ertelenmesi, kliniklerin kapatılması, yoğun bakım yatak kapasitelerinin yarıya düşmesi, majör cerrahi sonrası MI riski nedeniyle enzim takibi yapılan hastalar, post op dönemde pozitif inotrop ilaç alan hastalar, hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin değişmesi çalışmanın sınırlıklarını oluşturdu.

2.10. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede Shapiro-Wilk testi kullanıldı. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar kontrol edilerek normal dağılım göstermeyen ikili değişkenlerde Mann Whitney U testi kullanıldı. Hastaların PKÖ ölçek puanları ile ilgili parametreler arasındaki ilişkiyi saptayabilmek için Spearman korelasyon analizi uygulandı. Hastaların PKÖ ölçek boyutunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi için Çoklu regresyon modeli kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak alındı.

3. BULGULAR

Kolorektal cerrahi uygulanan hastaların yoğun bakım ünitesindeki ilk 24 saat içinde erken ayağa kaldırma uygulama rehberi uygulanabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların oluşturduğu çalışmaya 25'i deney, 25'i kontrol olmak üzere 50 hasta dahil edildi (Tablo 3.1).

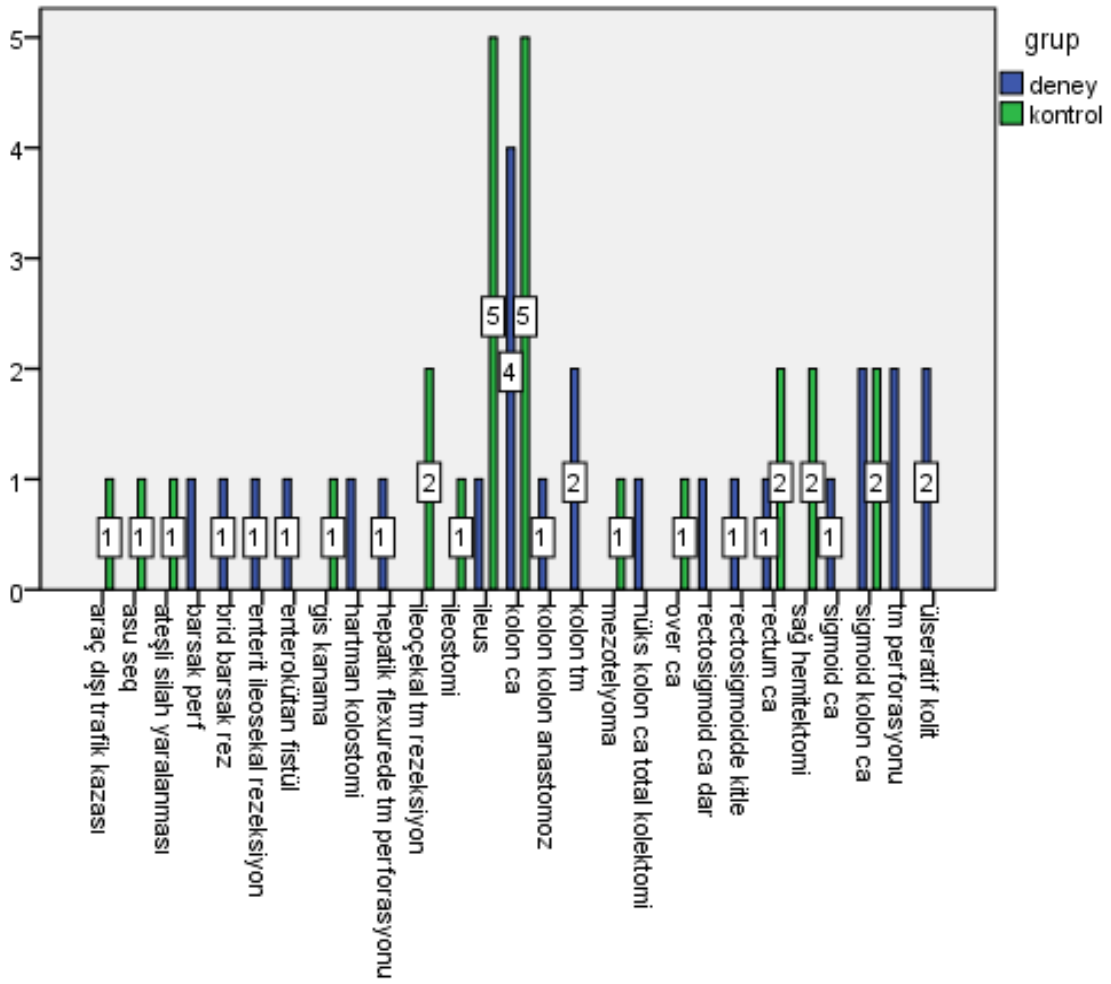
Tablo 3.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=50)

		Total n=50 n(%)	Deney n=25 n(%)	Kontrol n=25 n(%)	X^2 / u	p
Cinsiyet	Erkek	34 (68.0)	19 (76.0)	15 (60.0)	1.471[a]	0.364
	Kadın	16 (32.0)	6 (24.0)	10 (40.0)		
Sigara kullanma	Evet	8 (16.0)	3 (12.0)	5 (20.0)		
	Hayır	35 (70.0)	17 (68.0)	18 (72.0)	1.814 [a]	0.463
	Bıraktım	7 (14.0)	5 (20.0)	2 (8.0)		
Alkol kullanma	Evet	2 (4.0)	1 (4.0)	1 (4.0)		
	Hayır	45 (90.0)	21 (84.0)	24 (96.0)	3.200 [a]	0.235
	Bıraktım	3 (6.0)	3 (12.0)	0 (0.0)		
Sistemik hastalıklar	Yok	29 (58,0)	12 (48,0)	17 (68,0)	2,053	0,252
	Var	21 (42,0)	13 (52,0)	8 (32,0)		
Diyabet	Yok	43 (86,0)	20 (80,0)	23 (92,0)	1,495	0,417
	Var	7 (14,0)	5 (20,0)	2 (8,0)		
Hipertansiyon	Yok	36 (72,0)	17 (68,0)	19 (76,0)	0,397	0,754
	Var	14 (28,0)	8 (32,0)	6 (24,0)		
Kardiyovasküler	Yok	43 (86,0)	23 (92,0)	20 (80,0)	1,495	0,417
	Var	7 (14,0)	2 (8,0)	5 (20,0)		
Solunum sistemi	Yok	48 (96,0)	25 (100,0)	23 (92,0)	2,083	0,490
	Var	2 (4,0)	0 (0,0)	2 (8,0)		
Diğer	Yok	44 (88,0)	20 (80,0)	24 (96,0)	3,030	0,189
	Var	6 (12,0)	5 (20,0)	1 (4,0)		
Yaş (Med(Min-Maks))		56 (21-87)	52 (21-87)	60 (31-78)	-1,156	0,248
Sigara paket (Med(Min-Maks))		1 (1-4)	1 (1-4)	1 (1-1.6)	6.000[b]	0.558
Alkol günde (Med(Min-Maks))		1.5 (1-2)	2 (2-2)	1 (1-1)	0.000[b]	0.317

* p<0,05, [a] Fisher exact test; [b] Mann whitney u test, Med: Medyan; Min: Minimum, Maks: Maksimum

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet (p=0,364), sigara kullanımı (p=0,463), alkol kullanımı (p=0,235), sigara paket (p=0,558) ve alkol tüketimi günde (p=0,317) (p>0,05), sistemik hastalık (p=0,252), diyabet (p=0,417), hipertansiyon (p=0,754), kardiyovasküler (p=0,417), solunum sistemi (p=0,490) ve diğer (p=0,189) hastalıklar varlığı ile çalışma grupları arasındaki dağılımların homojen olduğu belirlendi (p>0,05). Deney grubunda yer alan hastalarda sistemik hastalıklar, diyabet, hipertansiyon ve diğer hastalıkların görülme sıklığı, kontrol grubunda yer alanlara göre daha yüksek bulundu.

Buna karşın kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarının görülme sıklığı kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha düşük olduğu saptandı (Tablo 3.1).



Şekil 3.1. Klinik tanı bulgularının gruplardaki dağılımının incelenmesi

Tablo 3.2. Hastaların cerrahi girişim deneyimi, nazogastirik tüp, ostomi, gaz-gaita çıkışı deneyimi, (n=50)

		Toplam	Deney	Kontrol	x^2 / U	p
		n(%)	n(%)	n(%)		
Daha önce ameliyat deneyimi	Var	31 (62,0)	17 (68,0)	14 (56,0)	0,764[a]	0,561
	Yok	19 (38,0)	8 (32,0)	11 (44,0)		
Ameliyat sonrası nazogastirik tüp	Var	39 (78,0)	17 (68,0)	22 (88,0)	2,914[a]	0,171
	Yok	11 (22,0)	8 (32,0)	3 (12,0)		
Ostomi varlığı	Var	26 (52,0)	10 (40,0)	16 (64,0)	2,885[a]	0,156
	Yok	24 (48,0)	15 (60,0)	9 (36,0)		
Gaz gata çıkışı sonrası ayağa kalkma durumu	Evet	16 (32,0)	6 (24,0)	10 (40,0)	1,471[a]	0,364
	Hayır	34 (68,0)	19 (76,0)	15 (60,0)		
Ameliyat sonrası konstipasyon varlığı	Evet	17 (34,0)	7 (28,0)	10 (40,0)	0,802[a]	0,551
	Hayır	33 (66,0)	18 (72,0)	15 (60,0)		

* p<0,05, [a] Fisher exact test; [b] Mann Whitney U test, Med: Medyan; Min: Minimum, Maks: Maksimum

Çalışmada yer alan hastaların daha önce ameliyat deneyimi (p=0,561), nagogastirik tüp (p=0,171), ostomi varlığı (p=0,156), gaz-gata çıkışı sonrası ayağa

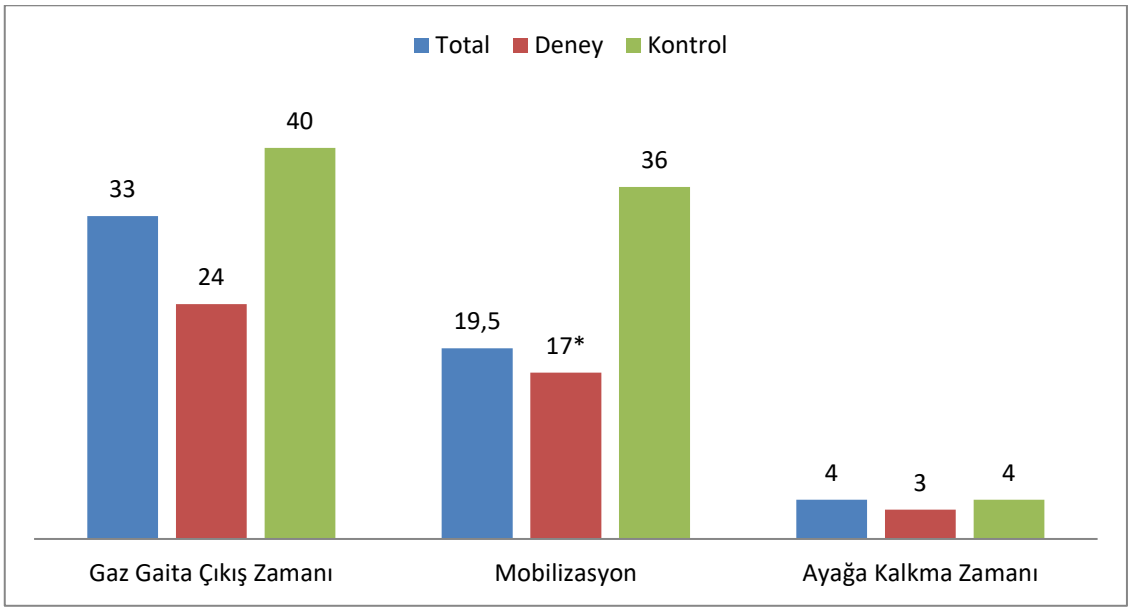
kalkma durumu (p=0,364) ve konstipasyon varlığının (p=0,551) gruplar arasındaki dağılımının homojen olduğu bulundu (p>0,05) (Tablo 3.2).

Tablo 3.3. Hastaların erken ayağa kaldırmanın gaz-gaita çıkışı ve mobilizasyon sürelerinin karşılaştırması (n=50)

	Toplam n(%)	Deney n(%)	Kontrol n(%)	x^2 / U	p
Gaz gaita çıkışı sonrası ayağa kalkma durumu					
Evet	16 (32.0)	6(24.0)	10(40.0)	1,471[a]	0,364
Hayır	34 (68.0)	19(76.0)	15(60.0)		
Ameliyat sonrası gaz gaita çıkış zamanı (saat) (Med(Min-Maks))	33(0-96)	24 (0-96)	40 (0-75)	253,500[b]	0,248
Ameliyat sonrası mobilizasyon (saat) (Med(Min-Maks))	19,5(2-110)	17(6-24)	36 (2-110)	118,000[b]	**<0,001**
Ayağa kalkma zamanı (saat) (Med(Min-Maks))	4 (1-24)	3 (2-24)	4 (1-24)	249,000[b]	0,162

* p<0,05, [a] Fisher exact test; [b] Mann Whitney U test, Med: Medyan; Min: Minimum, Maks: Maksimum

Çalışmada yer alan hastaların gaz-gaita çıkışı sonrası ayağa kalkma durumu (p=0,364), ameliyat sonrası gaz gaita çıkış zamanı (saat) (p=0,248) ve ayağa kalkma zamanı (saat) (p=0,162) bulguları ile gruplar arasında anlamlı farklılık olmamasına karşın deney grubundaki hastaların gaz-gaita çıkışı ve ayağa kalkma sürelerinin daha düşük olduğu belirlendi (p>0,05) (Tablo 3.3). Deney grubundaki hastaların kontrol grubunda hastalara göre daha erken mobilizasyon oldukları (p<0,001) (Şekil 3.2).



Şekil 3.2. Hastaların gaz gaita çıkış zamanı, mobilizasyon ve ayağa kalkma zamanı süreleri (*<p 0.05)

Tablo 3.4'de hastaların işlem öncesi ve sonrası bulguları ile gruplar arasındaki farklılıklar özetlenmiştir.

Tablo 3.4. Hastaların mobilizasyon öncesi ve sonrası hemodinamik ölçüm değerlerinin ortalaması (n=50)

	Toplam (n=50)	**Deney (n=25)**	**Kontrol (n=25)**	**u**	**p**
İÖ Ateş	36,5 (36-37,5)	36,6 (36-37,3)	36,5 (36-37)	302,5[a]	0,845
İS Ateş	36,5 (36-37,4)	36,4 (36-37,2)	36,5 (36-37,4)	218,0[a]	0,064
p[c]	0,542	0,205	0,603		
İÖ Nabız	92 (44-136)	93 (44-118)	91 (56-136)	300,0[a]	0,808
İS Nabız	91 (59-145)	92 (59-122)	90 (70-145)	303,0[a]	0,854
p[c]	0,117	0,279	0,246		
İÖ Solunum	22 (18-36)	22 (18-26)	22 (20-36)	293,0[a]	0,688
İS Solunum	24 (16-28)	24 (16-28)	24 (18-28)	303,0[a]	0,846
p[c]	0,138	0,130	0,690		
İÖ Sistolik Kan basıncı	122,5 (84-168)	116 (84-168)	127 (102-160)	250,0[a]	0,225
İS Sistolik Kan basıncı	120 (73-154)	118 (73-154)	123 (94-150)	248,0[a]	0,211
p[c]	**0,021**	**0,025**	0,290		
İÖ Diyastolik kan basıncı	71 (46-102)	77 (46-102)	70 (55-82)	233,5[a]	0,125
İS Diyastolik kan basıncı	73 (46-118)	74 (46-118)	73 (47-89)	299,5[a]	0,801
p[c]	0,457	0,051	0,366		
İÖ Oksijen saturasyonu	97 (91-100)	97 (91-100)	98 (94-100)	245,5[a]	0,186
İS Oksijen saturasyonu	97,5 (91-100)	98 (91-100)	97 (92-100)	288,0[a]	0,630
p[c]	0,167	0,954	**0,045**		
İÖ Ağrı	0,68±1,55	1,0±1,91	0,36±1,03	262,0[b]	0,160
İS Ağrı	0,76±1,3	0,8±1,11	0,72±1,48	283,5[b]	0,485
p[c]	0,949	0,414	0,472		

* p<0,05, a=Mann Whitney U testi, b=Bağımsız student t-testi, İÖ: İşlem öncesi, İS: İşlem sonrası, c= Paired sample t-testi

Toplam hasta (p=0,021) grubunda İşlem öncesi Sistolik Kan basıncının yüksek; deney (p=0,025) grubunda ise işlem sonrası sistolik kan basıncının daha yüksek olduğu gözlendi (p<0,05). Kontrol grubunda ise işlem öncesi Oksijen saturasyonu değerinin, işlem sonrası oksijen saturasyonu değerine göre daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,045; p<0,05).

Hastaların ateş (p=0,845), nabız (p=0,808), solunum (p=0,688), sistolik kan basıncı (p=0,225), diyastolik kan basıncı (p=0,125), oksijen saturasyonu (p=0,186) ve ağrı (p=0,160) bulguları ile gruplar arasındaki anlamlı farklılığın olmadığı bulundu (p>0,05) (Tablo 3.4).

Hastaların işlem sonrası bulgularına bakıldığında da; ateş (p=0,064), nabız (p=0,854), solunum (p=0,846), sistolik kan basıncı (p=0,211), diyastolik kan basıncı

(p=0,801), oksijen saturasyonu (p=0,630) ve ağrı (p=0,485) bulguları ile gruplar arasındaki anlamlı farklılığın olmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 3.4).

Tablo 3.5. Hastaların Gözlemci Hareket Ölçeği'ne göre gruplar arasındaki farklılıklaı (n=50)

	Toplam	Deney	Kontrol	u	p
	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)		
Gözlemci Hareket Ölçeği total skoru	9 (4-16)	8 (4-15)	11 (5-16)	195,000	**0,022**
Yatak içinde bir taraftan diğer taraf dönme	2 (1-4)	2 (1-4)	3 (1-4)	214,000	**0,042**
Yatak kenarında oturma	3 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	268,500	0,310
Yatak kenarında ayağa kalkma	2 (1-4)	2 (1-4)	3 (1-4)	195,500	**0,018**
Hasta odasında yürüme	2 (1-4)	1 (1-4)	2 (1-4)	232,000	0,096

* p<0,05, u=Mann Whitney U testi

Deney grubunda yer alan hastalarda Gözlemci Hareket Ölçeği skoru (p=0,022), yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme (p=0,042) ve yatak kenarında ayağa kalkma (p=0,018) skorları, kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha düşük olmakla birlikte anlamlı farklılık bulundu (p<0,05) (Tablo 3.5).

Tablo 3.6. Hastaların yatak içi skala ve PKÖ ölçeklerinin skorlarına ilişkin bulguların incelenmesi

	İfade sayısı	Ort±ss	Med (Min-Maks)	Cronbach alpha güvenirlilik katsayı değeri
Yatak içi skala	4	9,18±2,98	9 (4-16)	0,837
PKÖ		52,36±20,86	45 (26-128)	0,870

Kılıç (2016)'da yaptığı çalışmada Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayı aralıklarını; 0,0<α<0,4 aralığında 'ölçek güvenilir değildir', 0,41<α<0,6 aralığında 'ölçek düşük güvenirliktedir', 0,61<α<0,8 aralığında 'ölçek orta güvenirliktedir', 0,81<α<1,00 aralığında ise 'ölçek yüksek güvenirliktedir' şeklinde bildirdiği gözlendi. Tablo 3.6'da yapılan çalışmada yatak içi skala (α=0,837) ve PKÖ ölçek (α=0,870) skorlarının güvenirlilik katsayılarının yüksek güvenirlikte olduğu tespit edildi (p<0,05) (Tablo 3.6).

Tablo 3.7. Hastaların Yorgunluk Skalası ve Perianestezi Konfor Ölçeği skorları

	Toplam	Deney	Kontrol	u	p
	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)		
VAS yorgunluk skalası	3 (0-8)	2 (0-8)	2 (0-8)	254,000	0,244
PKÖ	45 (26-128)	45 (30-89)	45 (26-128)	281,000	0,541

Tablo 3.7'de deney ve kontrol grubundaki hastaların VAS yorgunluk skalası ve PKÖ'nin medyan değerlerinin benzerlik gösterdiği belirlendi (p>0,05).

Tablo 3.8. Hastaların PKÖ skorları ile sürekli ölçüm ifadeler arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testi ile incelenmesi

	Toplam PKÖ		**Deney PKÖ**		**Kontrol PKÖ**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Kaçıncı kez hastane	-0,004	0,980	-0,060	0,777	-0,045	0,832
Ameliyat sonrası gaz gaita çıkış zamanı (saat)	0,007	0,959	0,203	0,330	-0,154	0,463
Ameliyat sonrası mobilizasyon (saat)	-0,005	0,974	0,151	0,471	0,090	0,668
Ayağa kalkma zamanı (saat)	-0,044	0,763	-0,230	0,268	0,139	0,508
Yatak İçinde Bir Taraf skoru	0,325	**0,021***	0,589	**0,002****	0,294	0,154
Yorgunluk	0,296	**0,037***	0,328	0,109	0,268	0,195

* p<0,05, r=Spearman korelasyon katsayı

Tablo 3.8'e bakıldığında hastaların PKÖ ölçümleri ile yatak içinde bir taraf skoru (r=0,325) ve yorgunluk (r=0,296) düzeyleri ile pozitif yönlü zayıf bir korelasyon ilişkisi olduğu belirlendi (p<0,05). Kaçıncı kez hastane, gaz-gaita çıkış zamanı (saat), mobilizasyon ve ayağa kalkma zamanı ile aralarında anlamlı bir korelasyon bulgusuna rastlanılmamıştır (p>0,05).

Tablo 3.9. Hastaların Perianestezi Konfor Ölçeğini etkileyen faktörler

Model	**Standardize olmayan katsayılar**		**Standardize katsayılar**	**t**	**p**
	B	**Std Hata**	**Beta**		
Sabit (Constant)	101.175	40.868		2.476	**0.021**
Cinsiyet	2.082	7.501	0.047	0.278	0.784
Sigara kullanma	-8.402	7.251	-0.223	-1.159	0.258
Alkol kullanma	6.438	12.256	0.098	0.525	0.604
Sistemik hastalık	10.680	11.515	0.255	0.928	0.363
DM	1.132	10.316	0.019	0.110	0.914
HT	-3.288	11.496	-0.071	-0.286	0.777
Kardiyovasküler	-26.866	11.207	-0.451	-2.397	**0.025**
Solunum sistemi	40.454	18.153	0.384	2.229	**0.035**
Diğer	-7.840	13.539	-.0123	-0.579	0.568
Kaçıncı kez hastane	-0.278	4.185	-0.016	-.0066	0.948
Daha önce ameliyat	-12.720	10.058	-0.299	-1.265	0.218
Ameliyat sonrası nazogastrik tüp	-40.574	8.612	-0.814	-4.711	**<0.001**
Ostomi varlığı	-3.106	6.679	-0.075	-0.465	0.646
Ameliyat öncesi komplikasyon bilgi verilme durumu	24.573	10.824	0.357	2.270	**0.032**
Ameliyat sonrası gaz gaita çıkış zamanı (saat)	0.109	0.127	0.134	0.860	0.398
Ameliyat sonrası mobilizasyon saati	-0.044	0.132	-0.052	-0.336	0.740
Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme	-7.281	5.062	-0.299	-1.438	0.163

Yatak kenarında oturma	-1.083	5.075	-0.045	-0.213	0.833
Yatak kenarında ayağa kalkma	6.122	5.765	0.278	1.062	0.299
Hasta odasında yürüme	14.535	5.426	0.668	2.679	**0.013**
Gaz gaita çıkışı ayağa kalktıktan sonrası	-3.329	7.014	-0.075	-0.475	0.639
Ayağa kalkma zamanı 24 saati aşıyorsa nedeni	0.332	0.985	0.050	0.337	0.739
Mobilizasyonu kiminle birlikte uygulandı	11.763	8.702	0.205	1.352	0.189
Ameliyat sonrası konstipasyon varlığı	-17.455	8.328	-0.400	-2.096	**0.047**
VAS yorgunluk skalası	0.885	1.163	0.109	0.761	0.454
Model 1: R= 0,851; R^2= 0,724; Adjusted R= 0,436; F= 2,514; Durbin Watson=1,308; p=0,014					

* p<0,05, ** Çoklu regresyon analizi

PKÖ skorunu etkileyen faktörler Tablo 3.8'da incelendiğinde değişkenlerden; solunum sisteminin 40,454 kat (β=40.454, p=0.035), ameliyat öncesi komplikasyon bilgi verilme durumu 24,573 kat (β=24.573, p=0.032) ve hasta odasında yürümenin 14,535 kat (β=14.535, p=0.013) pozitif yönlü bir etkisi olduğu belirlendi. Ancak kardiyovasküler 26,866 kat (β=-26.866, p=0.025), nazogastrik tüp 40,574 kat (β=-40.574, p<0.001) ve ameliyat sonrası konstipasyon gelişiminin 17,455 kat (β=-17.455, p=0.047) negatif yönlü bir etkisi olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 3.10'da deney grubunda yer alan hastaların VAS yorgunluk skoru ile parametreler arasındaki ilişkinin incelenmiştir. Yapılan incelemeye göre deney grubunda yer alanların VAS yorgunluk skalası bulguları ile daha önce ameliyat varlığı ile aralarında ters (negatif) yönlü (r=-0,483) bir ilişki olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 3.10. Hastaların VAS yorgunluk skoru ile değişkenler arasındaki ilişki (n=25)

	VAS yorgunluk skalası	
	r	**p**
Yaş	0,016	0,941
Kilo	-0,019	0,927
Boy	-0,236	0,255
BKI	0,130	0,536
Cinsiyet	0,330	0,107
Medeni durum	-0,354	0,083
Eğitim durumu	0,136	0,516
Öğrenim durumu	0,054	0,799
Çalışma durumu	0,199	0,341
Meslek	0,350	0,087
Sigara kullanma	0,208	0,318
Alkol kullanma	0,144	0,493
Sistemik hastalıklar	0,045	0,830
DM	0,070	0,738
HT	0,193	0,354
Kardiyovasküler	-0,145	0,488
Diğer	-0,014	0,947
Kaçıncı kez hastane	0,100	0,635
Daha önce ameliyat	-0,483*	**0,014**
Ameliyat sonrası nagogastirik tüp	0,212	0,310
Ostomi varlığı	0,207	0,320
Ameliyat öncesi komplikasyon bilgi verilme durumu	-0,273	0,186

Ameliyat sonrası gaz gaita çıkış zamanı (saat)	0,116	0,581
Ameliyat sonrası mobilizasyon (saat)	0,130	0,536
Gaz gata çıkışı sonrası ayağa kalkma durumu	-0,106	0,615
Ayağa kalkma zamanı (saat)	0,041	0,846
Mobilizasyonu kiminle birlikte uygulandı	0,211	0,310
Ameliyat sonrası kabızlık şikayeti varlığı	0,082	0,698
İşlem öncesi Saat	0,098	0,642
İşlem öncesi Ateş	0,099	0,636
İşlem öncesi Nabız	0,265	0,200
İşlem öncesi Solunum	0,149	0,476
İşlem öncesi Sistolik Kan basıncı	0,270	0,192
İşlem öncesi Diyastolik kan basıncı	0,168	0,422
İşlem öncesi Oksijen saturasyonu	-0,016	0,940
İşlem öncesi Ağrı	0,037	0,861
İşlem sonrası Saat	0,065	0,758
İşlem sonrası Ateş	0,255	0,219
İşlem sonrası Nabız	0,172	0,411
İşlem sonrası Solunum	0,017	0,934
İşlem sonrası Sistolik Kan basıncı	0,307	0,136
İşlem sonrası Diyastolik kan basıncı	-0,029	0,889
İşlem sonrası Oksijen saturasyonu	-0,073	0,731
İşlem sonrası Ağrı	0,238	0,252
Yatak içinde bir taraftan diğer taraf dönme	0,102	0,627
Yatak kenarında oturma	0,097	0,646
Yatak kenarında ayağa kalkma	0,153	0,467
Hasta odasında yürüme	0,340	0,096
YTK puan	0,154	0,463
PKÖ	0,328	0,109

Deney grubunda VAS yorgunluk skorunu etkileyen faktörler Tablo 3.11'de incelendiğinde değişkenlerden; daha önce ameliyat varlığının 2,404 kat (β=-2.404, p=0.020) negatif yönlü bir etkisi olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 3.11. Deney grubunda VAS yorgunluk skalasını etkileyen faktörlerin incelenmesi (n=25)

Model	**Standardize olmayan katsayılar**		**Standardize katsayılar**	**t**	**p**
	B	**Std Hata**	**Beta**		
Sabit (Constant)	5.934	1.343		4.419	**<0.001**
Daha önce ameliyat	-2.404	0.959	-0.463	-2.507	**0.020**
Model 1: R= 0.463; R^2= 0.215; Adjusted R= 0.180; F= 6.284; Durbin Watson=2.345; p=0.020					

* p<0,05, ** Çoklu regresyon analizi

4. TARTIŞMA

1970'li yıllarda temelleri atılan erken ayağa kalkma kavramı günümüze kadar etkinliğini korumuştur. Günümüzde erken ayağa kalkma cerrahi ve dahili birimlerde yaygın olarak kullanılan önemli destekleyici girişimlerden birisidir (Gürsoy, 2001). Erken ayağa kalkmada cesaretlendirme, komplikasyonların önlenmesinin yanı sıra hastanın bağımsızlığını erken dönemde elde etmesinde önemli rol oynar. Hasta tolere edebildiği ölçüde hareket ettirilir ve hareketlerinde cesaretlendirilir (Gürsoy, 2001). Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını kazanması, taburculuk süresini kısaltan en önemli nedenlerden biridir. Ameliyat sonrası mobilize olma, anestezi nedeniyle etkilenen mide ve bağırsakların eski çalışma düzenine geçişinin daha erken başlamasına, konfor düzeyinin artmasını sağlar. Bu nedenle ameliyat sonrası hastaların erken dönemde ayağa kaldırılmaları ve egzersizler büyük önem taşımaktadır (Büyükyılmaz ve Şendir, 2014). Bu bağlamda kolorektal cerrahi uygulanan hastaların yoğun bakım ünitesin ilk 24 saatte erken ayağa kaldırmada rehber kullanımının bağırsak hareketleri, hemodinami, yorgunluk ve konfor düzeyine etkisi incelendi.

Bağırsak Hareketleri

Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda erken dönemde çoğunlukla bağırsak hareketlerinin yavaşlamasına bağlı gaz ve gaita çıkarmaya yönelik sorunlar yaşanmaktadır (Kehlet 2008; Stewart, D., Waxman, K. 2010). Kolorektal cerrahi yönteminde ameliyat süresi, anestezi/opiod kullanımı ve ameliyat sırasında bağırsakların ellenmesi, gastrik motilitenin geçici olarak bozulmasına yol açarak postoperative ileus (POİ) gelişebilmektedir (Chapman et al., 2018; Quiroga-Centeno et al., 2020). Literatürde POİ çoğunlukla major abdominal cerrahi sonrası %10-30 oranında geliştiği, 2-7 gün içerisinde çözüldüğü, iyileşmeyi geciktiren en önemli nedenler arasında yer aldığı belirtilmektedir (Asgeirsson T et ., 2010; (Vather, Trivedi, Bissett 2013). Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik uygulaması olarak en fazla uygulanan girişim; hastanın erken ayağa kaldırılması, hastaya bu sorunun nedenleri ve yapılacak uygulamalar hakkında açıklama yapılması ve aktif pasif egzersiz uygulamasının yapılması şeklinde saptanmıştır (İzveren, 2010). Yılmaz'ın (2001) çalışmasında bağırsak-karın distansiyonunun giderilmesinde hastanın ayağa kaldırılması, yatak içinde aktif ve pasif egzersizlerde bulunmanın distansiyonu önlemede etkili olduğu belirlenmiş. Çınar'ın (2005)

kolesistektomi ve sezaryen ameliyatı geçiren hastalarda erken dönemde hareket etmenin bağırsak fonksiyonlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla 106 hasta üzerinde yaptığı çalışmada hastaların yarısından fazlada gaz-gaita, bağırsak hareketleri ilk 24 saatte daha erken başladığı bulunmuştur. Bu çalışmada erken ayağa kaldırılan hastaların kontrol grubunda hastalara göre daha erken mobilizasyon oldukları ileri düzeyde anlamlı (17'ye 36) farklılık olduğu belirlendi Ancak hastaların gaz-gaita çıkışı sonrası ayağa kalkma durumu (6'ya 10), ameliyat sonrası gaz gaita çıkış zamanı (24'e 40) ve ayağa kalkma zamanında (3'e 4) anlamlı farklılık olmamasına karşın düşük bulundu. Bu konu ile ilgili yapılmış çalışmaların çok sınırlı olmasına karşın kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda bağırsak hareketlerinin kontrol grubuna göre ilk 24 saatlik zamanda daha erken başlamasını olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Hareket Düzeyine Etkisi

Erken ayağa kalkma, kardiyovasküler cerrahi ve akut miyokard enfarktüsü sonrası uygulanan kardiyak rehabilitasyon programı kapsamında, hastaların fiziksel, sosyal, emosyonel ve mesleki durumlarında optimal düzeye ulaşabilmelerini amaçlayan bir süreç olmuştur (Turhan ve ark., 2012). Hareketsizliğe bağlı olarak gelişebilecek problemleri önlemek için hastaya derin solunum, öksürük, yatak içinde dönme ve ekstremite egzersizleri yaptırılmasını ve hastalara düzenli hareket etmeleri konusunda teşvik edilmeleri gerektiği önerilmektedir (Bölükbaşı, 2000; Bartolo ve ark., 2017; Conceiçao ve ark., 2017). Ayoğlu'nun (2011) cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların en fazla yatak kenarında oturmak hareketi sırasında zorlandıkları ve yatak kenarında oturma hareketini gerçekleştirirken yardıma ihtiyaç duydukları saptanmıştır (Ayoğlu, 2011).

Cerrahi kliniklerde yatan yetişkin hastaları diğer klinik hastalarından ayıran en önemli özellik; ameliyat sonrası dönemde hareket aktivitesinde kısa ya da uzun süreli kısmi veya tam olarak bir başkasına bağımlı olmalarıdır. Yolcu, Akın ve Durna'nın (2016) farklı cerrahi girişim uygulanan 80 hastanın ameliyat sonrası 2. ve 3. günü hareket düzeylerini değerlendirdikleri çalışmada Gözlemci Hareketlilik Ölçeği'nden hastaların en fazla yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmede zorlandıkları, en az zorlandıkları aktivitenin hasta odasında yürümedir. Aksuoğlu, Yanmış ve Deşer (2018)'in çalışmalarında kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım ünitesindeki hastaların ameliyat

sonrası ilk 2 günde Gözlemci Hareketlilik Ölçeği' genel puan ortalaması orta düzeyde (Sieloff ve Messmer, 2014; Alligood, 2010): en fazla hasta odasında yürüme, en az zorlanılan aktivitenin yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmedir. Ayoğlu'nun (2011) çalışmasında da en fazla yatak kenarında oturmak hareketi sırasında zorlandıkları ve yatak kenarında oturma hareketini gerçekleştirirken yardıma ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Bu çalışmada erken ayağa kaldırılan hastalarda genel Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (8 iken 11; p=0,022), yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme (2 iken 3; p=0,042) ve yatak kenarında ayağa kalkma (2 iken 3; p=0,018) hareketleri kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha düşük bulundu. Yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde farklı cerrahi girişim uygulan hastaların hareketlilik düzeylerinin de farklı olduğu görülmektedir. Bu sonuç erken ayağa kaldırılan hastaların, yatak içindeki hareketlerinde daha az yardıma ihtiyaç duyduklarını işaret etmektedir.

Hemodinamik Paremetreler Üzerine Etkisi

Erken mobilizasyonun, yoğun bakım hastalarında, özellikle postoperatif hastalarda, oksijen transportunu arttırdığı ve daha az postoperatif pulmoner komplikasyonlara yol açtığı gösterilmiştir (Pryor ve Prasad, 2008). Yine erken mobilizasyonun, sadece solunum egzersizleri uygulanması ile kıyaslandığında zorlu vital kapasiteyi arttırdığı ve arter oksijenlenmesini iyileştirdiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Scheidegger, Bentz, Piolino, 1976). Mobilize edilen hastalarda ekstübasyon, hipertansiyon veya hipotansiyon, hastanın dizüstü düşmesi gibi istenmeyen durumlar gösterilmiştir (Bailey, Thomsen, Spuhler, 2007). Yoğun bakım hastalarında zayıf vasküler tonus, işlevsiz bir otonomik geri besleme döngüsü ve/veya düşük kardiyovasküler rezerv sonucu mobilizasyona adaptasyon gecikebilir (Convertino, Doerr, Eckberg, 1990; Convertino, Previc, Ludwig, Engelken 1997). Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası erkek hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların kan basıncı değerinin anlamlı derecede yükseldiği görülmüştür (Pryor, Prasad, 2008). Şenduran ve ark. (2010) karaciğer transplantasyonu sonrası hastalara fizyoterapi programı uygulamış ve hastaların ilk yatak içinde oturma, yatak kenarında oturma, yatak kenarında kaldırma, yatak dışında oturma ve yürüme sırasında kan basıncı, nabız ve solunum sayısını değerlendirmişlerdir (Bailey, Thomsen, Spuhler, 2007). Buna göre hastaların hareket sonrasında kan basıncı, solunum ve nabız değerlerinin yükseldiğini bulmuşlardır (Bailey, Thomsen, Spuhler, 2007). Müller ve arkadaşlarının (2010) meme kanseri cerrahisi sonrası

erken ayağa kalkmaya kardiyovasküler yanıt ve ortostatik intoleransı değerlendirdiği çalışmada, hastaların pozisyon değişimi sırasında tüm kardiyovasküler değişkenlerinin (sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız hızı, volüm hacmi) etkilendiğini bildirmişlerdir. Bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki hastaların mobilizasyon öncesi ve sonrası hemodinamik değerleri (nabız, solunum, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, oksijen saturasyonu) ve ağrı düzeyleri incelendiğinde mobilizasyon sonrası istatiksel olarak anlamlı olmasa da solunum hızı ve ağrı düzeyinde artma, sistolik kan basıncının azalma belirlendi. Deney grubundaki hastaların mobilizasyon sonrası ağrı düzeylerinde (1.0 ±1.91; 0,8±1,11) azalma, sistolik kan basıncında artma (116; 118) olmasına karşın kontrol grubunda ağrı düzeyinin arttığı (0,36±1,03; 0,72±1,48), sistolik kan basıncının azaldığı (127; 123), diyostolik kan basıncının ise arttığı (70; 73) saptandı. Bu sonuç erken ayağa kaldırmanın hastaların hemodinamisini olumsuz etkilemediği, kontrol grubuna göre sistolik ve diyastolik kan basıncını daha istenilen düzeyde olmasına bağlı yoğun bakımda erken mobilizasyonun güvenli ve yapılabilir olduğunu göstermektedir. Erken ayağa kaldırmada ani hemodinamik değişikliklere olabileceğinden hasta güvenliğinin sağlanmasının önemini de ortaya koymaktadır.

Konfor Düzeyine Etkisi

Konfor bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda yardım alabilme, huzur sağlama ve karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmeyi sağlayan bir sonuç olmaktadır. Hemşirelerin cerrahi süreç sonrasında toparlanmakta olan ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız hale gelen hastalarda konforu olumsuz etkileyen etmenleri en az düzeye getirerek hastaların yenilenmesine destek sağlamayı amaçlaması gerekmektedir (Üstündağ ve Eti Aslan, 2010). Üstündağ'ın (2009) çalışmasında, 3.06; Şahin'in (2016) çalışmasında, 2.82; Sönmez'in (2013) çalışmasında, 3.17; Ören'in (2018) çalışmasında, 2.96 olarak saptanmıştır. Hastaların perianestezi konfor düzeyi genel toplam puan ortalaması 52,36±20,86 (2,18) olarak saptandı (Tablo 3.6). Erken ayağa kaldırılan hastalar ile kontrol grubu arasında konfor PKÖ'nin medyan değerlerinin benzerlik gösterdiği belirlendi ($p>0,05$). Bu bulgu, hastaların konfor puanlarının ortalamanın üzerinde olduğunu ve konfor düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Çalışmamızdan elde edilen bulgu, benzer diğer araştırmalardan nispeten düşük bulunmasına rağmen yakındır. Çalışmaların yürütüldüğü hasta grubunun farklılık göstermesi, ameliyat sonrası birinci gün olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Üstündağ (2009) ve Sönmez (2013) çalışmalarını kalp

ameliyatı, Şahin'in (2016) çalışması yedi farklı hastalık tanısı sonucu ameliyat geçiren hasta grubu ile yürütülmüştür. Ören (2018) çalışması ise, göğüs cerrahisi geçiren hastalarla yürütülmüş, ancak katılımcıların yalnızca %48'i akciğer kanseri tanısı ile ameliyat olduğunu belirtmiştir.

Hastaların konforu sağlamaya ilişkin önerileri ise, erken taburcu olmak, hastanenin fiziki koşullarının iyileştirilmesi ve yeterli bilgi ve eğitiminin verilmesi olarak saptandı. Yapılan bir çalışmada da hastanın ağrısının arttığında, konforunun azaldığını ve analjezik kullanımının arttığını belirtmiştir (Üstündağ ve Eti Aslan, 2010). Literatür tarandığında yapılan farklı çalışmalarda hastaların ameliyat öncesinde ameliyat-tedaviye ilişkin korku yaşadığı, geçirecekleri cerrahi girişime ilişkin endişe yaşadıkları saptanmıştır (Özbayır ve ark., 2003; Çevik ve Yıldız, 2015). Bu sonuçlar, cerrahi girişim öncesi hastaların bilgi gereksinimleri olduğunu ortaya düşündürmektedir.

Konfor bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda yardım alabilme, huzur sağlama ve karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmeyi sağlayan bir sonuç olmaktadır. Hemşirelerin cerrahi süreç sonrasında toparlanmakta olan ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız hale gelen hastalarda konforu olumsuz etkileyen etmenleri en az düzeye getirerek hastaların yenilenmesine destek sağlamayı amaçlaması gerekmektedir (Üstündağ ve Eti Aslan, 2010). Üstündağ'ın (2009) çalışmasında, 3.06; Şahin'in (2016) çalışmasında, 2.82; Sönmez'in (2013) çalışmasında, 3.17; Ören'in (2018) çalışmasında, 2.96 olarak saptanmıştır. Hastaların perianestezi konfor düzeyi genel toplam puan ortalaması 52,36±20,86 (2,18) olarak saptandı (Tablo 3.6). Deney ve kontrol grubunda yer alanların ise perianestezi genel konfor düzeylerinin benzerlik gösterdiği gözlendi (Tablo 3.6). Bu bulgu, hastaların konfor puanlarının ortalamanın üzerinde olduğunu ve konfor düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Perianestezi konfor ölçeği puan ortalaması Çalışmamızdan elde edilen bulgu, benzer diğer araştırmalardan nispeten düşük bulunmasına rağmen yakındır. Çalışmaların yürütüldüğü hasta grubunun farklılık göstermesi, ameliyat sonrası birinci gün olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Üstündağ (2009) ve Sönmez (2013) çalışmalarını kalp ameliyatı, Şahin'in (2016) çalışması yedi farklı hastalık tanısı sonucu ameliyat geçiren hasta grubu ile yürütülmüştür. Ören (2018) çalışması ise, göğüs cerrahisi geçiren hastalarla yürütülmüş, ancak katılımcıların yalnızca %48'i akciğer kanseri tanısı ile ameliyat olduğunu belirtmiştir. Çalışmaların yürütüldüğü hasta yaş grubu, hastane ya da oda ortamı,

hastaların önceki ameliyat türleri ve hastanede yatma süresi gibi pek çok faktörün sonuçların farklılığında etkisi olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların sigara kullanımı, alkol kullanımı, sistemik hastalık, DM, HT ve diğer hastalıkların, hastaneye başvuru sayısı ve sistemik hastalıkların varlığı değişkenleri ile konfor puanına etkisi açısından konfor puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Benzer çalışmalara da bakıldığında, sigara ve alkol kullanımının konfor üzerinde etkisi olmadığı belirlenen çalışmaya da (Sönmez, 2013), tek başına olan hastalarda konfor düzeyinin kadın hastaların erkek hastalara göre daha düşük olduğu belirlenen çalışmaya da (Sayedfatemi ve ark., 2014) rastlanmaktadır. Araştırmamızda hastaların büyük bir çoğunluğu erkek ve ailelerinden destek alanların konfor puan ortalamalarının 2.18 olduğu saptandı (Tablo 3.6). Bu durum hastaların konforunun sağlanmasında sosyal desteğin ne kadar etkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmada, hastaların daha önceki ameliyat olma, ameliyat sonrası nagogastirik tüp takılması, ostomi varlığı ve gaz gaita çıkışı sonra ayağa kalkma ve ameliyat sonrası kabızlık şikayeti varlığı değişkenlerinde gözlenen farklılıkların gruplar arasında benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Elde edilen bulguların hasta konforuna etki eden faktörler olmadığını düşündürmektedir (Tablo 3.2).

Çalışmada, hastaların konfor ölçeği puan ortalamalarının cinsiyetten etkilenmediği bulundu (Tablo 3.1). Ören'in (2018) çalışmasında da erkek ve kadın hastaların konfor düzeyi puan ortalamalarında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımız Ören'in (2018) bulguları ile uyumludur. Diğer taraftan, Şahin'in (2016) çalışmasında ve Üstündağ'ın (2009) çalışmasında, erkek hastaların konfor düzeyinin kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularının kadın ve erkeklerin konfor algılarının farklı olabilmesi nedeniyle birbiriyle çeliştiği düşünülmektedir.

Hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında hizmet kalitesini belirlemede temel bir kriterdir. Hasta konforunu arttırmada en kilit personel hemşirelerdir. Hemşireler 24 saat hastayla birlikte olduklarından konfor durumunu arttırmada ve hasta memnuniyetin belirlenmesinde en temel öğedir (Şahin, 2016). Araştırmada hastalara mobilizasyonu uygulamada doktor, hemşire ve hasta bakıcıların kendilerine karşı ilgili olduklarını, uygulanan bakımın kendilerini güvende hissetmelerini sağladığını ve aldıkları bakımdan memnun olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 3.2). Hastaların konfor düzeylerinin aldıkları bakım ve destek ile arttığı düşünülmektedir.

Özbayır ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada, hastaların %62.13'ünün ameliyat öncesinde yapılacak cerrahi girişime ilişkin endişe yaşadıkları ve %21.58'inin ameliyathaneyi korkunç bir yer olarak hatırladıkları belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda hastaların alıştığı çevreden ayrılarak, yabancı görünen ameliyathane ortamına girerken endişe yaşamaya başladıklarını belirtmişlerdir (Erdil ve ark., 2000; Oflaz ve Vural, 2010; Arslan ve ark., 2017).

Çalışmaya dahil edilenlerin %62.0'sinin; deney grubunda % 68,0'inin, kontrol grubunun ise % 56,0'sının geçirilmiş ameliyat öyküsü olduğu gözlenirken konfor puan ortalamalarına geçirilmiş ameliyat öyküsünün anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.9). Aynı zamanda Amaç ve Çam'ın (2019) çalışmasında hastaların %86.3'ünün; Üstündağ'ın (2009) çalışmasında %40.4'ünün geçirilmiş ameliyat öyküsü olduğu ve geçirilmiş ameliyat öyküsünün anlamlı bir etkisi olmadığını bildirmişlerdir. Çalışma bulguları bu çalışmalar ile benzer sonuçtadır. Ancak, Şahin'in (2016) çalışmasında geçirilmiş ameliyat öyküsü olan hastaların konfor puan ortalamalarının ameliyat öyküsü olmayan hastalardan yüksek olduğu belirtilmektedir.

Çalışmaya katılanlarda kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları daha sık gözlenmesine karşın gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 3.1). Buna karşın çalışmaya dahil edilenlerde kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarının varlığı konfor düzeylerine etkisi olduğu tespit edildi (Tablo 3.9). Benzer çalışma bulgusu da, hastalarda ek hastalık öykülerinin hastaların konfor düzeylerini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Şahin, 2016). Bu bulguya dayanarak, hastalarda ek hastalık varlıklarının ameliyata yönelik tutumlarının değerlendirilmesi ve olumsuz düşüncelerin giderilmesi yönünde uygulanacak girişimlerin, hastaların ameliyat sonrası konfor düzeyini yükseltebileceği söylenebilir.

Katılımcıların cinsiyet değişkenleri ile sigara ve alkol kullanımlarının hastaların PKÖ skoruna herhangi bir etkisi olmadığı gözlendi (Tablo 3.9). Yapılan çalışmalarda da hastaların cinsiyet değişkenleri ile sigara ve alkol kullanımlarının konfor puan ortalamalarına etkisi olmadığı gözlenmiştir (Amaç ve Çam, 2019; Üstündağ, 2009; Şahin, 2016).

Çalışmaya dahil edilenlerin kaçıncı kez hastaneye başvurdukları ile daha önce ameliyat bulgularının konfor puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 3.3), (Tablo 3.8). Literatür bilgisine göre, hastaneye başvuru sayısı artmasının konfor düzeyine olumsuz yansıdığı şeklinde görüş bildirilmektedir (Üstündağ,

2009). Bizim çalışmamızda literatürden farklı bir sonuç elde edilme çalışmaya dahil edilen hasta örneklem sayımızın azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Şahin'in (2016) çalışmasında da daha önce ameliyat varlığının PKÖ skoruna etki etmediği bildirilmiştir. Bu bağlamda elde ettiğimiz sonucun literatür ile paralellik gösterdiği anlaşılmıştır.

Elektif kolorektal cerrahiden sonra bağırsak hareketliliğin eski haline geri gelmesi sürecinde; bulantı, kusma, karında şişkinlik gibi komplikasyonların hastalarda ağrıya neden olduğu bildirilmektedir (Kehlet ve Wilmore, 2005). Bu durumun gerçekleşmesi halinde de hastaların hastaneden taburcu edilmesini geciktirmektedir. Gelişmiş iyileşme programları, operasyonlarla ilişkili stres tepkisini azaltmayı ve dolayısıyla komplikasyonları azaltmayı amaçlamaktadır (Kehlet, 1997). Parnaby ve arkadaşları (2009) gaz gaita çıkışına etki eden faktörlere incelediklerinde gruplar arasında gaz çıkarma süresi veya hastanede kalış süresi açısından anlamlı bir farklılığa ulaşamadıkları gözlendi. Bizim çalışmamızın sonuçlarında da gaz gaita çıkışı sonrası ayağa kaldırma bulgularında deney ve kontrol grupları arasında benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 3.3).

Literatürde, ameliyat sonrası gaz gaita çıkış zamanı ve ameliyat sonrası mobilizasyon saati değişkenlerinin erken ayağa kalkma sürecine ve konforuna olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir (Gebremedhn and Nagaratnam, 2014). Hamann ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada ise gaz gaita çıkış zamanının hastaların konfor düzeyine etkisi olmadığını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da gaz gaita çıkış zamanı ve ameliyat sonrası mobilizasyon saati değişkenlerinin PKÖ skoruna etkisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.9). Tuti ve arkadaşlarının (2017) kanserli hastalar üzerine gerçekleştirdikleri çalışmada elde ettiğimiz sonuçtan farklı olarak; gaz gaita çıkışı zamanı ve ameliyat sonrası mobilizasyon saatlerinin erken olmasının hastaların konfor düzeyine pozitif etkisi olduğunu bildirmişlerdir.

Ağrıyı değerlendirmenin en kolay yolu hastaya ağrısının olup olmadığının sorulmasıdır. Ayrıca ağrının şiddeti, yeri ve özelliğinin de bilinmesi gerekir. Ağrıyı değerlendirmede ölçek kullanımı hasta ile hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında objektif değerlendirmeyi sağlamaktadır (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009). Çalışmaya dahil edilenlerin VAS skorları 3 olduğu gözlenirken; deney grubu ile kontrol gruplarında benzerlik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 3.7). Konfor düzeyi ile PKÖ skorları arasında ise pozitif yönlü zayıf bir korelasyon bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 3.8).

Sönmez'in (2013) çalışmasında, orta şiddette ve şiddetli ağrı çeken hastaların konfor düzeyinin hafif ağrı çeken hastalara göre konfor düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Şahin'in (2016) çalışmasında da şiddetli ağrı çeken hastalarda konfor düzeyi, hem hafif hem de orta şiddette ağrısı olanlara göre daha düşük saptanmıştır. Çalışmalarda birbirinden farklı hasta grupları ile çalışıldığı ve yapılan ameliyatların farklı olması düşünülerek, sonuçların farklılık göstermiş olduğu düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası kabızlık şikayeti hastaların oldukça önemli bir sorundur. Hastaya verdiği rahatsızlık ile hasta konforunu bozması dışında, bazen ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir (Kubat, 2017). Çalışmamıza dahil edilenlerde ameliyat sonrası kabızlık şikayetinin gruplar arasında birbirine yakın bulgular olduğu gözlenirken (Tablo 3.2); kabızlık şikayeti varlığının olmasının hastaların konfor düzeyine olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır (Tablo 3.9). Benzer çalışmalarda da çalışmamızın bulguları ile paralellik gösterdiği ameliyat sonrası kabızlık şikayeti olmasının hastaların konfor düzeyine olumsuz etkisi olduğu gözlenmiştir (Şahin, 2016; Kubat, 2017).

VAS Yorgunluk Skalasına Etkisi

Yorgunluk, cerrahi operasyona geçiren kişilerde yaygın ve zayıflatıcı bir semptom olmaya devam etmektedir. Egzersizin yorgunluğu azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Buna karşın henüz cerrahi sonrası hastalar için müdahaleler sınırlıdır (Leidy, 1994). Yorgunluk, özellikle KHDAK'li kişilerde yaygın, şiddetli ve zayıflatıcı bir kanser semptomu olmaya devam etmektedir ve yorgunluk, teşhis ve tedaviden sonra da devam etmektedir (Bower ve ark., 2014; Berger ve ark., 2015).

Yorgunluk ve bitkinlik arasında ayrım yapmanın önemini daha da vurgulamak için, bir kişi aynı yaşta aynı derecede yorgunluğa sahip iki yaşlı kişiyi düşünebilir. Bir kişi sağlıklı ve fiziksel olarak aktif olabilirken, diğerinin birden fazla komorbid durumu olabilir ve orta derecede aktif olabilir (Barsevick ve ark., 2013). Her iki kişi de aynı derecede yorgunluk bildirebilirken, ikincisi daha fazla yorgunluğa sahiptir. Yorgunluğun azalmasına ve ayrıca aktivitenin azalmasına yol açan bir egzersiz müdahalesi, yalnızca yorgunluk değerlendirilirse etkili görünebilir. Yorgunluk ve bitkinlik arasında ayrım yapmanın önemini daha da vurgulamak için, bir kişi aynı yaşta aynı derecede yorgunluğa sahip iki yaşlı kişiyi düşünebilir (Brocki ve ark., 2014). Bir kişi sağlıklı ve fiziksel olarak aktif olabilirken, diğerinin birden fazla komorbid durumu olabilir ve orta derecede aktif olabilir. Her iki kişi de aynı derecede yorgunluk bildirebilirken, ikincisi daha fazla

yorgunluğa sahiptir. Bir kişi sağlıklı ve fiziksel olarak aktif olabilirken, diğerinin birden fazla komorbid durumu olabilir ve orta derecede aktif olabilir (Naylor ve ark., 2013).

Yorgunluk HD hastalarının çok sık karşılaştığı bir sorundur ve bu sorunun gelişmesinde birçok faktör etkilidir (Karadakovan ve Aslan, 2011). Özdemir (2011)'in çalışmasında da sözü edilen bulgular ile ilgili benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yorgunluğa ilişkin yapılan çalışmalarda, HD hastalarının %75-92.5 düzeylerinde yorgunluk yaşadığı saptanmış ve yorgunluğun bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ile yaşam kalitelerini önemli oranda etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir (Yurtsever ve Beduk, 2003; O'Sullivan ve McCarthy, 2009; Murtagh Fliss ve ark., 2007). Yorgunluk semptomunun bireyi olumsuz yönde etkilemesini önlemek için, yorgunluğun değerlendirilmesi, bu konuda uygun girişimlerin planlanması ve etkili baş etme yöntemlerinin uygulanması gerekmektedir (Durna, 2009; Karadakovan ve Aslan, 2011). Bizim çalışmamızda ise deney ve kontrol grubunda VAS yorgunluk puanlarının benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Elde edilen bu bulguya göre hastaların erken mobilizasyonunda VAS yorgunluk düzeyine herhangi bir etkisi olmadığı söylenebilir.

5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Cerrahi yoğun bakım ünitesinde erken ayağa kaldırmada rehber kullanımının bağırsak hareketleri, hemodinamik ölçüm, konfor ve yorgunluk düzeyine etkisini belirlemek amacı ile yarı deneysel türde gerçekleştirilen çalışmada;

- Hastaların cinsiyet, sigara ve alkol kullanma, sistemik hastalıklar, DM, HT, kardiyovasküler, solunum sistemi, diğer, yaş, sigara paket, alkol günde, daha önce ameliyat, ameliyat sonrası nagogastirik tüp, ostomi varlığı, gaz gaita çıkışı sonrası ayağa kalkma durumu, mobilizasyonu kiminle birlikte uygulama durumu, ameliyat sonrası kabızlık şikayetlerinin varlığı, hastaneye başvuru sıklığı, ameliyat sonrası gaz gaita çıkış zamanları, ayağa kalkma zamanları, hemodinamik ölçüm değerleri, yatak kenarında oturma, hasta odasında yürüme, vas yorgunluk skoru ve PKÖ değerleri arasında farklılıklar saptanmamıştır.
- Ameliyat sonrası mobilizasyon deneyde daha kısa sürede bulunmuştur.
- Yatak İçinde Bir Taraf Total skoru deney grubunda daha yüksek olduğu gözlenmiştir.
- Kardiyovasküler, solunum sistemi, ameliyat sonrası gagogastriktüo, ameliyat öncesi komplikasyon bilgi verilme durumu, hasta odasında yürüme ve ameliyat sonrası kabızlık şikayeti varlığı değişkenlerinin PKÖ skorunu etki eden faktörler olduğu tespit edilmiştir.
- VAS yorgunluk skalası ile daha öncesi ameliyat varlığı ile negatif (ters) yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar ışığında; yapılacak çalışmaları doğrulamak için daha yüksek örneklem büyüklüğüne sahip randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Gelecekteki denemeler, bilimsel mantığı anlamak için endorfinler gibi ilgili biyobelirteçlerin tahminine de odaklanması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Adsay, E. (2015). Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

Adsay, E., Dedeli, Ö. (2015). Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Derg*. 1(6), 90-7.

Akalın, EH. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği, *Yoğun Bakım Dergisi,* 5(3), 141-146.

Akdemir, B. (2013). Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Akkaya Ulubay, C. (2013). Radikal SistektomiVeÜrinerDiversiyon Yapılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı, *Üroonkoloji Bülteni,* 12, 43-45.

Akpınar, A. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yoğun bakım kaynaklarını paylaştırmakla ilgili tutum ve görüşleri ile çağdaş adalet kuramlarının ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Aksuoğlu, A., Yanmış, S., Deşer, SB. (2018). Yoğun bakım ünitesinde Imogene King'in Kavramsal Sistem Modeline göre bir kalp cerrahisi hastasının hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *SETSCI Conference Indexing System,* 3, 973-975.

Alan, H. (2018). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 15(2), 81-87.

Almedia Mederios, AB., Dias Fernandes, MI., Dantas de Sa Tinoco, L., Santos Cossi, M., Venicios de Oliveira Lopes, M., ve Brandao de Csrvalho Lira, AL. (2018). Predictors of presssure ulcer risk in adult intensive unit care patients: a retrosipective case-control study, *Intensive and Critical Care Nursing,* 45, 6- 10.

Alligood, MR. (2010). Family healthcare with King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly.* 2010;23(2), 99-104.

Amaç, H. Y., Çam, R. (2019), Günübirlik cerrahide hasta konforu ve hasta konforunu etkileyen etmenler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 5(1), 1222-1237.

American Association of Colleges of Nursing. Intensive care nurse. Erişilebilir: http://www.aacnnursing.org/Nursing-Education, Erişim tarihi: 15.01.2021.

Andersen, J., Hjort Jakobsen, D., Christiansen, PS., Kehlet, H. (2007). Readmission rates after a planned hospital stay of 2 versus 3 days in fast-track colonic surgery. *Br J Surg.* 94, 890-3.

Araç B. (2012). Müzik terapinin cerrahi yoğun bakım hastalarının yaşam bulgularına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

Arrick, L., Mayson, K., Hong, T, ve ark. (2019). Enhanced recovery after surgery in colorectal surgery: Impact of protocol adherence on patient outcomes. *Journal of Clinical Anesthesia,* 55, 7-12.

Arslan, S., Taylan, S., Deniz, S. (2017). Nöroşirürji hastalarinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 20(1).

Arumainayagam, N., McGrath, J., Jefferson, KP., Gillatt, DA. (2008). Introduction of an enhanced recovery protocol for radical cystectomy. *BJU international*, 101(6), 698-701.

Atakro, CA., Atakro, A., Akuoko, C., ve ark. (2020). Knowledge, attitudes, practices and perceived barriers of Evidence-based practice among registered nurses in a Ghanaian Teaching Hospital, *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 12, 100-204.

Aygin, D., Cengiz, H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumlulukları, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni,* 45(3), 110-115.

Ayoğlu, T. (2011). Cerrahi Girişim Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Öz-Etkililik Algısına ve İyileşme Sürecine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Hemşirelik Doktora Tezi.

Ayyıldız Çinar, S. (2018). *Yoğun Bakım Hastalarında Uygulanan Üst Ekstremite Eğitiminin Kardiyopulmoner Yanıtlar ve Fonksiyonel Düzey Üzerine Etkileri* Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Babacan, F. (2007). Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerin bakıma yönelik uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Bailey, P., Thomsen, GE., Spuhler, VJ., Blair, R., Jewkes, J., Bezdjian, L., et al. (2007). Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med,* 35, 139-45.

Balfour, A., Burch, J., Fecher-Jones, I., ve ark. (2019). Understanding the benefits and implications of enhanced recovery after surgery nurse's role, *Nurs Stand,* 34(7), 70-75.

Bardakcioglu, O., Khan, A., Aldridge, C., Chen, J. (2013). Growth of laparoscopic colectomy in the United States: analysis of regional and socioeconomic factors over time. *Annals of Surgery.* 258(2), 270-4.

Barsevick, AM., Irwin, MR., Hinds, P., Miller, A., Berger, A., Jacobsen, P., Cella, D. (2013). Recommendations for high-priority research on cancer-related fatigue in children and adults. *Journal of the National Cancer Institute*, *105*(19), 1432-1440.

Bartolo, M., Bargellesi, S., Castioni, C. A., Intiso, D., Fontana, A., Copetti, M., ... & Bonaiuti, D. (2017). Mobilization in early rehabilitation in intensive care unit patients with severe acquired brain injury: An observational study. *Journal of rehabilitation medicine*, 49(9), 715-722.

Basse, L., Hjort Jakobsen, D., Billesbølle, P., Werner, M., Kehlet, H. (2000). A clinical pathway to accelerate recovery after colonic resection. *Ann Surg.* 232, 51-7.

Basse, L., Jakobsen, DH., Bardram, L., Billesbølle, P., Lund, C., Mogensen, T., et al. (2005). Functional recovery after open versus laparoscopic colonic resection: a randomized, blinded study. *Ann Surg.* 241, 416-23.

Başak, T., Uzun, Ş., Arslan, F. (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi,* 52(2), 76-81.

Berber, E. (2019). Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Entitüsü, Trabzon.

Berger, AM., Mitchell, SA., Jacobsen, PB., Pirl, WF. (2015). Screening, evaluation, and management of cancer-related fatigue: ready for implementation to practice?. *CA: a cancer journal for clinicians*, *65*(3), 190-211.

Berian, JR., Ban, KA., Liu, JB., ve ark. (2019). Adherence to enhanced recovery protocols in NSQIP and association with colectomy outcomes. *Annals of Surgery*, 269(3), 486-493.

Bower, JE., Bak, K., Berger, A., Breitbart, W., Escalante, C. P., Ganz, P. A. (2014). Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *Journal of clinical oncology*, *32*(17), 1840.

Bölükbaşı, N. (2000). Kardiyak rehabilitasyon. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y, editörler. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi, 1142-58.

Brady, KM., Keller, DS., Delaney, CP. (2015). Successful implementation of an enhanced recovery pathway: The nurse's role. *AORN J,* 102(5), 469-481.

Bray, F., Ferlay, J., Soeriomataram, I., ve ark. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 68(6), 3394-424.

Brocki, BC., Andreasen, J., Nielsen, LR., Nekrasas, V., Gorst-Rasmussen, A., Westerdahl, E. (2014). Short and long-term effects of supervised versus unsupervised exercise training on health-related quality of life and functional outcomes following lung cancer surgery-a randomized controlled trial. *Lung Cancer*, *83*(1), 102-108.

Brower, RG. (2009). Consequences of bed rest, *Critical Care Medicine,* 37(10), 422-428.

Burns, JR., Jones, FL. (1975). Early ambulation of patients requiring ventilatory assistance, *Chest,* 68(4), 608.

Büyükyılmaz, F., Aştı, T. (2009), Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 12(2), 84-93.

Büyükyılmaz, F., Şendir, M (2014). Ameliyat sonrası bakımda göz ardı edilen bir sorun: derin ven trombozu (DVT) riskinin tanılanması ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri Dergisi,* 23(1):48-54.

Callis, N. (2016). Fall Prevention: Identification of predictive falll risk factors, *Applied Nursing Research,* 29, .53-58.

Camire, E., Moyen, E., Stelfox, HT. (2009). Medication errors in critical care: risk factors, prevention and disclosure. *CMAJ,* 18(9), 936-944.

Clarissa, C., Salisbury, L., Rodgers, S., Kean, S. (2019). Early mobilisation in mechanically ventilated patients: a systematic integrative review of definitions and activities, *Journal of Intensive Care,* 7(1).

Conceiçao, TM., Gonzales, AI., Figuerideo, FC., Vieira, DS., Bündchen, DC. (2017). Safety Criteria to Start Early Mobilization in I ntensive Care Units. *Systematic Review. Rev Bras Intensive,* 29(4), 509-519.

Convertino, VA., Doerr, DF., Eckberg, DL., Fritsch, JM., Vernikos-Danellis, J., et al. (1990). Head-down bed rest impairs vagal baroreflex responses and provokes orthostatic hypotension. *J Appl Physiol*, 68, 1458-64.

Convertino, VA., Previc, FH., Ludwig, DA., Engelken, EJ. (1997). Effects of vestibular and oculomotor stimulation on responsiveness of the carotid-cardiac baroreflex. *Am J Physiol*, 273, 615-22.

Cooper, KL. (2013). Evidence-based prevention of pressure ulcers in the intensive unit care, *Critical Care Nurse,* 33(6), 57-66.

Cullen, DJ., Sweitzer, BJ., Bates, DW., Burdick, E., Edmondson, A., Leape, LL. (1997). Preventable adverse drug events in hospitalized patients: A comparative study of intensive care and general care units, *Critical Care Medicine,* 25(8), 1289-1297.

Çevik, AE., Yıldız, FÜ. (2015). Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakim kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18 (4), 268-273.

Çınar, V. (2005). *Batın Ameliyatı Geçiren Hastalarda Erken Ambulasyonun Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi*, Master's Thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çiftci, E. (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Daliya, P., Ljungqvist, O., Brindle, ME., ve ark. (2020). Guidelines for guidelines. In Enhanced Recovery After Surgery, *A Complete Guide to Optimizing Outcomes,* 23-28.

Dean, E., Butcher, S. (2012). Mobilization and exercise: physiological basis for assessment, evaluation, and training, in Cardiovascular and Pulmonary Physical Therapy Evidence to Practice, Eds., Frownfelter D, Dean E. Elsevier, Alpharetta, GA, USA, 5th edition, 244-272.

Dedeli, Ö., Akyol, A. (2008). Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 12(1-2), 26-32.

Desai, SV., Law, TJ., Needham, DM. (2011). Long-term complications of critical care, *Critical Care Medicine,* 39(2), 371-379.

Dinlegör Sekmen, I., Ünsar, S. (2018). Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların deneyimlerinin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs.* 9(20), 113-9.

Durna, Z. (2009). İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. Cinius Yayınları, 172-185.

Epstein, HJ., Fleischer, AJ. (1927). The disadvantages of the prolonged period of postpartum rest in bed, *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 14(3), 360-363.

ERAS Compliance Group. (2015). The impact of Enhanced Recovery Protocol compliance on elective colorectal cancer resection: results from an international registry. *Ann Surg.* 261(6), 1153-9.

Erdil, F., Elbaş, NÖ., Bayraktar, N., Çelik, SŞ. (2000). Hasta yakınlarının ameliyat öncesi döneme ilişkin bilgi gereksinimleri, ameliyatı beklerken yaşadıkları duyguları ve ameliyathane bekleme salonuna ilişkin görüşleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi,* 5(6), 1-5.

Eskicioglu, C., Forbes, SS., Aarts, MA., Okrainec, A., McLeod, RS. (2009). Enhanced recovery after surgery (ERAS) programs for patients having colorectal surgery: a meta-analysis of randomized trials. *Journal of gastrointestinal surgery,* 13(12), 2321.

Eşer, İ., Khorshid, L., Demir, Y. (2007). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Eleştirel Düşünme Eğilimi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11, 13-22.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer,* 136(5), 359-86.

Feroci, F., Lenzi, E., Baraghini, M., ve ark. (2013). Fast-track colorectal surgery: Protocol adherence influences postoperative outcomes. *Int J Colorectal Dis,* 28(1), 103-109.

Filizöz, B., Mesci, G., Aşcı, A., Bağcıvan, E. (2015). Hemşirelerde etik duyarlılık: Sivas ili merkez kamu hastanelerinde bir araştırma. *Türkiye İktisadi Girişim ve İş Ahlakı Dergisi,* 8(1), 47-66.

Fleshman, J., Sargent, DJ., Green, E., Anvari, M., Stryker, SJ., Beart, Jr RW., ve ark. (2007). Laparoscopic colectomy for cancer is not inferior to open surgery based on 5-year data from the COST Study Group trial. *Annals of Surgery.* 246(4), 655-64.

Forsmo, HM., Pfeffer, F., Rasdal, A., ve ark. (2016). Compliance with enhanced recovery after surgery criteria and preoperative and postoperative counselling reduces length of hospital stay in colorectal surgery: Results of a randomized controlled trial. *Colorectal Dis,* 18(6), 603-611.

Francis, N., Kennedy, RH., Ljungqvist, O., Mythen, MG. (2012). Manual of fast track recovery for colorectal surgery. Berlin: Springer.

Fredriksen, SD., Ringsberg, KC. (2007). Living The Situation Stress Experiences Among intensive Care Patients. *Intensive and Critical Care Nursing,* 23, 124-131.

Garmpis, N., Dimitroulis, D., Garmpi, A., ve ark. (2019). Enhanced recovery after surgery: Is it time to change our strategy regarding laparoscopic colectomy? *In Vivo,* 33(3), 669-674.

Gebremedhn, EG., Nagaratnam, VB. (2014), Audit on preoperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. *World journal of surgery*, 38(9), 2200-2204.

Göçmen Avcı, G., Türker, S., Çifçi, M., Sürücü, Ş. (2013). Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün belirlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi,* 4: 21-24.

Grant, MC., Pio Roda, CM., Canner, JK., ve ark. (2018). The impact of anesthesia-influenced process measure complience on length of stay: Results from an enhanced recovery after surgery for colorectal surgery cohort. *Anesthesia and Analgesia,* 128(1), 68-74.

Greco, M., Capretti, G., Beretta, L., Gemma, M., Pecorelli, N., Braga, M. (2013). Enhanced recovery program in colorectal surgery: a metaanalysis of randomized controlled trials. *World J Surg.* 38, 1531-41.

Greco, M., Capretti, G., Beretta, L., ve ark. (2013). Enhanced recovery program in colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials, *World J of Surgery,* 38(6), 1531-1541.

Gustafsson, UO. (2011). Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *Arch Surg.* 146, 571-7.

Gustafsson, UO., Scott, MJ., Hubner, M., ve ark. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recomendations: 2018. *World J Surg,* 43, 659-695.

Gustafsson, UO., Scott, MJ., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., Francis, N, et al. (2012). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *Clin Nutr.* 31(6), 783-800.

Gürkan, A. (2009). Bütüncül Yaklaşım: Yoğun Bakımda Hastası Olan Aile Üyeleri, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 13(1), 1-5.

Gürsoy, AA. (2001). Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi,* 1, 21-29.

Hamann, HA., Lee, JW., Schiller, JH., Horn, L., Wagner, LI. (2013), Clinician perceptions of care difficulty, quality of life, and symptom reports for lung cancer patients: an analysis from the symptom outcomes and practice patterns (SOAPP) study. *Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer,* 8(12), 1474-1483.

Hashem, MD., Nelliot, A., Needham, DM. (2016). Early mobilization and rehabilitation in the ICU: moving back to the future, *Respiratory Care,* 61(7), 971-979.

Hatipoğlu, S. (2002). Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri, *Gülhane Tıp Dergisi,* 44(4), 475-479.

Hemşirelik Hizmetleri (2016). Yoğun bakım hemşireliğinde temel konular. Erişilebilir: http://hemsirelikhizmetleri.beun.edu.tr/dosyalar/2016/12/tek/yoğunbakimkitapcik.pdf, Erişim tarihi: 28.01.2021.

Heye, ML., Foster, L., Bartlett, MK., Adkins, S. (2002). A Preoperative intervention for pain reduction, improved mobility and self-efficacy. *Applied Nursing Research,* 15(3), 174-83.

Hodgson, CL., Berney, S., Harrold, M., Saxena, M., Bellomo, R. (2013). Clinical review: early patient mobilization in the ICU, *Critical Care,* 17(1), 207.

Hübner, M., Addor, V., Slieker, J., ve ark. (2015). The impact of an enhanced recovery pathway on nursing workload: A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 24, 45-50.

Hweidi, IM. (2007). Jordanian Patients' Perception Of Stressors İn Critical Care Units: A Questionnaire Survey. *Int J Nur Stud,* 44, 227-35.

İzveren, AÖ. (2010). Abdominal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.

Jo Grap, M., Munro, CL., Elswick, RK., Sessler, CN., Ward, K. (2004). Duration of action of a single, early oral application of chlorhexidine on oral microbialflora in mechanically ventilated patients: A pilot study. Erişim adresi: www.heartandlung.org.

Johansson, B., Fogelberg-Dahm, M., Wadensten, B. (2010). Evidence-based practice: The importance of education and leadership. *J Nurs Manag,* 18(1), 70-77.

Jones, EL., Wainwright, TW., Foster, JD., ve ark. (2014). A systematic review of patient reported outcomes and patient experience in enhanced recovery after orthopaedic surgery. *Ann R Coll Surg Engl,* 96(2), 89-94.

Kalowes, P. (2018). Prevention pressure injuries in critical ill patients. american nurse today pressure injuries prevention across the acute-care continuum. 14-16, Erişim Adresi: https://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2018 /05/DairSupplement May2018.pdf Erişim Tarihi: 22.01.2021

Kane-Gill, SL., Pharmd, FJ., Rothschild, JM. (2010). Adverse drug events in intensive care units: Risk factors, impact, and the role of team care. *Crit Care Med,* 38(6), 83-90.

Kara, H. (2019). Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Değerlendirilmesi ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ağrıyla İlgili Bilgi ve Davranışları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

Karadakovan, A., Aslan, FE. (2011). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, Adana, 905-919.

Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F. (2013). Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 10(2), 56-60.

Karaman Özlü, Z. (2010). Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde bazı çevresel faktörleri kontrol altına almanın hastaların gece uyku durumuna etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Kavaklı, Ö., Uzun, Ş., Arslan, F. (2009). Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi,* 51(3, 168-173.

Kaya Kılıç, E., Bulut, C., Çlikgöz, M., Ertem, GT., Ataman Hatipoğlu, Ç., Sönmezer, M.Ç., Katırcıoğlu, SF. (2018). Evaluation of the increase in invasive device assoviated infection in cardivascular surgical intensive care unit, *The Journal of Infection in Developing Countries,* 17(7), 508-513.

Kaya, H., Kaya, N., Turan, Y., Tan, YM., Terzi, B., Barlas, DB. (2011). Nursing activities in intensive care units in Turkey, *International Journal of Nursing Practice*, 17, 304-314.

Kehlet, H. (1997). Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *British journal of anaesthesia*, 78(5), 606-617.

Kehlet, H., Dahl, JB. (2003). Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *The Lancet*, 362, 1921-1928.

Kehlet, H., Mogensen, T. (1999). Hospital stay of 2 days after open sigmoidectomy with a multimodal rehabilitation programme. *Br J Surg*. 86, 227-30.

Kehlet, H., Mogensen, T. (1999). Hospital stay of 2 days after open sigmoidectomy with a multimodal rehabilitation programme. *Journal of British Surgery*, 86(2), 227-230.

Kehlet, H., Wilmore, DW. (2002). Multimodal strategies to improve surgical outcome. *The American journal of surgery*, 183(6), 630-641.

Kehlet, H., Wilmore, DW. (2005). Fast-track surgery. *Journal of British Surgery*, 92(1), 3-4.

Kehlet, H., Wilmore, DW. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg*, 248, 189-198.

Khorshid, L., Demir, Y. (2006). Yoğun Bakım Ünitesinde Mekanik Ventilasyon Tedavisi Süresince Hastalarla Yaşanan İletişim Sorunları, *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 16(2), 47-54.

Kiran, RP., El-Gazzaz, GH., Vogel, JD., Remzi, FH. (2010). Laparoscopic approach significantly reduces surgical site infections after colorectal surgery: data from national surgical quality improvement program, *Journal of the American College of Surgeons,* 211(2), 232-8.

Kolcaba, K. (2002). Comfort Care: A framework for perianesthesia nursing. *J Perianesth Nurs.* 17 (Ek 2):102-14.

Kompanje, EJ. (2010). The Worst İs Yet ToCome. Many Elderly Patients With Chronic Terminal illness Will Eventually Die in The Emergency Department, *Intensive Care Med,* 36(5), 732-4.

Kubat, G. (2017), Cerrahi Operasyon Geçiren Hastaların Konfor Düzeyinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Seher Yurt).

Kuğuoğlu, S. (2008). Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(61), 16-23.

Lacy, AM., Delgado, S., Castells, A., Prins, HA., Arroyo, V., Ibarzabal, A., ve ark. (2008). The long-term results of a randomized clinical trial of laparoscopy-assisted versus open surgery for colon cancer. *Annals of Surgery.* 248(1), 1-7.

Lacy, AM., García-Valdecasas, JC., Delgado, S., Castells, A., Taurá, P., Piqué, JM., ve ark. (2002). Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *The Lancet.* 359(9325), 2224-9.

Lambert, E., Carey, S. (2016). Practice guideline recommendations on perioperative fasting: A systematic review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr,* 40(8), 1158-1165.

Lassen, K., Soop, M., Nygren, J., Cox, PBW., Hendry, PO., Spies, C. (2009). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group recommendations. *Archives of surgery*, 144(10), 961-969.

Leidy, NK. (1994). Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: toward a coherent analytical framework. *Nursing research*.

Lemanu, DP., Singh, PP., Stowers, MDJ., Hill, AG. (2014). A systematic review to assess cost effectiveness of enhanced recovery after surgery programmes in colorectal surgery. *Colorectal Dis.* 16, 338-46.

Levy, BF., Scott, MJP., Fawcett, WJ., Rockall, TA. (2009). 23-hour-stay laparoscopic colectomy. *Dis Colon Rectum.* 52, 1239-43.

Li Bassi, G., Senussi, T., Aguilera Xiol, E. (2017). Prevention of ventilator- associated pneumonia. Erişim Adresi: www.co-infectiousdiseases.com. Erşim Tarihi: 11.01.2021

Liu, L., Liu, L., Liang, LC., ve ark. (2018). Impact of preoperative anemia on perioperative outcomes in patients undergoing elective colorectal surgery, *Gastroenterol Res Pract,* 24, 1-7.

Ljungqvist, O., Hubner, M. (2018). Enhanced recovery after surgery-ERAS-principles, practice and feasibility in the elderly, *Aging Clin Exp Res,* 30(3), 249-252.

Ljungqvist, O., Scott, M., Fearon, KC. (2017). Enhanced recovery after surgery: A review. *JAMA Surgery*, 152(3), 292-298.

Lv, L., Shao, YF., Zhou, YB. (2012). The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing colorectal surgery: an update of meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Colorectal Dis.* 27, 1549-54.

Madenoğlu Kıvanç, M. (2009). Yoğun bakım ünitesinin tanımı. Ayfer Karadakovan, Fatma Eti Aslan (Ed.) Dahili Cerrahi Hastalıklarında Bakım, Nobel, Ankara.

McCulloch, P., Taylor, I., Sasako, M., Lovett, B., Griffin, D. (2002). Randomised trials in surgery: problems and possible solutions. *Bmj*. 324(7351):1448-51.

Mercedes, CO., Maria, LM., Miguel, T., ve ark. (2019). Implementation of an enhanced recovery after surgery program in elective colorectal surgery: A prospective cohort study. *Journal of Coloproctology*, 363, 9.

Merilainen, M., Kyngas, H., Kokko, TA. (2013). Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs.* 29(2), 78-87.

Milisen, K., Staelens, N., Schwendimann, R., De Papae, L., Verhaeghe, J., Braes, T., Dejaeger, E. (2007). Fall Prediction in ınpatients by bedside nurses using the st. thomas's risk assessment tool in falling elderly ınpatients (STRATIFY) ınstrument: A Multicenter Study, *J Am Geriatr Soc*, 55, 725-733.

Milliken, A. (2016). Nurse ethical sensitivity: an integrative review. *Nursing Ethics*, 1-26.

Monteverde, S. (2009). The importance of time in ethical decision making. *Nursing Ethics*, 16(5), 613-624.

Murtagh Fliss, EM., Addington-Hall, J., Higginson Irene, J. (2007). The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: A systematic review. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 14, 82-99.

Naylor, MD., Bowles, KH., McCauley, KM., Maccoy, MC., Maislin, G., Pauly, MV., Krakauer, R. (2013). High-value transitional care: translation of research into practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(5), 727-733.

Needham, DM. (2008). Mobilizing patients in the intensive care unit, *JAMA*, 300(14), 1685-1690.

Nelson, G., Kiyang, LN., Crumley, ET., ve ark. (2016). Implementation of enhanced recovery after surgery (ERAS) across a provincial healthcare system: The ERAS Alberta colorectal surgery experience. *World J of Surgery* 40(5), 1092-1103.

Nygren, J., Thacker, J., Carli, F., Fearon, KCH., Norderval, S., Lobo, DN., et al. (2012). Guidelines for perioperative care in elective rectal/ pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *Clin Nutr.* 31(6), 801-16.

O'Sullivan, D., McCarthy, G. (2009). Exploring the symptom of fatigue in patients with end stage renal disease. *Nephrology Nursing Journal,* 36, 37-47.

Oflaz, F., Vural, H. (2010), Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi,* 17(1), 1-7.

Olkowski, BF., Devine, MA., Slotnick, LE. (2013). Safety and feasibility of an early mobilization program for patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage, *Physical Therapy,* 93(2), 208-215.

Önder, G., Önder, E. (2013). Yoğun bakım hemşirelerinin iş tatminine etki eden faktörlerin önem derecelerinin analitik hiyerarşi prosesi yöntemi ile belirlenmesi, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 3(2), 195-216.

Ören, B. (2018), Göğüs cerrahisi uygulanan hastaların konfor ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Sağlık bilimleri ve meslekleri dergisi, 5(3).

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

Özbayır, T., Demir, F., Candan, Y., Coşkun, İ., Dramalı, A. (2003), Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 6(1).

Özdemir, G. (2011). Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Refleksolojinin Yorgunluk, Ağrı ve Krampa Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Özdemir, L. (2010). Koroner yoğun bakımda kalan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 1: 5-12.

Özşaker, E., Alcan, AO., Korkmaz, FD. (2013). Yaşlı hastaların yoğun bakımdeneyimlerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics.* 16(4), 408-13.

Öztürk, R., Güleç, D., Güneri, S., Sevil, Ü., Gürmen, N. (2013). Hemşirelerin İş Yaşamı Kaliteleri İle Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Balıkesir Sağlık Bil Derg,* 2, 3.

Parnaby, CN., MacDonald, AJ., & Jenkins, JT. (2009). Sham feed or sham? A meta-analysis of randomized clinical trials assessing the effect of gum chewing on gut function after elective colorectal surgery. *International journal of colorectal disease*, 24(5), 585-592.

Patman, SM., Dennis, D., Hill K. (2011). The incidence of falls in intensive care survivors, *Australian Critical Care*, 24, 167-174.

Philp, S., Carter, J., Barnett, C., ve ark. (2015). Patients' perspectives of fast-track surgery and the role of the fast-track clinical nurse consultant in gynecological oncology, *Holist Nurs Pract,* 29(3), 158-166.

Pryor, JA., Prasad, SA. (2008). The effects of positioning and mobilisation on oxygen transport. Physiotherapy for Respiratory and Cardiac Problems: Adults and Pediatrics. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 121-36.

Ries, E. (1899). Some radical changes in the after-treatment of celiotomy cases, *JAMA* 33(8), 454-456.

Robert, T., Campbell, MA., Margaret, L., Curtis, RN., Randall, J. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine, *Cricital Care Medicine,* 36(3), 953-963.

Roberts, B., Chaboyer, W. (2004). Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nurs Crit Care.* 9(4): 173-80.

Rochester, CL. (2009). Rehabilitation in the intensive care unit, *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 30(6), 656-669.

Roulin, D., Donadini, A., Gander, S., Griesser, AC., Blanc, C., Hubner, M, et al. (2013). Cost-effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery. *Br J Surg.* 100, 1108-14.

Sağlık Bakanlığı (2016). Yoğun bakım ünitelerinin standartları genelgesi. Erişilebilir: http://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html, Erişim tarihi: 18.02.2021.

Sarsılmaz, H. (2011). Yoğun bakım hemşireliği durum indeksi Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Scheidegger, D., Bentz, L., Piolino, G., Pusterla, C., Gigon, JP. (1976). Influence of early mobilisation on pulmonary function in surgical patients. *Eur J Intensive Care Med*, 2, 35-40.

Sevillano-Jimenez, A., Romero-Saldana, M., Molina-Recio, G. (2017). Nursing role on rapid recovery programmes fast-track, *Enferm Clin*, 28(4), 266-273.

Sieloff, CL., Messmer, PR. (2014). Conceptual System and Middle-Range Theory of Goal Attainment. Ed: Alligood, MR. Nursing theorists and their work. *Elsevier Health Sciences.* 2014; 258-280.

Sjetne, IS., Krogstad, U., Qdegard, S., ve ark. (2009). Improving quality by introducing enhanced recovery after surgery in a gynaecological department: Consequences for ward nursing practice, *BMJ Quality & Safety*, 18(3), 236-240.

Sönmez, A. (2013), Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor Ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne, (Danışman: Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık).

Springer, JE., Doumouras, AG., Lethbridge, S., ve ark. (2019). A provincial assessment of the barriers and utilization of enhanced recovery after surgery after colorectal surgery. *Journal of Surgical Research*, 235, 521-528.

Şahin, M. (2018). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Şahin, M., Köçkar, Ç. (2018). Bir Stresör Olarak Yoğun Bakım Yaşam Becerileri *Psikoloji Dergisi,* 2(4), 207-214.

Şahin, PB. (2016). Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Selda Rızalar).

Şahin, PB., Rızalar, S. (2018). Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 404-413.

Tarver, T. (2012). Cancer facts & figures 2012. American cancer society (ACS) Atlanta, GA: American Cancer Society, 66.

Taylan, S., Arslan, S., Doğan, SD., Yüksekkaya, SE., Gezer, D. Cerrahi yoğun bakım ünitelerinden kliniklere nakledilen hastaların yoğun bakım deneyimleri. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim. 2019; 17(1): 1-7.

Taylor, C., Burch, J. (2011). Feedback on an enhanced recovery programme for colorectal surgery. *British Journal of Nursing,* 20(5), 286-290.

Tel, H. (2012). Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan etik sorunlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi,* 1, 30-38.

Terzi, B., Kaya, N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı, *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.

Tezber, K., Aviles, C., Eller, M., ve ark. (2018). Implementing enhanced recovery after surgery (ERAS) program on a specialty nursing unit, *The Journal of Nursing Administration*, 48(6), 303-309.

Tezcan Karadeniz, F., Kanan, N. (2019). Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Çevresel Stresörlerden Etkilenme Durumları, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 23; 1:1-8.

Thomas, M., Engelhardt, T. (2017). Think drink! Current fasting guidelines are outdated. *Br J Anaesth*, 118(3), 291-293.

Tokur, ME., Aydın, K., Çalışkan, T., Savran, Y., Cömert, B., Ergan, B. (2016). Hasta Yakınlarında Yoğun Bakım Algısı Ve Memnuniyeti, *Yoğun Bakım Derg,* 7, 57-61.

Torjuul, K., Sorlie, V. (2006). Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units. *Journal of Advanced Nursing,* 56(4), 404-413.

Trubiano, JA., Padiglione, AA. (2015). Nosocomial infections in the intensive care unit. *Anaesthesıa And Intensıve Care Medıcıne,* 16(12), 598-603.

Tuna, PT., Kurşun, Ş. (2018). Kolorektal Cerrahisinde Hızlandırılmış Bakım Protokolleri ve Hemşirelik Bakımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2).

Tunçay, G., Uçar, H. (2010). Hastaların Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özelliklerine İlişkin Görüşleri, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,* 33-46.

Turan, N. (2015). Yoğun bakım ünitesinde terapötik dokunmanın önemi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 6(3), 134-139.

Turgut, P. (2015). Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralarına ilişkin bilgi ve uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Turhan, T., Avcı, R., Özcengiz, D. (2012). Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi* 20(1), 27-33.

Tuti Nuraini, SK., Dewi Gayatri, M. (2017), Comfort assessment of cancer patient in palliative care: a nursing perspective. *International Journal of Caring Sciences,* 10(1), 209.

Tükel, B., Acuner, A., Önder, Ö., Üzgül, A. (2004). Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,* 57(4), 05-214.

Udwadia, FE. (2014). Overview, in Principles of Critical Care, F. E. Udwadia, Ed., Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd., New Delhi, India, 3rd edition,.

Uğurlu, AK., Kula Şahin, S., Seçginli, S., & Eti Aslan, F. (2017). Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Erken Ayağa Kaldırmanın Hızlı İyileşmeye Etkisi: Sistematik Derleme. *Turkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri*, 9(4).

Uysal, N., Gündoğdu, N., Börekçi, S., Dikensoy, Ö., Uyar, M. (2010). Üçüncü Basamak Merkezde Dahili Yoğun Bakım Hastalarının Prognozu, *Yoğun Bakım Dergisi,* 1(1), 1-5.

Uzun, G. (2009). Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

Üstündağ, H., Eti Aslan, F. (2010). Perianestezi Konfor Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlaması. *Turkiye Klinikleri J Nursind Science,* 2(2), 94-99.

Vandrevala, T., Senior, S., Spring, L., ve ark. (2016). 'Am I really ready to go home?': A qualitative study of patients' experience of early discharge following an enhanced recovery programme for liver resection surgery. *Supportive Care in Cancer*, 24(8), 3447-3454.

Varadhan, KK., Lobo, DN. (2010). Symposium 3: Death by drowning a meta-analysis of randomised contorolled trials of intravenous fluid therapy in major elective open abdominal surgery: getting the balance right. *Proceedings of the Nutrition Society*, 69, 488-498.

Varadhan, KK., Neal, KR., Dejong, CHC., ve ark. (2010). The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Nutrition,* 29(4), 434-440.

Vatansever, HE. (2004). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde mekanik ventilatöre bağlı hastalarda ağrı davranışlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

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

Vlug, MS., Wind, J., Hollmann, MW., Ubbink, DT., Cense, HA., Engel, AF., et al. (2011). Laparoscopy in combination with fast track multimodal management is the best perioperative strategy in patients undergoing colonic surgery: a randomized clinical trial (LAFA-study). *Ann Surg.* 254, 868-75.

Warburton, De., Nicol, CW., Bredin, SS. (2006). HealthBenefits Of Physical Activity: The Evidence. *Cmaj.* 174, 801-809.

Wijk, L., Franzen, K., Ljungqvist, O., ve ark. (2014). Implementing a structured Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol reduces length of stay after abdominal hysterectomy. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica,* 93(8), 749-756.

Wilmore, DW., Kehlet, H. (2001). Management of patients in fast track surgery. *Bmj*, 322, 473-476.

World Health Organization. (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Geneva: World Health Organization.

Yaman Aktaş, Y., Karabulut, N., Yılmaz, D., Özkan, A.S. (2015). Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler. *Kafkas J Med Sci,* 5(3), 81-86.

Yurtseven, M. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Davranışlarının Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri İle İlişkisi, T.C. Acıbadem Mehmve arki Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yurtsever, S., Beduk, T. (2003). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2, 3-12.

Zaybak, A., Çevik, K. (2015). Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerin Hasta ve Hemşireler Tarafından Algılanması. *Yoğun Bakım Derg,* 6, 4-9.

Zaybak, A., Yapucu Güneş, Ü. (2010). Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 26(2): 17-26,

Zengin, N., Ören, B., Üstündağ, H. (2020). The relationship between stressors and intensive care unit experiences. *Nurs Crit Care.* 25, 109-16.

Zhou, F., Hao, Y., Guo, H., ve ark. (2016). Attitude, knowledge, and practice on evidence-based nursing among registered nurses in traditional Chinese medicine hospitals: A multiple center cross-sectional survey in China. *Evid Based Complement Alternat Med,* 5(47), 80-86.

Zhuang, CL., Ye, XZ., Zhang, XD., Chen, BC., Yu, Z. (2013). Enhanced recovery after surgery programs versus traditional care for colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Dis Colon Rectum.* 56, 667-78.

EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

CERRAHİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ERKEN AYAĞA KALDIRMADA REHBER KULLANIMININ BAĞIRSAK HAREKETLERİ, HEMODİNAMİK ÖLÇÜM, KONFOR VE YORGUNLUK DÜZEYİNE ETKİSİNİ BELİRLEMEYE İLİŞKİN ANKET FORMU

Sayın katılımcı:

Aşağıda yer alan anket formundaki bilgilerden Öğretim Üyesi Doktor Sennur Kula Şahin danışmanlığında, Rahime GÖZÜKÜÇÜK tarafından yürütülecek olan yüksek lisans tez çalışmasında yararlanılacaktır. Çalışmanın amacı, sizin gibi kolorektal cerrahi geçiren hastaları en kısa zamanda ayağa kaldırmak, bağırsak hareketlerini hızlandırmak ve hastanede yatış süresini azaltmak için planlanmıştır. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, çalışmaya katılmayı kabul etmezseniz tedavinizde herhangi bir aksama olmayacak ve sonuçlar sadece bilimsel amaç için kullanılacaktır.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız sorulara içtenlikle cevap veriniz. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Ad:

Soyad:

İmza:

VERİ TOPLAMA FORMU

1) Yaşınız: Kilo : Boy : BKI:
2) Cinsiyetiniz :
a) Erkek b) Kadın
3) Medeni durumunuz:
a) Bekar b) Evli
4) Öğrenim durumunuz:
a) Okur-yazar değil b) İlköğretim c) Lise d) Lisans e) Lisans üstü
5) Mesleğiniz :
a) Memur b) İşçi c) Serbest d) Ev Hanımı e) Emekli d)Diğer……
6) Sosyal güvenceniz
a) Var b) Yok
7)Sigara kullanıyor musunuz?
( ) Evet Günde……. (Lütfen miktar belirtiniz) ( ) Hayır ( ) Bıraktım
8)Alkol kullanıyor musunuz?
( ) Evet Günde……. (Lütfen miktar belirtiniz) ( ) Hayır ( ) Bıraktım
9) Sistemik Hastalıklar
a. Yok

b. DM
c. HT
d. Kardiyovasküler Sistem Hastalığı
e. Solunum Sistemi Hastalığı
f. Diğer (Lütfen açıklayınız):

10) Kaçıncı kez hastaneye yatıyorsunuz ?

a) İlk defa b) 2.defa c) 3.defa d) 4 ve üzeri

11) Daha önce ameliyat geçirdiniz mi?

a) Evet b) Hayır

12) Cevabınız evet ise hangi ameliyatı geçirdiniz?

……..

13) Klinik Tanı :……

14) Ameliyattan sonra kullandığı ilaçlar: (Lütfen belirtiniz…….

15)Ameliyat Sonrası Nazogastrik Tüp

( ) Yok ( ) Var

16)Ostomi Varlığı:

( ) Var ( ) Yok

17) Ameliyat öncesinde ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verildi mi ?

a) Evet b) Hayır

18) Ameliyat sonrası ne zaman gaz - gaita çıkışı oldu?

19) Ameliyat sonrası, ilk mobilizasyon saati:

20) Gaz- gaita çıkışı ayağa kalktıktan sonra mı oldu?

a) Evet b) Hayır

21) Ayağa kalkma zamanı 24 saati aşıyorsa nedeni:

a) Ağrı b) İsteksizlik c) Halsizlik d) Diğer:……..

22)Mobilizasyonu kiminle birlikte uygulandı?

a) Doktor b) Hemşire c) Hasta bakıcı

23) Ameliyat sonrası kabızlık şikayetiniz oldu mu ?

a) Evet b) Hayır

Ek 2. Hemodinamik Değerler

Mobilizasyon öncesi:

saat	ateş	nabız	solunum	Kan basıncı	Oksijen saturasyonu	ağrı

Mobilizasyon Sonrası :

saat	ateş	nabız	solunum	kan basıncı	oksijen saturasyonu	ağrı

(HASTA, YATAKTA OTURUR POZİSYON ALDIKTAN 2 DAKİKA SONRA)

Ek 3. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği

Ameliyat Sonrası…….. Gün
Gözlem zamanı: .....
Ambulasyon/Ayağa kalkma öncesi
(HASTA, YATAKTA OTURUR POZİSYON ALDIKTAN 2 DAKİKA SONRA)

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

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 içinde bir taraftan diğer taraf 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 ayağa kalkmak 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 oturdu	Hasta yatak kenarında ayağa kalkmak için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen yatak kenarında ayağa kalkamadı

Hasta Odasında Yürüme:

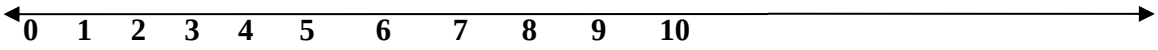
1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak odada yürüdü	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak odada yürüdü	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile odada yürüdü	Hasta odada yürümek için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen odada yürüyemedi

Ek 4. Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum	kesinlikle katılıyorum
1. Sakindim	6 5 4 3 2 1	
2. Üşüyordum	6 5 4 3 2 1	
3. Yabancı bir ortamdı	6 5 4 3 2 1	
4. İçinde bulunduğum durumdan rahatsızdım	6 5 4 3 2 1	
5. Ailem/arkadaşlarım bu durumun üstesinden gelmemde yardımcı oldu	6 5 4 3 2 1	
6. Ameliyattan önce anestezi uzmanı ile konuşma fırsatım oldu	6 5 4 3 2 1	
7. Mahremiyetime saygı gösterilmedi	6 5 4 3 2 1	
8. Çok endişeliydim	6 5 4 3 2 1	
9. Hemşirem duygularımı Önemsemedi	6 5 4 3 2 1	
10. Gürültü rahatsız ediciydi	6 5 4 3 2 1	
11. Hemşirem nazikti	6 5 4 3 2 1	
12. Anesteziye ilişkin daha çok bilgiye gereksinimim vardı	6 5 4 3 2 1	
13. Kontrolümü kaybettim	6 5 4 3 2 1	
14. Çevremdeki genel hava güven vericiydi	6 5 4 3 2 1	
15. Bakım kalitem yetersizdi	6 5 4 3 2 1	
16. İsteklerim yerine getirildi.	6 5 4 3 2 1	
17. Öz-saygım korunmadı	6 5 4 3 2 1	
18. Hızlı bir iyileşme süreci öngörebiliyordum	6 5 4 3 2 1	
19. Buradaki ortamın güvenli olduğunu hissettim	6 5 4 3 2 1	
20. Bana uygulanan bakım kendimi güvende hissetmemi sağladı	6 5 4 3 2 1	
21. Uyumaktan korkmuyordum	6 5 4 3 2 1	
22. İlaç uygulanan/serum verilen bölge ağrılıydı	6 5 4 3 2 1	
23. Burada aldığım bakımdan memnunum	6 5 4 3 2 1	
24. Hemşire benimle çok ilgilendi	6 5 4 3 2 1	

Ek 5. Mobilizasyon Sonrası VAS Yorgunluk Skalası

YORGUNLUK YOK **AŞIRI DERECEDE YORGUN**



AŞAMALI MOBİLİZASYON GİRİŞİMLERİ

DÜZEY	GİRİŞİM
Düzey 0	- 2 saatte bir pozisyon değişimi uygulanır. - Pasif EHA egzersizleri (3 kez/ gün, 10 tekrar) uygulanır - Baş 30-45° yükseltilir. - FiO2> %60 ise lateral rotasyon sürdürülür.
Düzey 1	- 2 saatte bir pozisyon değişimi uygulanır - Aktif ya da pasif EHA egzersizleri (3 kez/ gün, 10 tekrar) uygulanır - Baş 30-45° yükseltilir. - FiO2> %60 ise lateral rotasyon sürdürülür. - Yatakta/yatak dışında oturtulur. (3 kez/ gün) - Ayakları yatak kenarında sarkıtılır. (3 kez/ gün)
Düzey 2	- 2 saatte bir pozisyon değişimi uygulanır - Aktif ya da pasif EHA egzersizleri (3kez/ gün, 10 tekrar) uygulanır - Baş 30-45° yükseltilir. - FiO2> %60 ise lateral rotasyon sürdürülür - Yataktan kaldırılarak sandalyeye oturtulur. (3 kez/ gün) - Ayakta durma (3 kez/ gün) - Yürüme (3 kez/gün)

Ek 6. Yazılı Aydınlatılmış Onam Formu

Aşağıda verilen bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz.

Sizi **Rahime Gözüküçük** tarafından yürütülen '**Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Ayağa Kaldırmada Rehber Kullanımının Bağırsak Hareketleri, Hemodinamik Ölçüm, Konfor ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi''** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır.
Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1.Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Amacı: Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Ayağa Kaldırmada Rehber Kullanımının Bağırsak Hareketleri, Hemodinamik Ölçüm,Konfor ve Yorgunluk Düzeyine Etkisini belirlemektir.

b. Araştırmanın İçeriği: Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Ayağa Kaldırmada Rehber Kullanımının Bağırsak Hareketleri, Hemodinamik Ölçüm,Konfor ve Yorgunluk Düzeyine Etkisinin belirlenmesi amacı ile anket ve ölçek kullanılacaktır.

c. Araştırmanın Nedeni: (….) Bilimsel araştırma (..**X**..) Tez çalışması

d. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.
Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir.

Ek 7.Etik Kurul Formu

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
94		6 Aralık 2019

KARAR NO 33- İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı'nda, Doktor Öğretim Üyesi Sennur Kula Şahin yönetiminde, Rahime Gözüküçük tarafından yürütülmesi öngörülen, "Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Ayağa Kaldırmada Rehber Kullanımının Bağırsak Hareketleri, Hemodinamik Ölçüm, Konfor ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi..

BAŞKAN	**Prof Dr Selim Kadıoğlu** Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	**Prof Dr Davut Alptekin** Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

Ek 8. Kurum İzni Kararı

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Büro :
Sayı : 40525243/
Konu :

Adana ...../...../.....

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI
19.12.2019	21

KARAR NO 16) Başhekimliğin 19.11.2019 tarih ve E.44379 sayılı yazısı gereği, İstanbul İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi Rahime GÖZÜKÜÇÜK'ün "Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Ayağa Kaldırma Rehber Kullanımının Bağırsak Hareketleri, Hemodinamik Ölçüm, Konfor ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi" konulu tezini Anabilim Dalımızda yapma talebinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Gürhan SAKMAN
Anabilim Dalı Başkan Vekili

Prof. Dr.Mustafa Yalçın KEKEÇ
Üye

Prof. Dr. Ömer ALABAZ
Üye

İZİNLİ
Prof. Dr. Cem Kaan PARSAK
Üye

Doç. Dr. Atılgan Tolga AKÇAM
Üye

Doç.Dr. Ahmet RENCÜZOĞULLARI
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Abdullah ÜLKÜ
Üye

İZİNLİ
Dr.Öğr.Üyesi Orçun YALAV
Üye

Dr.Öğr.Üyesi İsmail Cem ERAY
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Kubilay DALCI
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Ahmet Gökhan SARITAŞ
Üye

Ek 9. Akademik Kurul Kararı

Tarih ve Sayı: 02/01/2020-E.112

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 18649120-900/
Konu : RAHİME GÖZÜKÜÇÜK

Sayın RAHİME GÖZÜKÜÇÜK

İlgi : Bila 13/11/2019 tarihli, Bila sayılı ve "RAHİME GÖZÜKÜÇÜK" konulu yazı,

İlgide kayıtlı dilekçeniz incelenmiş olup; tez çalışmanızı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Hastane) Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığında yapmanız Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Tamer Cevat İNAL
Başhekim

Evrakı Doğrulamak İçin : https://ebys.cu.edu.tr/Validate_Doc.aspx?V=BENEN8FAZ Bilgi için: Deniz BOLAT

Ek 10. Kurum İzin Dilekçe Formu

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Kurumunuzda 657 ye tabi 4/B kadrosunda, Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak görev yapmaktayım. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde yüksek lisans yapmaktayım. "Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Ayağa Kaldırmada Rehber Kullanımının Barsak Hareketleri, Hemodinamik Ölçüm, Konfor ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi" başlıklı tez çalışmamı hastanenizde Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde, hastalar üzerinde yarı deneysel olarak yapmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Rahime Gözükuçük

İNTİHAL RAPORU

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ERKEN AYAĞA KALDIRMADA REHBER KULLANIMININ BAĞIRSAK HAREKETİ, HEMODİNAMİ, KONFOR VE YORGUNLUK DÜZEYİNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%12	%10	%5	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
2	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	%1
3	acikerisim.istinye.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to Istanbul Medipol Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
5	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	%1
6	www.turkiyeklinikleri.com İnternet Kaynağı	%1
7	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	%1