

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ AMELİYATLARI SONRASI
PLANLI ERKEN MOBİLİZASYON KLİNİK UYGULAMA
REHBERİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Ezgi ARSLAN
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Sultan ÖZKAN

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
HF-23004 proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2024

TEŞEKKÜR

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda gerçekleştirdiğim doktora eğitimim boyunca bilgisi, sevgisi, hoşgörüsü ve ilgisiyle bana rehberlik eden danışman hocam Doç. Dr. Sultan ÖZKAN'a,

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, akademik ilerleyişime katkı veren başta Doç. Dr. Rahşan ÇAM olmak üzere Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine ve Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde aldığım lisans eğitimim boyunca bana emek veren tüm hocalarıma,

Tez izleme komitemde yer alarak doktora tez çalışmama değerli görüş ve katkılarıyla zenginlik katan, bana rehberlik eden hocalarım Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM'a, Doç. Dr. Nurdan GEZER'e,

Tez sınavıma jüri olarak katılıp katkılarıyla tezimi zenginleştiren hocalarım Doç. Dr. Fatma VURAL ve Doç. Dr. Özlem BİLİK'e,

Tez çalışmama kıymetli deneyimlerini benimle paylaşarak ve süreç içinde sorularıma cevap olarak katkı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Gizem GÜNEŞ ÖZTÜRK'e,

Akademik ve sosyal hayatımda birçok defa desteğini hissettiğim çok kıymetli arkadaşlarım Arş. Gör. Dr. Duygu YEŞİLFİDAN ve Arş. Gör. Dr. Havva Yöner AMAÇ'a,

Doktora tez çalışmama katılmaya gönüllülük gösteren tüm hastalarım,

Tez çalışmamın veri toplama aşamasında desteğini esirgemeyen Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Servisi'nde görev yapan tüm meslektaşlarıma,

Doğduğum günden bugüne dek beni ben yapan, sevgisiyle arkamda duran canım annem, babam ve ablama,

Desteğiyle ve ilgisiyle bana yol arkadaşlığı yapan sevgili eşime,

Hayatımdaki en büyük iyi ki'm canım kızım Elis'ime

SONSUZ TEŞEKKÜRLER!

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
RESİMLER DİZİNİ	xv
GRAFİKLER DİZİNİ	xvi
ÖZET	xvii
ABSTRACT	xix
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Jinekolojik Onkolojide ERAS	6
2.1.1. ERAS ve Hemşirenin Rollerı	7
2.1.2. Ameliyat Sonrası ERAS'ın Önemli Bir Bileşeni Olarak Erken Mobilizasyon	9
2.1.3. Erken Mobilizasyonun Yönetiminde Hemşirenin Rolü	10
2.2. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberleri (KUR)	12
2.2.1. Kanıta Dayalı KUR Geliştirme	13
2.3. Ameliyat Sonrası Erken Mobilizasyonu Arttırmaya Yönelik KUR Geliştirmede Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	16

3. GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1. Metodolojik Aşamının Gereç ve Yöntemi	17
3.1.1. Kanıta Dayalı KUR'un Geliştirilmesi	17
3.1.1.1. Konunun Belirlenmesi, Sistematiik Tarama ve Çalışmaların Seçimi	17
3.1.1.2. KUR'un Amaç, Kapsam ve Sorularının Belirlenmesi.....	20
3.1.1.3. KUR'un Müdahalelerinin Belirlenmesi	20
3.1.1.4. Kanıt Düzeylerinin Belirlenmesi	20
3.2. Deneyisel Aşamının Gereç ve Yöntemi	23
3.2.1. Hasta Eğitimi Programının Seçim Gerekçesi	23
3.2.2. Hasta Eğitiminin Verilmesi	23
3.2.3. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	23
3.2.4. Araştırmanın Zamanı.....	24
3.2.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.2.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	25
3.2.7. Araştırmanın Dışlama Kriterleri.....	26
3.2.8. Veri Toplama Süreci.....	26
3.2.8.1. Hastaların Seçimi ve Gruplara Atanması	26
3.2.8.2. Körleme	27
3.2.9. Veri Toplama Formları.....	27
3.2.10. Hasta Eğitiminin Hazırlanması ve Standartlaştırılması.....	31
3.2.11. Ön Uygulama.....	33
3.2.12. Veri Toplama Süreci.....	33
3.2.12.1. Girişim Öncesi Hastaların Randomizasyonu ve Değerlendirmesi	35
3.2.12.2. Girişimin Uygulanması	35
3.2.12.3. Girişim Sonrası Hastaların İzlemi	36
3.2.13. İstatistiksel Analiz	37

3.2.14. Araştırmanın Güçlükleri	38
3.2.15. Araştırmanın Etik Yönü	38
4. BULGULAR	39
4.1. Metodolojik Aşamanın Bulguları	39
4.1.2. GRADE Kanıtlarının Derecelendirilmesi ve KUR'un oluşturulması	46
4.2. Deneyisel Aşamanın Bulguları	51
4.2.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	51
4.2.2. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının Güvenilirlik Test Sonuçları.....	60
4.2.3. Girişim Grubu Hastalarına Verilen Mobilizasyon Eğitiminin Tekrarlanmasına İlişkin Sonuçlar	61
4.2.4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Mobilizasyon Süreci Hasta Çıktıları	62
4.2.5. Öğrendiğini Anlat Yöntemi ile Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarda HHÖ, GHÖ, ASİİ ve NHBMO Puanı Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması.....	75
4.2.6. Öğrendiğini Anlat Yöntemi ile Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarda Komplikasyon Gelişimine ve Taburculuk Süresine Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması	77
4.2.7. Araştırmanın Gücü ve Etki Büyüklüğüne Dair Sonuçlar	78
5. TARTIŞMA.....	79
5.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Klinik Özelliklerinin Tartışılması	80
5.1.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Ameliyat Öncesi Klinik Özelliklerinin Tartışılması.....	81
5.1.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Ameliyat Sonrası Klinik Özelliklerinin Tartışılması.....	84
5.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Mobilizasyon Sürecindeki Hasta Çıktılarının Tartışılması	86

5.3. Öğrendiğini Anlat Yöntemi İle Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarında Egzersiz Uygulama ve Gerçekleştirdikleri Mobilizasyon Uygulamalarının Tartışılması	88
5.4. Öğrendiğini Anlat Yöntemi İle Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarda HHÖ ve GHÖ Puanı Üzerine Etkisinin Tartışılması	90
5.5. Öğrendiğini Anlat Yöntemi İle Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarda ASIİ Puanı Üzerine Etkisinin Tartışılması	92
5.6. Öğrendiğini Anlat Yöntemi İle Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarda NHBMÖ Puanı Üzerine Etkisinin Tartışılması	93
5.7. Öğrendiğini Anlat Yöntemi İle Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarda Komplikasyon Gelişimine ve Taburculuk Süresine Etkisinin Tartışılması	93
5.8. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri	94
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	95
6.1. Sonuçlar	95
6.2. Öneriler.....	96
KAYNAKLAR.....	97
EKLER	108
Ek-1. Veri Toplama Formu	108
Ek 2. Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Kullanım İzni	120
Ek 3. Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi Kullanım İzni	121
Ek 4. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği Kullanım İzni	122
Ek 5. Eğitim Planı.....	123
Ek 6. Video Çekimi için Düzenlenen Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	132
Ek 7. Hasta Eğitim Materyali Değerlendirme Aracı Kullanım İzni	133
Ek 8. Hazırlanan Materyallerin Uzmanlardan Aldığı HEMDA Puanları.....	134
Ek 9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları	135

Ek 10. Etik Kurul Ön Onay	145
Ek 11. Kurum İzni	146
Ek 12. Etik Kurul Son Onay	147
BİLİMSEL ETİK BEYAN.....	148
ÖZGEÇMİŞ.....	149

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

°C	: Santigrat Derece
AGREE	: Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
ASA	: Amerikan Anestezistler Derneği
ASİİ	: Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CI	: Güven Aralığı
Dk	: Dakika
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
ERAS	: Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri
g	: Hedge's g
GHÖ	: Gözlemci Hareketlilik Ölçeği
GLOBACAN	: Küresel Kanser Gözlemevi
GRADE	: The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HEMDA	: Hasta Eğitim Materyali Değerlendirme Aracı
HHÖ	: Hasta Hareketlilik Ölçeği
KUR	: Klinik Uygulama Rehberi
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
NHBMÖ	: Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği
RKÇ	: Randomize Kontrollü Çalışma
ROM	: Range of Motion
SaO₂	: Oksijen Saturasyonu

SKB : Sistolik Kan Basıncı

Ss : Standart Sapma

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Hemşirelerin rol aldığı ERAS öğeleri (Aktaş ve Yılmaz, 2023).	7
Şekil 3.1. PRISMA akış şeması (Page ve ark, 2020).	19
Şekil 3.2. GRADE yaklaşımı kanıt kalitesini değiştiren faktörler.	21
Şekil 3.3. CONSORT akış diyagramı.	34

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Jinekolojik onkoloji ameliyatlarında ERAS protokolünün temel bileşenleri (Aktaş ve Yılmaz, 2023)	6
Tablo 3.1. Araştırma Süreci	24
Tablo 3.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının HHÖ, GHÖ, ASİİ ve NHBMÖ ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün ölçümlerinde puanlarına ilişkin Shapiro-Wilks Normallik Testi Sonuçları	37
Tablo 4.1. Dahil edilen 6 çalışmanın metodolojik kalite değerlendirmesi	41
Tablo 4.2. Müdahalelerin GRADE Kanıt Profili Tablosu	43
Tablo 4.3. DS3Ö Rehber Geliştirme Grubu kanıt öneri kategorisi (DSÖ, 2012).....	46
Tablo 4.4. Ameliyat sonrası hasta mobilizasyonunu arttırmada kullanılan yöntemler.....	46
Tablo 4.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=102).....	52
Tablo 4.6. Girişim ve kontrol grubu hastalarının klinik özelliklerine göre dağılımı (n=102)	53
Tablo 4.7. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi dönem genel durumlarına göre dağılımı (n=102)	55
Tablo 4.8. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası dönem genel durumlarına göre dağılımı (n=102)	58
Tablo 4.9. HHÖ, GHÖ, ASİİ ve NHBMÖ güvenilirlik analizi sonuçları	60
Tablo 4.10. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün 2. gün mobilizasyon öncesi ağrı, yorgunluk ve mobilizasyona hazırlılığın grup içi-gruplar arası karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.11. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün mobilizasyon öncesi ve sonrası hemodinamik parametrelerinin grup içi karşılaştırılması	64

Tablo 4.12. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün mobilizasyon sonrası hasta çıktılarının grup içi-gruplar arası karşılaştırılması	66
Tablo 4.13. Girişim grubu ve kontrol hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün mobilizasyonu kolaylaştıran egzersizleri uygulama durum, sıklık ve sürelerine göre dağılımı.....	68
Tablo 4.14. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün mobilizasyon türüne göre dağılımı.....	72
Tablo 4.15. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün HHÖ ve GHÖ puan ortalamalarının grup içi-gruplar arası karşılaştırılması	75
Tablo 4.16. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 2. gün ve ameliyat sonrası 15. gün ASİİ puan ortalamalarının grup içi-gruplar arası karşılaştırılması	76
Tablo 4.17. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 2. gün NHBMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	77
Tablo 4.18. Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk sonrası komplikasyon gelişimi ve taburculuk süresi üzerine etkisi	77

RESİMLER DİZİNİ

Resim 3.1. Eğitimde kullanılan araç-gereçler	31
---	----

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 4.1. Girişim grubuna Öğrendiğini Anlat metodu ile verilen mobilizasyon eğitiminin tekrar sayıları.	61
--	----

ÖZET

JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ AMELİYATLARI SONRASI PLANLI ERKEN MOBİLİZASYON KLİNİK UYGULAMA REHBERİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Arslan E. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi
Hastahkları Hemşireliği Doktora Tezi, Aydın, 2024.**

Amaç: Bu çalışmada jinekolojik onkoloji ameliyatları geçiren hastalarda ameliyat sonrası erken mobilizasyonu arttırmak için kanıta dayalı klinik uygulama rehberinin geliştirilmesi ve etkinliğinin test edilmesi amaçlandı.

Gereç-yöntem: Çalışmanın birinci aşaması metodolojik aşama olup jinekolojik onkoloji ameliyatları sonrası erken mobilizasyonu arttırmada kanıta dayalı uygulamalar belirlendi. İkinci aşamada ise geliştirilen klinik uygulama rehberinde yer alan hasta eğitimi müdahalesi randomize kontrollü deneysel aşamada test edildi. Araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Servisi'nde 51 girişim ve 51 kontrol grubu olmak üzere toplam 102 hasta ile gerçekleştirildi. Girişim grubuna ameliyat sonrası erken mobilizasyon eğitimi Öğrendiğini Anlatı metodu kullanılarak verildi. Çalışmanın verileri; Hasta Tanıtım Formu, Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hastanın Genel Değerlendirmesi Formu, Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeğinden oluşan Ameliyat Sonrası Hasta Çıktılarının Değerlendirilmesi Formu, Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi ve Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği ile toplandı. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare testi, Mann-Whitney U testi ve tekrarlı ölçümlerde Wilcoxon testi kullanıldı.

Bulgular: Girişim grubundaki hastalarının kontrol grubu hastalarına göre ameliyat sonrası sıfırıncı gün, birinci gün ve ikinci gün HHÖ ve GHÖ puanları ile ameliyat sonrası 2. gün ve 15. gün ASİİ puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve NHBMÖ puanlarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlendi. Girişim grubu ve kontrol grubu hastaları arasında ameliyat sonrası komplikasyon görülme durumu ve hastanede kalış süresi açısından istatistiksel fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada jinekolojik onkoloji ameliyatı geçiren kadınlarda ameliyat öncesi mobilizasyon eğitiminin hastaların mobilizasyon süreci ile ameliyat sonrası iyileşmesini desteklediği ve hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini arttırdığı bulundu. Ameliyat sonrası iyileşme ve taburculuğun kriterlerinden biri olan erken mobilizasyon eğitimlerinin, ameliyat sonrası mobilizasyon süreçlerini kolaylaştırma, iyileşmeyi destekleme ve hasta memnuniyetinin artırılması açısından kliniklerde rutin olarak uygulamaya konulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat sonrası bakım, Erken mobilizasyon, Hemşirelik bakımı, Klinik uygulama rehberi, Öğrendiğini Anlat metodu.

ABSTRACT

DEVELOPMENT AND EVALUATION OF THE CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR PLANNED EARLY MOBILIZATION AFTER GYNECOLOGICAL ONCOLOGY SURGERY

**Arslan E. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Surgical
Diseases Nursing Program, Doctorate Thesis, Aydın, 2024.**

Objective: This study aimed to develop and test the effectiveness of an evidence-based clinical practice guide to increase early postoperative mobilization in patients undergoing gynecological oncology surgeries.

Material and methods: The study was carried out in two stages. The first phase is the methodological phase and evidence-based practices were determined to increase early mobilization after gynecological oncology surgeries. In the second stage, the patient education intervention included in the developed clinical practice guide was tested in a randomized controlled experimental phase. The research was conducted at Aydın Adnan Menderes University Practice and Research Hospital Gynecology Service with a total of 102 patients, including 51 intervention and 51 control groups. Early postoperative mobilization training was given to the intervention group using the Tell What You Learned method. Data of the study; It was collected with the Patient Introduction Form, Pre- and Post-Operative Patient General Evaluation Form, Post-Operative Patient Outcomes Evaluation Form, which consists of the Patient Mobility Scale and Observer Mobility Scale, Post-Operative Recovery Index and Newcastle Nursing Care Satisfaction Scale. Descriptive statistics, Chi-square test, Mann-Whitney U test and Wilcoxon test for repeated measurements were used to analyze the data obtained from the study.

Results: Compared to the patients in the control group, patients in the intervention group had lower postoperative day 0, first day, and second day PMS and OMS scores, and postoperative day 2 and 15th day ASII scores, and their NHBMS scores were higher ($p<0.05$). determined. It was determined that there was no statistical difference between the intervention group and control group patients in terms of postoperative complications and hospital stay ($p>0.05$).

Conclusion: In this study, it was found that preoperative mobilization training in women undergoing gynecological oncology surgery supported the patients' mobilization process and postoperative recovery and increased the patients' satisfaction level with nursing care. It is recommended that early mobilization training, which is one of the criteria for postoperative recovery and discharge, be routinely implemented in clinics in order to facilitate postoperative mobilization processes, support recovery and increase patient satisfaction.

Key Words: Clinical practice guideline, Early ambulation, Nursing care, Postoperative care, Teach-Back method.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Mobilizasyon; “ayağa kalkma, yürüme, hareket edebilme ve dolaşma özellikle ameliyattan sonra hastanın ayağa kalkarak dolaşması” olarak tanımlanmakta olan temel bir insan ihtiyacıdır (Ahtisham ve Jacoline, 2015; Çilingir ve Şahin, 2020). Ameliyat sonrası erken mobilizasyon ise ilk kez 1899 yılında tanımlanmış olup ilerleyen yıllarda yapılan çalışmalar ile ameliyat sonrası hasta bakımında uygulanması önerilen bir girişim olarak kabul edilmiştir (Kırtıl ve Kanan, 2023). Ameliyat sonrası erken mobilizasyon kavramı farklı kaynaklarda farklı tanımlansa da ameliyat sonrası erken mobilizasyon uygulamaları aktif-pasif Range of Motion (ROM) egzersizleri, yatak başını yükseltme, yatak içi dönme, yatak içi egzersizler, yatağın ucunda oturma, yataktan sandalyeye transfer, ayağa kalkma gibi çeşitli uygulamalar ile gerçekleştirilmektedir. Bu uygulamaların ameliyat öncesinde planlanarak ameliyat sonrası dönemde multidisipliner bir ekiple gerçekleştirilmesine “planlı erken mobilizasyon” olarak tanımlanmaktadır (Çelik, 2019).

Ameliyat sonrası dönemde hastanın mobilizasyonunda gecikme yaşanması durumunda hastada insülin direncinde artma, kaslarda zayıflama ve kas kütlesi kayıpları, pulmoner fonksiyonlarda sorunlar yaşama ve tromboemboli riskinde artma görülmektedir (Çilingir ve Şahin, 2020). Literatürde yer alan çalışmalarda ameliyat sonrası mobilizasyonun hastaların bağırsak hareketlerini arttırdığı, oral alıma başlama süresi ile hastanede kalış süresini kısalttığı; ağrı, yorgunluk gibi sorunları azalttığı; ilk gaita çıkışını hızlandırdığı ve yaşam kalitesini arttırdığı rapor edilmektedir (Basse ve diğerleri, 2002; Kehlet, 2011; Kırtıl ve Kanan, 2021; Vlug ve diğerleri, 2011).

Ameliyat sonrası erken mobilizasyon ameliyat sonrası hemşirelik bakımının önemli unsurlarından biri olarak görülse de optimal uygulama konusunda henüz bir görüş birliği sağlanamamıştır ve halen ameliyat sonrası hemşirelik bakım uygulamalarının en sık gözden kaçırılanıdır (Kırtıl ve Kanan, 2023). Ülkemizde 19 Nisan 2011 tarih 27910 sayılı resmî gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte hastanın hareket toleransını değerlendirme, hastalara verilecek egzersiz ve aktivite eğitimi

hemşirelik kararı ile uygulanması yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Jinekolojik onkoloji ameliyatları sonrası erken mobilizasyon, cerrahi süreçte hemşirelik bakımının önemli bir bileşeni ve cerrahi hemşiresinin temel sorumluluklarından biridir. Bu sorumluluk kapsamında hemşireler, hastaları ameliyat öncesi dönemde fizyolojik ve psikolojik açıdan kapsamlı olarak değerlendirmeli, güncel kanıta dayalı uygulamaları takip etmeli ve bu uygulamaları esas alan hemşirelik bakım sürecini hastanın klinik durumuna uygun olacak şekilde planlamalıdır (Çilingir ve Şahin, 2020; Gosselink ve diğerleri, 2008; Özbayır, 2021). Ameliyat sonrası dönemde hastaların tedavi ve bakım uygulamalarında kanıta dayalı uygulamaların takip edilmesi ile ameliyat sonrası iyileşme sürecinin hızlanacağı, görülen komplikasyonların azaltılacağı, hastanede kalış sürecinin kısaltılacağı, mortalite ve morbidite oranlarının azaltılacağı ve hasta memnuniyetinin arttırılacağı bildirilmektedir (Bilgiç ve diğerleri, 2019). Bu yararları nedeniyle planlı erken mobilizasyon, cerrahi süreçte hemşirelik bakımının önemli bir bileşeni olarak uygulamaya aktarılmalıdır (Çilingir ve Şahin, 2020; Jakobsen, 2021).

Literatürde yer alan çalışmalara bakıldığında ameliyat sonrası erken mobilizasyonu arttırmada hasta eğitimi, mobilizasyon hedefi koyma, progresif kas egzersizlerinin öğretimi, mobilizasyon programları gibi birçok müdahale tasarlanmış ve test edilmiştir. Liebermann ve diğerlerinin (2013) randomize kontrollü türde gerçekleştirdikleri çalışmada günlük mobilizasyon hedefi koyma müdahalesinin hastaların adım sayısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı bildirilmektedir. Jadhav ve Gosavi (2023) sezaryen geçiren kadınlarda aşamalı ve erken mobilizasyon girişiminin ameliyat sonrası iyileşme üzerine etkisinin olumlu olduğu ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde fark yarattığı bildirilmektedir. Yayla (2016) kalp damar cerrahisi geçiren hastalarda erken mobilizasyon protokolü uygulamasının hastaların ameliyat sonrası mobilizasyonu üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını ancak hastaların ilk gaz çıkışını hızlandırdığı, hastanede kalış süresini kısalttığı ve komplikasyon görülme oranını azalttığı bildirilmektedir. Ameliyat sonrası erken mobilizasyonun hastalarda gösterilen yararları nedeniyle hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde hastaların erken ve aşamalı mobilizasyonun yararları konusunda bilgilendirilmesi ve eğitimi, hastalarda mobilizasyon hedefi konması ve hastaların bu hedefe ulaşma konusunda motive edilmesi, hastaların mobilizasyon süreçlerinin objektif izlem araçlarıyla izlenmesi, mobilizasyon süreçlerinin kayıt altına alınması önerilmektedir (Kırtıl ve Kanan, 2023).

Ülkemizde rehberler Sağlık Bakanlığı'nca ve sağlık alanında faaliyet göstermekte olan sivil toplum kuruluşlarınca geliştirilmektedir. Kahveci ve ark'ın (2020) ülkemizdeki klinik uygulama rehberleri (KUR) alanındaki faaliyetlerini raporladığı derlemede, toplam 147 rehberin olduğu, rehberlerin tümüne online ulaşılabildiği ve kolorektal kanser, meme kanseri, akut iskemik inme, diyabet, güvenli doğum, prostat kanseri gibi konularda KUR'un bulunduğu bildirilmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları ile literatür incelendiğinde jinekolojik onkoloji ameliyatı sonrası erken mobilizasyon ile ilgili hemşirelere yönelik KUR bulunmadığı görülmüştür. Jinekolojik onkoloji ameliyatları sonrası hastaların genel anestezi alması, açık yöntem ile operasyonunun yaygın olması, diyaframa yakın kesinin olması gibi nedenler hastaların mobilizasyonunu sınırlamakta ve/veya geciktirebilmektedir (Jakobsen ve diğerleri, 2021). Jinekolojik onkoloji ameliyatları sonrası erken mobilizasyon ele alınması gereken önemli bir konudur ve bu konuya ilişkin KUR bulunmamaktadır.

Jinekolojik onkoloji ameliyatları sonrası erken mobilizasyonun olumlu etkilerinin birçok çalışmada rapor edilmesine rağmen günümüzde hala jinekoloji servislerinde ameliyat sonrası erken mobilizasyon istenen seviyede gerçekleştirilmediği bildirilmektedir (Bilgiç ve diğerleri, 2019; Chen ve diğerleri, 2022; Cortes ve diğerleri, 2019; Jakobsen ve diğerleri, 2021). Yapılan çalışmalardan birinde jinekolojik ameliyat geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde %12'sinin hiç mobilize olmadan taburcu olduğu (Liebermann ve diğerleri, 2013) ve bir başkasında (Jakobssen ve diğerleri, 2021) ise hastaların %40'nın ameliyat sonrası günlerde istenen seviyede mobilize olmadığı bildirilmektedir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde mobilizasyonundaki gecikmeler hastalarda ateletazi, pnömoni, derin ven trombozu gibi komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir (Liebermann ve diğerleri, 2013). Bu komplikasyonların önlenmesine ek olarak yara iyileşmesini destekleme, fiziksel ve ruhsal iyilik hali sağlama, hastanede kalış süresini kısaltma, komplikasyonları önleme gibi yararları nedeniyle hastaların jinekolojik onkoloji ameliyatları sonrasında erken mobilize edilmesi önemlidir (Liebermann ve diğerleri, 2013). Literatürde ameliyat sonrası erken mobilizasyon ile ilgili yer alan randomize kontrollü çalışmalar, sistematik incelemeler ve meta-analizlerden elde edilen kanıtların seviyelerinin düşük olduğu bildirilmektedir (Jakobsen ve diğerleri, 2021; Morris ve diğerleri, 2010; Özbayır, 2021).

Jinekolojik onkoloji ameliyatları sonrası erken mobilizasyon, hastalarda komplikasyonların önlenmesi, iyileşmenin desteklenmesi ve bakım memnuniyetinin artmasında etkili olabilecek bir girişimken bu konuyla ilgili sınırlı sayıda kanıta dayalı müdahale olduğu bildirilmektedir (Liebermann ve diğerleri, 2013). Son zamanlarda

Çalışmalardan elde edilen kanıtların sınıflandırılarak kanıtların ölçülmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi [Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE)] yaklaşımı ile KUR güvenilirliğini değerlendirmede kullanılabilecek standartlar ortaya konmuştur (Attia, 2013). Jinekolojik cerrahi geçiren hastalardan farklı hasta popülasyonlarında ameliyat sonrası erken mobilizasyona yönelik kanıtlar, GRADE yaklaşımı ile değerlendirilmiş olup sonuçların düşük etki gücüne sahip olduğu bildirmektedir (Gustafsson ve diğerleri, 2013; Morris ve diğerleri, 2010; Nygren ve diğerleri, 2012). Literatürde yer alan çalışmalara bakıldığında mobilizasyona ilişkin bilgilendirme ve hasta eğitimi müdahalelerinin ameliyat sonrası erken mobilizasyonu arttırılabileceği bildirilmekte olup bu müdahaleye ilişkin kanıtlar halen çok sınırlıdır ve kanıta dayalı uygulamaları geliştirmek adına daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada jinekolojik onkoloji ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat sonrası erken mobilizasyonu arttırmak için kanıta dayalı klinik uygulama rehberi geliştirilmesi ve etkinliğinin test edilmesi amaçlandı.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu doktora tezi, metodolojik ve deneysel aşama olmak üzere iki aşamalı olarak gerçekleştirildi. Metodolojik aşamanın amacı; jinekolojik onkoloji cerrahisi geçiren kadınlarda ameliyat sonrası erken mobilizasyonu arttırmada kullanılan müdahalelerin belirlenmesi ve ameliyat sonrası erken mobilizasyonu arttırmada kullanılabilecek bir klinik uygulama rehberinin geliştirilmesidir. Deneysel aşamanın amacı ise bu klinik uygulama rehberinde yer alan hasta eğitimi müdahalesinin randomize kontrollü olarak test edilmesidir.

1.3. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri

Metodolojik aşama için araştırma soruları:

- Jinekolojik onkoloji ameliyatı sonrası hastaların erken mobilizasyonunu sağlamada kullanılan müdahaleler nelerdir?
- Jinekolojik onkoloji ameliyatı sonrası hastaların erken mobilizasyonunu sağlamada kullanılan müdahalelerin kanıt düzeyleri nelerdir?

Deneysel aşama için araştırma hipotezleri:

H1_a: Jinekolojik onkoloji ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat öncesi dönemde verilen erken mobilizasyon eğitimi hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon düzeyini artırır.

H1_b: Jinekolojik onkoloji ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat öncesi dönemde verilen erken mobilizasyon eğitimi hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumu artırır.

H1_c: Jinekolojik onkoloji ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat öncesi dönemde verilen erken mobilizasyon eğitimi hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Jinekolojik Onkolojide ERAS

ERAS Derneği'nin (Enhanced Recovery After Surgery Society) geliştirdiği ERAS protokolleri veya Hızlandırılmış Cerrahi protokolleri literatürde yer alan ameliyat sonrası normal fizyolojiyi sürdürerek psikolojik sorunları ve organ fonksiyon bozukluklarını azaltıp erken iyileşmeyi sağlamak adına ortaya konan multidisipliner ekiple gerçekleştirilen kanıta dayalı uygulamalardır (Bilgiç ve diğerleri, 2019; Kırtıl ve Kanan, 2023). Kolorektal cerrahilerde ERAS uygulamalarının başlatılmasının ardından jinekolojik cerrahi sonrası ERAS programlarının uygulanması literatürde yer alan birçok çalışmada ele alınmıştır (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2018; Bhandoria ve diğerleri, 2020; Miralpeix ve diğerleri, 2016; Muallam ve diğerleri, 2016; Nelson ve diğerleri, 2019; Sancı ve Güngördük, 2021; Uğurlu ve diğerleri, 2017). Protokollerde ameliyat öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere üç aşamalı ERAS bileşenleri bulunmaktadır (Bilgiç ve diğerleri, 2019) (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Jinekolojik onkoloji ameliyatlarında ERAS protokolünün temel bileşenleri (Aktaş ve Yılmaz, 2023)

Ameliyat öncesi	Ameliyat sırası	Ameliyat sonrası
Hastanın bilgilendirilmesi ve eğitimi	Anestezi protokolü	Nazogastrik sonda kullanımı
Prehabilitasyon	Cerrahi kesinin seçimi	İdrar kateteri kullanımı
Mekanik bağırsak hazırlığı	Hipoterminin önlenmesi	Kan glukoz seviyesinin yönetimi
Ameliyat öncesi açlık	Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın multimodal yönetimi	Gastrointestinal motilitenin uyarılması
Ameliyat öncesi beslenme durumunun değerlendirilmesi ve gerektiğinde beslenme desteğinin verilmesi	Perioperatif sıvı yönetimi	Ameliyat sonrası ağrının yönetimi
Premedikasyon	Dren kullanımı	Ameliyat sonrası beslenmenin yönetimi
Tromboemboli profilaksisi		Erken mobilizasyon
Antimikrobiyal profilaksi		Taburculuk süreci
Cilt hazırlığı		

2.1.1. ERAS ve Hemşirenin Roller

Jinekolojik onkoloji cerrahisinde ERAS kavramı fizyoterapist, hemşire, cerrah, beslenme ve diyetetik uzmanı gibi birçok disiplininin beraber çalışmasını gerektiren multimodal bir yaklaşımdır. Perioperatif dönemde kanıta dayalı öneriler sunan bu yaklaşım ile hastaların perioperatif hemşirelik bakımında da yenilikler ortaya çıkarmıştır. ERAS protokolleri ile birlikte hasta eğitimi hastaya bakım veren tüm disiplinlerin ortak sorumluluğu haline gelmiştir. Bunun yanı sıra hastanın ameliyat öncesi dönemde hazırlığı, antibiyotik profilaksisi, açlık süresinin kısaltılması, bulantı-kusmaya multimodal girişimlerin planlanması gibi kanıta dayalı birçok öneri hemşirelik bakımında ele alınmaya başlanmıştır (Aktaş ve Yılmaz, 2023) (Şekil 2.1).

Ameliyat öncesi	Ameliyat sırası	Ameliyat sonrası
• Ameliyat öncesi eğitim • Prehabilitasyon • Ameliyat öncesi açlık süresinin kısaltılması • Oral karbonhidrat alımı • Antibiyotik profilaksisi • Tromboemboli profilaksisi	• Hipoterminin önlenmesi	• Etkin ağrı kontrolü • Erken mobilizasyon • Gastrointestinal motilitenin uyarılması • Bulantı kusmanın önlenmesi • Taburculuk ve izlem

Şekil 2.1. Hemşirelerin rol aldığı ERAS öğeleri (Aktaş ve Yılmaz, 2023).

Ameliyat öncesi eğitim: Ameliyat öncesi dönemde hastaların optimizasyonunu sağlama, hastalarda cerrahi sürecin ortaya çıkardığı metabolik stresin azaltılması, iyileşme sürecini desteklemesi ve süreç boyunca hastanın kendi bakım sürecine katılımının artırılabilmesi için kapsamlı bir ameliyat öncesi bilgilendirme ve hasta eğitimi gerekmektedir. Hasta eğitiminin bir eğitim planı ile birlikte verilmesi, sözlü ve yazılı yöntemlerin eğitimde kullanılması, mümkünse bireye özgü hazırlanması ve eğitimin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Ameliyat öncesi açlık süresinin kısaltılması ve oral karbonhidrat yüklemesi: Geleneksel cerrahi yöntemlerde hastaların ameliyat öncesi uzun süre açlık başta insülin direnci olmak üzere birçok olumsuz sonucu beraberinde getirmektedir. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği ameliyattan iki saat öncesine kadar berrak sıvıların, altı saat öncesine kadar katı yiyeceklerin alınabileceğini bilmektedir. Benzer şekilde hastalarda metabolik

açlığın olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi için ameliyattan bir gece önceki 24:00'te 800 ml ve ameliyattan iki saat önce 400 ml %12,5'lik maltodektrin içeren oral karbonhidrat solüsyonunun verilmesi önerilmektedir. Buna yönelik hemşireler, hastaların ameliyat öncesi dönemde beslenme durumunu değerlendirmeli ve oral karbonhidrat solüsyonu yüklemesini yapmalıdır (Aktaş ve Yılmaz, 2023).

Antibiyotik profilaksisi: Cerrahi kesiden 60 dakika önce tek doz antibiyotik profilaksisi yapılması önerilmektedir. Hemşire, hastanın antibiyotik profilaksisini gerçekleştirdiğinden emin olmalıdır (Aktaş ve Yılmaz, 2023).

Tromboemboli profilaksisi: Ameliyat sonrası sık görülen komplikasyonlardan derin ven trombozunun önlenmesinde heparin profilaksisi ile kompresyon çorabı kullanımı önerilmektedir. Hemşire hastayı derin ven trombozu riskleri yönünden değerlendirmeli, heparin uygulamalarını yapmalı ve etkilerini izlemeli; kompresyon çorabı giyme ile ilgili hastayı bilgilendirmeli, hastanın kullandığı kompresyon çorabının doğru boyutta olması sağlanmalıdır (Aktaş ve Yılmaz, 2023).

Hipotermi önlenmesi: Ameliyat sırasında hastanın anestezi alması, çıplak olması, verilen sintravenöz solüsyonların soğuk olması ve ameliyathane ortamının soğuk olması gibi faktörler hastada hipotermi görülme riskini arttırmaktadır (Aktaş ve Yılmaz, 2023). Hemşire hastada hipotermi risk faktörlerini izlemeli, hastanın vücut sıcaklığını takip etmeli ve aktif/pasif ısıtma yöntemlerini kullanarak hastada normotermiyi sağlamalıdır.

Ağrı kontrolü: Multimodal analjezi ile hastanın etkin ağrı kontrolü sağlanmakta olup opioid türü analjezik kullanımı sınırlandırılmaktadır. Etkili bir ağrı yönetimi için hemşire hastanın ağrısını değerlendirmeli, doktor istemine uygun analjezikler uygulanmalı, hasta eğitimi verilmeli ve takibi yapılmalıdır (Aktaş ve Yılmaz, 2023).

Erken mobilizasyon: Ameliyat sonrası dönemde sık görülen pulmoner ve gastrointestinal sistem üzerine etkilerini önlemek için hastaların ameliyat günü iki saat, ameliyattan sonraki günlerde altı saat yatak dışında olması önerilmektedir. Benzer şekilde erken mobilizasyon fiziksel fonksiyonelliği sağlama, ağrı düzeyini azaltma gibi yararları olabilmektedir. Hemşireler hastaların mobilizasyon ile ilişkili ihtiyaçlarını belirlemeli, mobilizasyon süreçlerini aşamalı olarak planlamalı, mobilizasyonları izlemeli ve kaydetmelidir. Hastaları mobilizasyon için motive etmelidir (Aktaş ve Yılmaz, 2023).

Gastrointestinal motilitenin uyarılması: ERAS protokolleri kapsamında minimal invaziv cerrahi, opioid kullanımından kaçınma, erken mobilizasyon ve sakız çiğneme

gastrointestinal motiliteyi arttırmakta ve bağırsak hareketlerinin dönüşünü kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle de hemşireler olabilen en kısa sürede hastaları mobilize etmeye başlamalı, oral beslenmesini desteklemeli, ağrı yönetiminde opioidlerden kaçınılmalı ve hastayı sakız çiğnemeye teşvik etmelidir.

Bulantı ve kusmanın önlenmesi: Ameliyat sonrası dönemde anesteziye bağlı olarak sık görülen bulantı kusma oral beslenmeye geçişte gecikme, dehidratasyona, intravenöz sıvı alımında artışa neden olmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde bulantı kusmanın yönetiminde hemşire bulantı kusma risk değerlendirmesini yapmalı, uygun farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimleri planlanmalı, değerlendirmelidir.

Taburculuk planlaması ve izlem: ERAS protokollerinin uygulanmasıyla hastaların hastanede kalış süresinin kısaldığı bildirilmektedir. Bu nedenle hemşireler, ameliyat sonrası dönemde hastaları kısa sürede taburculuğa hazır etmelidir. Hastaların servise kabulüyle birlikte taburculuğa hazırlaş için hasta eğitimine başlanmalı, hastaya özgü olarak taburculuk planlanmalıdır. Hastaların servisten eve taburculuğuna karar vermede ağrı kontrolünün analjeziklerle sağlanabilmesi ve bağımsız olarak hastanın mobilize olabilmesi gerekmektedir. Taburculuk sonrasında ise hastanın 24-48 saat aralıklarla telefon takibinin yapılması, ameliyat sonrası 7-10. Günlerde kontrol için hastanede izlenmesi gerekmektedir. Hemşire liderliğinde yapılacak izlemlerde hastanın günlük yaşam aktivitelerine dönüş durumu değerlendirilmelidir (Aktaş ve Yılmaz, 2023).

2.1.2. Ameliyat Sonrası ERAS'ın Önemli Bir Bileşeni Olarak Erken Mobilizasyon

Ameliyat sonrası erken, aşamalı ve hedefe yönelik mobilizasyon ameliyat sonrası ERAS'ın önemli bir bileşeni ve vazgeçilmez unsuru olarak kabul edilmektedir (Kırtıl ve Kanan, 2023). Erken mobilizasyon kavramının yapılan çalışmalarla hastaların iyileşme sürecinde zararlı olmadığını kanıtlanması ameliyat sonrası erken mobilizasyonun benimsenmesine neden yol açmıştır. ERAS kılavuzlarında yer alan ameliyat sonrası erken mobilizasyon uygulamalarına ilişkin kanıt düzeyleri ve öneri dereceleri ameliyat türüne ve hastanın klinik durumuna göre değişse de günümüzde ameliyat sonrası dönemde hastaların olabilen en kısa sürede mobilizasyonunun başlatılması önerilmektedir. Yapılan çalışmalar ERAS uygulamalarının jinekolojik cerrahi sonrası dönemde yapılmasının iyileşmenin desteklenmesi, ameliyat sonrası ağrının daha etkili yönetimi, ameliyat sonrası

komplasyonların önlenmesi, ameliyattan önceki fonksiyonelliğın tekrar kazanılması, hasta memnuniyetinin artması ve hastanın taburculuk sürecini hızlandırdığı bildirilmektedir (Çelik, 2019; Çilingir ve Şahin, 2020; Mahmudova ve Dönmez, 2019; Morris ve diğeri, 2010; Vermişli ve Çam, 2015; Yolcu ve diğeri, 2016). Buna ek olarak ERAS kriterlerinde ameliyat sonrası erken mobilizasyon hastaların taburculuk kriteri olarak kabul edilmektedir. Hastaların taburcu olabilmeleri için oturma, yürüme, merdiven inip çıkma gibi temel mobilizasyon süreçlerini gerçekleştirebiliyor olmaları gerekmektedir. Ancak jinekolojik cerrahiler sonrası sık görülebilen hasta ile ilişkili ağrı, yorgunluk, güçsüzlük, ortostatik hipotansiyon, anksiyete, motivasyon düşüklüğü gibi durumlar hastalarda yatak istirahati süresini uzatabilir ve buna bağılı olarak da derin ven trombozu, düşme, yara iyileşmesinde gecikme gibi komplasyonlar da sık görülebilmektedir (Nygren ve diğeri, 2013).

Yapılan çalışmalarda farklı cerrahiler geçiren hastalarda erken mobilizasyonun oral beslenmeye geçişi ve bağırsak motilitesini hızlandırma (Van der Leeden ve diğeri, 2016); iyileşme sürecini hızlandırma (Braga ve diğeri, 2014); ameliyat sonrası pulmoner komplasyonlarda azalma sağladığı bildirilmektedir (Nygren ve diğeri, 2012). Jinekolojik onkoloji geçiren hastalarda ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde ayağa kalkma kanıt düzeyi düşük ancak öneri derecesi güçlü olarak ERAS kılavuzlarında yer almaktadır. Tüm bu sonuçlara rağmen ERAS Derneği kılavuzlarında pelvik cerrahi sonrası erken mobilizasyon önerilmeye devam edilmekle birlikte erken mobilizasyonun standardizasyonu ve daha ileri sonuçlarına yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulduğu bildirilmektedir (Nygren ve diğeri, 2012).

2.1.3. Erken Mobilizasyonun Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Tüm ERAS protokollerinde olduğu gibi jinekolojik onkoloji cerrahisinde de multidisipliner bir yaklaşım gerektiren ERAS bileşenleri düşünüldüğünde hemşirenin bu bileşenler içinde yer alan temel rollerinden ikisi ameliyat öncesi eğitim ve ameliyat sonrası erken mobilizasyondur. Hastanın perioperatif süreç ile ilgili anksiyetesinin etkili yönetilebilmesi ve bu süreçte bakımına aktif olarak katılabilmesi için kapsamlı bir ameliyat öncesi eğitim yapılmalıdır. Hemşireler, hastaya bireye özgü olarak bakım gereksinimlerine en uygun amaç ve hedefler çerçevesinde hastanede kalış süresini kısaltabilecek yazılı ve sözlü bilgilendirmeyi yapmalıdır. Özellikle jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrası sık görülebilen

gastrointestinal ve solunum sistemi komplikasyonlarının önlenmesi için hastaların ameliyat günü iki saat, ameliyat gününü takip eden günlerde ise en az altı saat yatak dışında kalması önerilmektedir. Bunun yanı sıra hastanın en erken zamanda mobilize edilmesi hastanın iyileşmesini destekleme, memnuniyetini arttırma, komplikasyonları azaltma, hastanede kalış süresini kısaltma gibi olumlu hasta sonuçlarını destekleyebilmektedir. Literatürde yer alan çalışmalara bakıldığında ameliyat sonrası erken mobilizasyonu arttırmada hemşirelerin bağımsız olarak mobilizasyon eğitimi verme ve hastayı motive etme; bağımlı rollerine ilişkin olarak da egzersiz protokolü geliştirme ve uygulama müdahalesinin hemşire-fizyoterapist ve mobilizasyon hedefi koyma müdahalesinin hemşire-hekim iş birliğinde uygulandığı görülmektedir. Ancak hastaya ameliyat öncesi dönemde erken mobilizasyona ilişkin farkındalık kazandırma, erken mobilizasyonda kullanılabilecek egzersizleri konu alan hasta eğitimini verme, hastanın mobilizasyon süreçlerini değerlendirme ve yönetme hemşiresinin bu iki bileşenle ilişkilendirilebilecek en temel sorumluluğudur (Aktaş ve Yılmaz, 2023).

Hastanın ameliyat sonrası erken mobilizasyon konusunda bilgilendirilmesi ve eğitiminin yanı sıra ameliyat sonrası mobilizasyonunun hemşirelik yönetimi üç aşamada gerçekleştirilmektedir: Hazırlık aşaması, uygulama aşaması ve değerlendirme aşaması. Hazırlık aşamasında cerrahi hemşiresi, hastayı mobilize etmeden önce hastanın mobilizasyona uygunluğunu günlük olarak fizyolojik, hemodinamik yönden değerlendirmeli, mobilizasyon için güvenlik riskleri veya engelleri olup olmadığını belirlemeli, hastaya mobilizasyon eğitimi verilmeli, mobilizasyon türünü ve zamanını hasta ile birlikte planlamalı, hastanın tıbbi durumuna uygun olarak mobilizasyon sürecinde ihtiyacı olabilecek (taşınabilir monitör, ambu vb.) araç gereci hazırlamalı ve fiziksel ortamın mobilizasyon için uygunluğunu değerlendirmelidir (Çelik, 2019). Uygulama aşamasında hemşire, hastayı mobilize ederken bir protokol doğrultusunda mobilizasyon sürecini yönetmesi, mobilizasyonun mümkünse sabah erken saatlerde gerçekleştirilmesi, öncelikli olarak yatak içinde mobilizasyonun başlatılması ve aşamalı olarak hasta tolere ettikçe mobilizasyon zorluğunun arttırılması gerekmektedir (Çelik, 2019). Değerlendirme aşamasında hemşire hastanın mobilizasyonunu bitirdikten sonra hastanın fizyolojik ve hemodinamik tepkilerini takip etmeli, hastayı dinlendirmeli ve mobilizasyon sürecini kayıt altına almalıdır (Miralpeix ve diğerleri, 2016).

2.2. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberleri (KUR)

Kanıta dayalı uygulama; klinik karar verme sürecini desteklemede en iyi kanıtların kullanılma süreci olarak tanımlanmaktadır (Yakışan ve Set, 2013). Hemşirelik bakımı klinik karar verme sürecinde elde edilebilen en iyi kanıta dayandırılmalıdır (Kocaman, 2003). En iyi kanıta dayalı hemşirelik bakımı verme; hasta sonuçlarını iyileştirme, hemşirelik bakımını standardize etme, hemşirelerde ve hastalarda bakım memnuniyetini arttırmayı sağlamaktadır (Kocaman, 2003). Kanıta dayalı hemşirelik ise hemşirelik bakımının verildiği ortamlarda hemşirelerin uzmanlıkları ile hasta tercihleri ve literatürde yer alan çalışmaların sonuçlarından çıkarılan en iyi kanıtların bütünleştirilerek klinik karar verme sürecinde kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin hastalarına mümkün olan en iyi hemşirelik bakımını verebilmesi için bilimsel araştırmalara ayak uydurmaları ve bilimsel araştırmaları kendi klinik deneyimleri ve hastaların tercihleriyle birleştirmesi gerekmektedir. Klinik rehberlerin geliştirilmesi, etkinliğinin test edilmesi ve belli aralıklarla güncellenmesi, kliniklerde çalışan hemşirelerin bu rehberleri takip etmesi, uygulaması ve uygulama sonucunu raporlaması önemlidir (Aktaş ve Yılmaz, 2023).

Günümüzde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının ön plana çıkması ile konuya ilişkin en iyi kanıtın aranması, literatürde yer alan çalışmalarda farklı sonuçların incelenerek sentezlenmesi ve bu araştırmaların gücünün belirlenmesi gerekmektedir. Günümüzde sürekli değişen ve gelişen bilimsel bilginin gün geçtikçe artması, bu bilgilerin klinik uygulamaya entegre edilmesini güçleştirmektedir. Klinik karar verme sürecinde hemşireler kanıta dayalı en iyi bakım uygulamasını belirlemesi ve uygulayabilmesi için kanıta dayalı geliştirilen KUR'lara ihtiyaç duyulmaktadır (Wolf ve diğerleri, 2011). KUR bir soruna veya konuya ilişkin bilgileri özetleyen sistematik olarak oluşturulan ve konuyla ilgilenen profesyonellere yol gösteren önerileri içeren belgelerdir. KUR'lar literatürde yer alan soruna veya konuya ilişkin bilgileri, hemşirelik bakımı çerçevesinde ana hatlarıyla ortaya çıkarır, önerilen uygulamalara yönelik rehber niteliğindedir ve klinik karar vermeyi destekler.

KUR'lar klinik uygulamaya aktarıldığında hastalar için klinik sonuçlarını iyileştirmekte, hasta güvenliğini arttırmakta, hasta bakım kalitesini yükseltmekte, iyileşmeyi desteklemekte, hastaların öz bakım süreçlerinde aktif katılımını desteklemekte ve sağlık profesyonellerinin iş yükünü azaltmaktadır (Wolf ve diğerleri, 2011). Bunlara ek olarak hastalarda morbidite ve mortaliteyi azalttığı, iyileşmeyi hızlandırdığı ve hasta memnuniyetini

arttırdığına dair literatürde çalışmalar da bulunmaktadır. KUR uygulamaları hemşireler için de pek çok yarar sağlamaktadır. KUR'ların kurumsal yararları; hemşireler tarafından bakımın kalitesinde yükselme, hasta bakımında temel oluşturma ve hemşirelerin bakım ve tedavi uygulamalarını kolaylaştırma bildirilmektedir (Yakışan ve Set, 2013). Ek olarak KUR'lar kanıta dayalı uygulamalarda eksik olan veya daha fazla araştırılması gereken konuları ön plana çıkarmaktadır. Benzer olarak hemşirelerin klinik performanslarını geliştirmelerini ve yeni klinik uygulamalara ayak uydurmalarını kolaylaştırmaktadır. Hastalar için hasta güvenliğinin sağlanması, hastaların kendi iyileşme süreçlerine katılımlarının desteklenmesi, mortalite ve morbiditeyi azaltarak hasta sonuçlarını iyileştirmektedir. KUR maliyet açısından etkindir, hemşirelerin sağlık çalışanlarında davranış değişikliğini sağladığı bildirilmektedir.

2.2.1. Kanıta Dayalı KUR Geliştirme

Hemşirelik bakım uygulamalarının gün geçtikçe kanıta dayalı olarak verilmesi ön plana çıkmasıyla birlikte literatürde yer alan çalışmalarda hemşirelik bakım uygulamalarının çok az bir kısmının kanıta dayalı olduğu ve kanıtların elde edildiği çalışmaların da oldukça az bir kısmının kalitesi yüksek randomize kontrollü çalışmalar olduğu bildirilmektedir (Başer ve diğerleri, 2015). Hemşireler, klinik karar verme sürecinde çoğu zaman literatüre ulaşma ve literatürde yer alan tüm çalışmaların sonuçlarını eleştirel bir bakışla inceleyerek sistematik olarak ele alamadığından KUR'lar geliştirilmeye başlanmıştır. KUR'lar genel olarak sivil toplum kuruluşları, bakanlıklar ve bazı uluslararası organizasyonlar tarafından geliştirilebilmektedir (Graham ve Harrison, 2005). KUR'lar üç farklı yöntemle geliştirilebilir: Rehberlerin Aynen Benimsenmesi, Rehberlerin Adaptasyonu ve De Novo Rehber Geliştirme.

Rehberin Aynen Benimsenmesi: Bir konuya veya soruna yönelik olarak farklı bir ülkede geliştirilen rehberin ihtiyaç olunması halinde kalite, geçerlilik ve güvenilirliğinin kabul edilerek doğrudan rehberin tercüme edilmesi ve kullanılması yöntemidir. Bir rehberin sıfırdan geliştirilmesi için gereken zaman, emek ve maliyet düşünüldüğünde var olan bir rehberin doğrudan alınarak kullanılması oldukça tasarrufludur. Ancak geliştirilmiş olan rehberin kalitesi, geçerliliği ve güvenilirliği doğrudan kabul edilmesi, rehberde yer alan tüm önerilerin madde madde incelenmesi ve tümünün kabul edilmesi gerekmektedir (Başer ve diğerleri, 2015).

Rehberin Adaptasyonu: Bir konuya veya soruna yönelik olarak farklı ülke, kültürlerde, kuruluştaki farklı şartlarda uygulanabilmesi için farklılıklar gözetilerek rehberin modifikasyon yöntemi ile uyarlanması yöntemidir (Attia, 2013). Rehberin sıfırdan oluşturulması için gereken zamanın olmaması halinde kısa sürede rehber oluşturmayı kolaylaştıran bir yöntem olup KUR geliştirmede alternatif olarak önerilmektedir. Bir rehberin adaptasyonu yolu ile KUR ortaya çıkarılacaksa öncelikli olarak adaptasyonu düşünülen KUR'un uygulanabilirliği değerlendirilmelidir. Uygulanabilir olduğu düşünülen rehberlerin bir organizasyon kurulu oluşturularak adaptasyon süreci başlatılmalıdır. Bu süreçte KUR'ların araştırılması ve değerlendirilmesi [Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE)] ölçeği kullanılarak rehberde yer alan maddeler kalite yönünden değerlendirilmelidir. Değerlendirme sonucuna uygun olarak uygulanabilir olduğu düşünülen maddeler aynen alınırken uygulanabilir olmayan maddeler için farklı kaynak ve rehberlere bakılarak adaptasyonu tamamlanan rehber uygun hale getirilir. Bu süreç sonunda ortaya çıkan taslak KUR, onu kullanacak olan kurum ve kişilerce madde madde değerlendirilir, yorumlar alınır, ilgili birimlerle görüşmeler yapılır, rehber son hali verilerek yayın haline getirilir (Attia, 2013).

De Novo Rehber Geliştirme: Bir konuya veya soruna yönelik hali hazırda geliştirilmiş bir rehberin bulunmadığı durumlarda veya konuyu/sorunu çözmede yetersiz kaldığı durumlarda yeni bir rehber geliştirme yöntemidir. Bu yöntemde uygulanması gereken 11 temel basamak bulunmaktadır: Konunun belirlenmesi, konuyu inceleyecek çalışma grubunun belirlenmesi, hazırlanacak rehberle ilgili amaç ve kapsamın belirlenmesi, konu ile ilgili araştırma sorularının oluşturulması, bilimsel kanıtların değerlendirilmesi, önerilerin oluşturulması, taslak rehberin oluşturulması, taslak rehberde yer alan önerilerin değerlendirilmesi, rehberin yayınlanması ve yaygınlaştırılması, rehberin uygulanması, rehberin uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi ve güncellenmesi (Graham ve Harrison, 2005; Miller ve Kearney, 2004; Turner ve diğerleri, 2008).

➤ *Konunun belirlenmesi:* Rehberin geliştirileceği konu veya sorun seçilirken kliniklerde sık rastlanması ve klinik açıdan önemli olması, mevcut klinik uygulamada çeşitliliğin olması ve ekonomik yükünün fazla olması gerekmektedir.

➤ *Konuyu inceleyecek çalışma grubunun belirlenmesi:* KUR'ların etkili olabilmesi için KUR'un kullanılacağı hedef kitle, kullanacak olan profesyoneller ve KUR ile ilişkili olabilecek tüm gruplardan temsilcilerin KUR geliştirme sürecine dahil edilmesi

gerekmektedir. Genel olarak KUR'u hazırlayan grup içerisinde konu ile ilgili akademisyenler, uzmanlar, kurum temsilcileri, dernek temsilcileri ve hastalar olmalıdır.

➤ *Hazırlanacak rehber ile ilgili amaç ve kapsamın (hedef kitle) değerlendirilmesi:* Bu aşamada KUR'un hangi hedef kitleye hitap edeceği, hangi amaçla ve ortamda kullanılacağı ortaya konmalıdır.

➤ *Konu ile ilgili araştırma sorularının oluşturulması:* KUR'un oluşturulmasında kullanılacak araştırmaların seçiminde kullanılacak sınırlamaların belirlenebilmesi için sistematik derlemelerde sık kullanılan PICOS'un belirlenmesi gerekmektedir (P: Hedef kitle/hasta grubu, I: Müdahale, C: Karşılaştırma, O: Sonuç ölçütleri, S: Çalışma tasarımı).

➤ *Bilimsel kanıtların belirlenmesi ve değerlendirilmesi:* KUR geliştirilmesi sürecinde PICO oluşturulduktan sonra bilimsel kanıtların elde edileceği çalışmaların belirlenebilmesi için sistematik tarama yapılmalıdır. Sistematik tarama yoluyla elde edilen çalışmalar PICO yönünden değerlendirilmeli, uygulanabilirliği incelenmeli ve sonuçları çıkarılmalıdır.

➤ *Önerilerin oluşturulması:* Uygulanabilir olduğu düşünülen kanıtların birbiriyle karşılaştırılabilmesi için kanıt tabloları oluşturulmalıdır. Kanıt tablolarının oluşturulması sürecinde kalite, nicelik ve tutarlılık gibi kriterler yönünden değerlendirilmesi yapılmalıdır. Tüm kriterler açısından incelenen kanıtlar kullanılarak öneriler hazırlanmalıdır.

➤ *Taslak rehber oluşturma:* Eleştirel inceleme sonucunda belirlenen önerilere dayanarak taslak rehber oluşturulur.

➤ *Önerilerin değerlendirilmesi:* KUR'un oluşturulması sürecinde görevli olmayan ve konuyla ilgili uzmanlığı olan en az 2 kişi tarafından öneriler değerlendirilir. Önerilerin olması halinde rehber düzenlenir ve rehber son şekli verilir.

➤ *Yayın ve yaygınlaştırma:* Geliştirilen KUR elektronik ortamda veya basılı olarak kullanıcıların erişimine sunulur. Yaygınlaştırma için ise önerileri içeren eğitim kitapçığı, broşür vb. oluşturulur. Buna ek olarak KUR'un yaygınlaştırılmasını arttırmak için farklı kurum ve kuruluşlar ile rehberin önerileri paylaşılmalıdır.

➤ *Uygulama:* KUR'un uygulayıcılarına eğitimler verilmeli ve KUR'a erişim kolaylaştırılmalıdır.

➤ *Değerlendirme ve tekrar güncelleme:* KUR geliştirildikten sonra uygulanmalı, uygulama sonrası klinik, ekonomik ve hasta sonuçları değerlendirilmeli, raporlanmalıdır. Rehber yayımlandıktan üç yıl sonra güncellenmelidir.

2.3. Ameliyat Sonrası Erken Mobilizasyonu Arttırmada KUR Geliştirmede Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Cerrahi hemşirelerinin hastaların ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımını sürdürme, hastanın iyileşme sürecini destekleme, günlük yaşam aktivitelerine dönüşünü hızlandırma, ameliyat sonrası komplikasyonları önleme ve hastayı taburculuğa hazırlama konusunda rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımın temel bileşenlerinden biri olan erken mobilizasyonda hastanın ameliyat öncesi dönemde erken mobilizasyonunu olumsuz etkileyebilecek risk faktörlerini belirleme, hastayı mobilizasyona hazırlama ve bilgilendirme; ameliyat sonrası dönemde ise yatak içinde hareketli tutma, olabilen en kısa sürede hastayı ayağa kaldırma, yatak dışında mobilizasyonunu destekleme ve teşvik etme, mobilizasyonun hasta üzerindeki etkilerini değerlendirme ve kaydetmesi temel hemşirelik girişimleridir.

Literatürde jinekolojik onkoloji ameliyatları sonrası erken mobilizasyona ilişkin çalışmaların düşük kalitede olduğu ve sınırlı bilgi sağladığı bildirilmektedir (Jakobsen ve diğerleri, 2021; Johnson ve diğerleri, 2019; Liebermann ve diğerleri, 2013). Ameliyat sonrası erken mobilizasyonun başlatılması ve sürdürülmesi sürecinde birebir hasta ile beraber olan hemşirelerin konuya ilişkin kanıta dayalı bilgilere ulaşması, bu bilgileri klinik uygulamada kullanması, test etmesi ve raporlaması önemlidir. Konuya ilişkin yapılan çalışmalardan oluşturulan KUR'un ameliyat sonrası erken mobilizasyonu arttırması, hasta sonuçlarını iyileştirmesi ve bakımdan memnuniyeti arttıracakları düşünülmektedir. Bu çalışmada günümüzde sıkça dillendirilen *“hemşirelik bakımını kanıta dayalı uygulamaya dayandırma”* yaklaşımından yola çıkılarak ameliyat sonrası planlı erken mobilizasyona yönelik güncel ve kanıta dayalı uygulamalarını belirlemek, bu uygulamaların yer aldığı bir KUR geliştirmek ve etkinliğini test etmek amaçlandı.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Metodolojik Aşamanın Gereç ve Yöntemi

Çalışmanın ilk aşaması olan metodolojik aşamada; jinekolojik onkoloji ameliyatı sonrası planlı erken mobilizasyonun arttırılmasında kullanılabilecek müdahaleler ile bu müdahalelerin kanıt düzeyleri belirlenerek KUR geliştirildi. De Novo Rehber Geliştirme yöntemi ile geliştirilen KUR, AGREE-II protokolünde yer alan basamaklar takip ederek oluşturuldu. Önerilerin oluşturulmasında Dünya Sağlık Örgütü'nün Rehber Geliştirme Grubu kanıt öneri sınıflaması kullanıldı (DSÖ, 2012).

3.1.1. Kanıta Dayalı KUR'un Geliştirilmesi

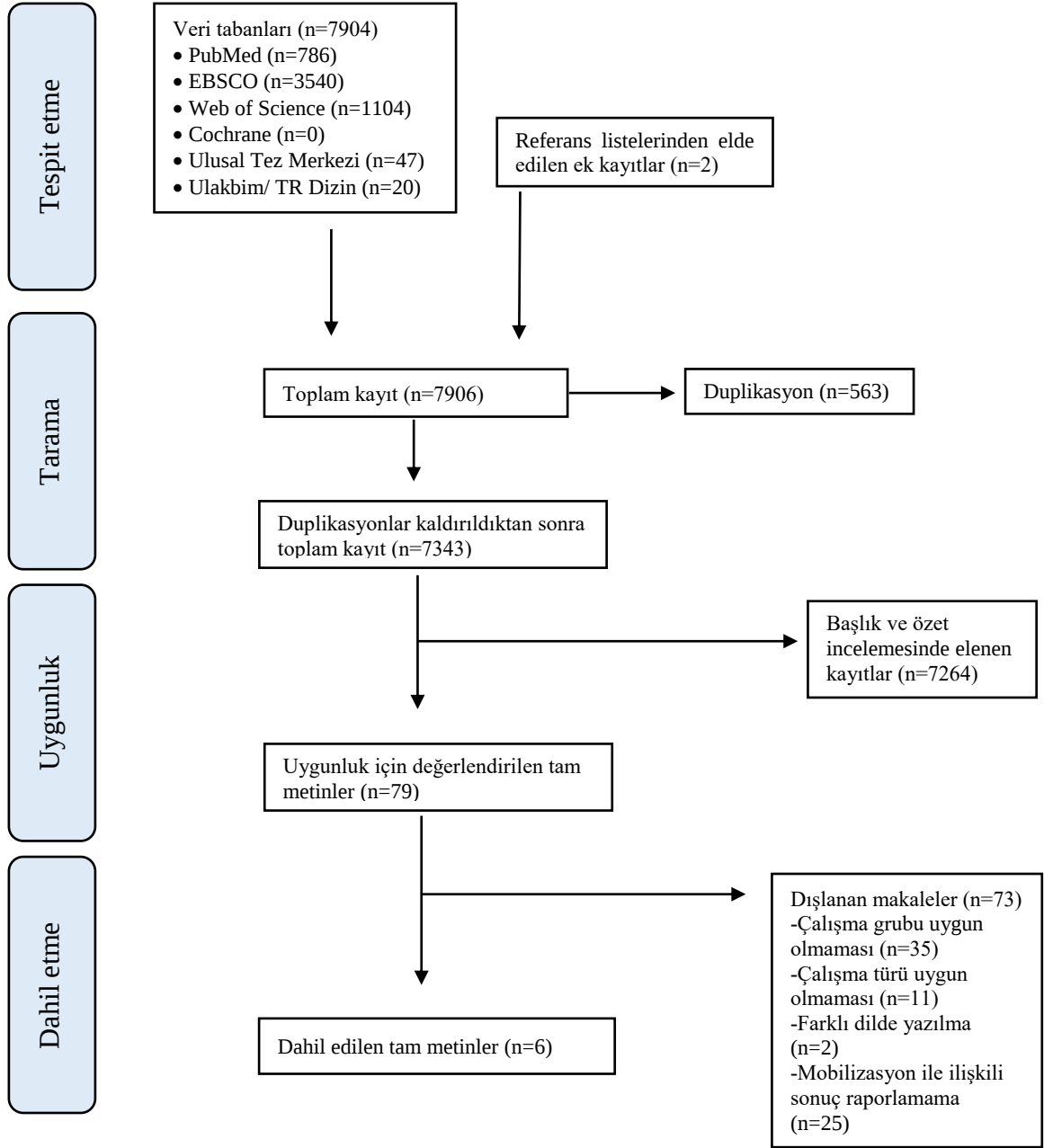
Bu tez çalışmasında jinekolojik onkoloji ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat sonrası planlı erken mobilizasyonun arttırılması amacı ile bu hastalara bakım veren hemşireler tarafından kullanılabilecek bir KUR geliştirildi. KUR'un geliştirilmesi sürecinde günümüzde kanıtların önerilerini sınıflandırmak için kullanılan GRADE yaklaşımı kullanıldı. Bu yaklaşımı ile rehberde yer alan müdahalelerin etkisi hakkında güncel kanıtların özeti sunuldu. Geliştirilen bu KUR ile jinekolojik onkoloji ameliyatı geçiren kadınlarda ameliyat sonrası planlı erken mobilizasyonunun arttırılması, ameliyat sonrası iyileşmenin desteklenmesi ve hasta memnuniyetinin artması amaçlandı.

3.1.1.1. Konunun Belirlenmesi, SistematiK Tarama ve Çalışmaların Seçimi

Bu çalışma kapsamında PubMed, EBSCO (Medline, CINAHL), Web of Science, Cochrane, ClinicalTrials. gov and Turkey national databases (Dergipark, Turkey Clinics, Turkmedline, and National Thesis Center, Cochrane Library and TUBITAK Ulakbim databases) elektronik veri tabanları tarandı. Taramada tanımlanan tüm meSH'e ve Türkiye Bilim Terimlerine göre belirlenen İngilizce anahtar sözcükler "Gynecologic Surgery" OR "Gynecological Surgery" OR "Gynecologic Surgical Procedure" OR "Gynecological Surgical

Procedures" AND "Accelerated Ambulation" OR "Early Ambulation" OR "Early Mobilization" ve Türkçe anahtar sözcükler “Jinekolojik cerrahi” OR “Jinekolojik cerrahi prosedürler” AND “erken mobilizasyon” olarak belirlendi. Tarama son 20 yılda (Ocak 2002 – Mart 2023) yayınlanan çalışmalar ile “randomize kontrollü çalışma, yarı deneysel çalışma ve deneysel çalışma” filtreleri kullanılarak yapıldı. Sistematiik taramada Türkçe ve İngilizce yayınlanmış, randomize olmayan ve randomize kontrollü çalışmalarla sınırlandırıldı. Araştırmada tam metni değerlendirilen tüm çalışmalar araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formu kullanılarak her iki araştırmacı ile özetlendi, içleme ve dışlama kriterlerine göre değerlendirildi.

Seçilen makalelerin referans listelerinde ek bir elle arama yapıldı. İki araştırmacı bağımsız olarak literatür taramasını yürüttü ve herhangi bir anlaşmazlığı tartışarak çözme yoluna gidildi. Yapılan sistematiik tarama sonucunda, altı araştırma kriterlere uygun olarak belirlendi (Şekil 3.1). İki bağımsız araştırmacı (EA ve SÖ) tarafından veri çıkarma formları kullanılarak çalışma sonuçları özetlendi ve görüşlerde anlaşmazlık olması durumunda tartışma yolu ile sonuçlara yönelik ortak karara varıldı.



Şekil 3.1. PRISMA akış şeması (Page ve ark, 2020).

3.1.1.2. KUR'un Amaç, Kapsam ve Sorularının Belirlenmesi

Geliştirilme amacı “jinekolojik onkoloji ameliyatları sonrası erken mobilizasyonu arttırmak” olan KUR’un alanı ameliyat sonrası erken mobilizasyon olarak belirlendi. KUR’un kategorisi önlem, hedeflediği kullanıcıları ise hemşireler, fizyoterapistler, hekimler, bölgesel, ulusal ve yerel sağlık protokol ve politikalarının geliştirilmesinden sorumlu sağlık profesyonelleri olarak tanımlandı. Bu KUR’un hedef kitlesi jinekolojik onkoloji ameliyatı geçiren hastalardır. KUR’da yer alan PICOS ise şöyledir:

- Hedef popülasyon (**Patient**): Jinekolojik ameliyatı geçiren kadınlar
- Müdahale (**Intervention**): Ameliyat sonrası erken mobilizasyonu sağlamada kullanılan herhangi bir müdahale.
- Karşılaştırma (**Compare**): Standart bakım
- Sonuçlar (**Outcomes**): Ameliyat sonrası hasta hareketliliği (**birincil sonuç**); ameliyat sonrası ağrı ve hastanede kalış süresi (**ikincil sonuçlar**)
- Çalışma deseni (**Study design**): Randomize olan/olmayan deneysel çalışmalar.

KUR için yapılan sistematik taramada elde edilen girişimler ameliyat sonrası erken mobilizasyonu arttırmada kullanılan müdahaleler olarak tanımlandı. KUR’da yer alan birincil sonuç göstergeleri ameliyat sonrası erken mobilizasyona ilişkin sonuçlar, ikincil sonuç ölçütleri ise ameliyat sonrası ağrı, hastanede kalış süresi, ameliyat sonrası iyileşme ve hasta memnuniyeti olarak belirlendi.

3.1.1.3. KUR'un Müdahaleleri

Literatür taraması sonucunda çalışmaya dahil edilen 6 çalışmada ameliyat sonrası erken mobilizasyonu arttırmada kullanılan 2 tür müdahale olduğu belirlendi:

- Eğitimsel Müdahale (Hasta bilgilendirmesi ve eğitimi)
- Kombine Müdahale (Hasta bilgilendirmesine ek olarak mobilizasyon hedefi koyma müdahalesi).

3.1.1.4. Kanıt Düzeylerinin Belirlenmesi

GRADE yaklaşımı; klinik çalışmaların kalitesini ve güvenilirliğini değerlendirmek için kullanılan bir sistemdir. Bu sistemde araştırmalar belli kriterlere göre değerlendirilir ve skorlanır (Ryan ve Hill, 2016). Skorlama sonucunda kanıt düzeyleri yüksek, orta, düşük ve çok düşük olarak skorlanır. GRADE yaklaşımına uygun olarak randomize kontrollü çalışmalar yüksek kanıt düzeyinden başlanarak yanlılık, tutarsızlık, dolaylılık, belirsizlik ve yayın yanlılığı riski nedenleriyle düşüğe ve randomize kontrollü olmayan çalışmalar ise düşük kanıt düzeyinden başlanarak büyük boyutlu etkilere, doz-yanıt sonuçlarına veya muhtemelen etkiyi en aza indiren karışıklığa dayalı olarak yükseğe kadar derecelendirilmektedir (Guyatt ve diğerleri, 2011) (Şekil 3.2). Kanıt düzeyi yükseltme nadir olarak gerçekleşmektedir. Bunun nedeni çalışmaların çok iyi tasarlanmış yürütülmüş gözlemsel çalışmalar olması gerekmektedir ve buna ek olarak herhangi bir yayın biasından şüphelenilmemiş olması gerekmektedir.



Şekil 3.2. GRADE yaklaşımı kanıt kalitesini değiştiren faktörler.

➤ **Bias riski:** GRADE yaklaşımında bias risk değerlendirmesi kanıt düşürme nedenlerinden biri olup araştırmada randomizasyonun uygulanması ve körleme, veri toplama ve analiz metodolojisi, kayıp verilerin yönetimi, seçim biası ve raporlama biası incelenmektedir. Çalışmalardan elde edilen sonuçların çoğu için düşük bias riski varsa kanıt derecesi düşürülmezken belirsiz bias riski varsa ve sonuçları etkileyecek boyuttaysa bir seviye kanıt derecesi düşürülmektedir. Eğer yüksek bias riski varsa ve sonuçları ciddi şekilde değiştirme olasılığı varsa bir seviye ancak çok ciddi şekilde değiştirme olasılığı olması durumunda iki seviye kanıt derecesi düşürülmelidir (Guyatt ve diğerleri, 2011; Ryan ve Hill, 2016).

➤ **Tutarsızlık:** Çalışmalardan elde edilen sonuçlarda katılımcılar, müdahale ya da sonuçlara ilişkin metodolojik veya klinik heterojenlik bulunması durumu tutarsızlık varlığını göstermektedir. Tutarsızlıkların bulunma derecesine uygun olarak kanıt derecesi bir veya iki derece düşürülmelidir (Guyatt ve diğerleri, 2011; Ryan ve Hill, 2016). Çalışmalardan elde edilen sonuçlarda heterojenlik değerlendirmesi yapılırken Q istatistiği, I² indeksi, huni grafikleri, metaregresyon analizi gibi analizlerden yararlanılabilmektedir.

➤ **Dolaylılık:** Çalışmalardan elde edilen sonuçların araştırma sorularını ne derece yanıtlayabildiği ile ilgilidir. Çalışmalarda hedef popülasyondan farklı katılımcıların da sonuçlarını içermesi durumunda, müdahalelerin uygulanabilir olmayan karşılaştırmaları içermesi, sonuçların yalnızca son noktada raporlanması, müdahalelerin doğrudan değil de dolaylı olarak karşılaştırıldığı durumlar dolaylılığı göstermektedir. Bu durumda dolaylılığın ciddiyetine göre bir derece veya iki derece kanıt düzeyi düşürülmelidir (Guyatt ve diğerleri, 2011; Ryan ve Hill, 2016).

➤ **Uygunsuzluk:** Çalışma sonuçlarının etki büyüklüğünün hesaplanarak hassasiyetinin belirlenmesine dayanmaktadır. Örneklemin az olması veya araştırmanın geniş güven aralıklarında yapılmış olması uygunsuzluğu işaret edebilir. Uygunsuzluk ciddiyetine göre bir derece veya iki derece kanıt düzeyi düşürülmelidir (Guyatt ve diğerleri, 2011; Ryan ve Hill, 2016).

➤ **Yayın biası:** Yayın biası değerlendirmesi ise araştırmaların sonuçlarının yayınlanması sırasında olumlu sonuç içerenlerin olumsuz sonuç içerenlere göre daha fazla yayınlanma eğilimde olması ile ilgilidir. Çalışmaların birçoğunun küçük örnekleme sahip olması yayın biasını gösterebilmektedir. Ancak yayın biasının tespit edilmesinin güç olması ve tek bir kriter ile değerlendirilemediğinden muhtemel yayın biası varlığında kanıt düzeyi bir derece düşürülmelidir (Guyatt ve diğerleri, 2011; Ryan ve Hill, 2016).

➤ **Büyük etki büyüklüğü:** Eğer bir müdahalenin etkisi çok büyükse ve istatistiksel olarak anlamlıysa, kanıt düzeyi yükseltilebilir. Büyük etki, genellikle güçlü bir klinik öneme işaret eder. Çalışmalardan elde edilen sonuçlarda rölatif risk (RR) ikiden büyükse veya 0,5'ten küçükse kanıt düzeyi bir derece; beşten büyükse veya 0,2'den küçükse kanıt düzeyi iki derece yükseltilir (Guyatt ve diğerleri, 2011; Ryan ve Hill, 2016).

➤ **Doz yanıtı:** Müdahalenin dozuna bağlı olarak bir etki gösteriliyorsa, kanıt düzeyi yükseltilebilir. Doz-bağımlılık, neden-sonuç ilişkisini güçlendirebilir (Guyatt ve diğerleri, 2011; Ryan ve Hill, 2016).

➤ *Tüm olası karıştırıcı faktörlerin etkisini azaltmak:* Eğer müdahalenin etkisiyle ilgili tüm olası karışıklıklar, müdahalenin etkisini azaltacaksa, kanıt düzeyi yükseltilebilir. Bu durum, müdahalenin gerçek etkisinin daha büyük olma olasılığını gösterir (Guyatt ve diğerleri, 2011; Ryan ve Hill, 2016).

3.2. Deneyisel Aşamanın Gereç ve Yöntemi

Bu doktora tezinin metodolojik aşamasında belirlenen hasta eğitimi müdahalesi seçildi ve randomize kontrollü deneyisel aşamada test edildi.

3.2.1. Hasta Eğitimi Programının Seçim Gerekçesi

Geliştirilen KUR'da ortak müdahale olarak hasta eğitiminin bulunması ve mobilizasyon hedefi koyma müdahalesinin hemşirelerin tek başına karar verebileceği bir parametre olmadığından hasta eğitimi geliştirilerek test edilmesi uygun bulunmuştur. Hasta eğitiminin cerrahi hemşirelerinin temel girişimlerinden biri olması ve az maliyet ile hasta bakımında kolay uygulanabilir olmasına ek olarak hastaların ameliyat sonrası süreçlerinde öz-yönetimini güçlendirmesi nedeniyle hasta eğitimi müdahalesi seçildi ve etkinliği test edildi.

3.2.2. Hasta Eğitiminin Verilmesi

3.2.2.1. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Jinekoloji Servisi'nde yapıldı. Jinekoloji Servisinde bir yılda yaklaşık 370 hastaya jinekolojik ameliyat uygulanmaktadır. Tez çalışmasının yürütüldüğü servis 28 yataklıdır ve üç hemşire çalışmaktadır. Servise yatışı yapılmadan hastalardan ameliyat için gerekli olan kan tetkikleri yapılmakta ve hastaların yatışı sırasında oluşturulan hasta

dosyasına eklenmektedir. Yatışı yapılan hastalarda gerekli olması durumunda benzodiazepin grubu ilaçlar ile premedikasyon yapılmaktadır. Ameliyat öncesi antibiyotik profilaksisi sefalosporin grubu antibiyotikler ile ameliyat kesinden 60 dakika önce olacak şekilde ameliyathanede gerçekleştirilmektedir. Ameliyat öncesi ve sonrası tromboemboli profilaksisi ameliyat öncesi dönemde hastalara gerekliyse başlanmakta olup ameliyat sonrası dönemde düşük molekül ağırlıklı heparinler rutin olarak uygulanmaktadır.

3.2.2.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma 1 Eylül 2023-15 Mayıs 2024 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Jinekoloji Servisi'ne yatan hastalar ile yapıldı. Doktora tez çalışmasının planlama, uygulama ve sunum kısmına kadar geçen süreç Tablo 3.1'de özetlendi.

Tablo 3.1. Araştırma Süreci

Yıl	2022				2023				2024					
Ay	Mayıs-Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül-Ekim	Kasım-Aralık	Ocak-Şubat-Mart	Nisan-Mayıs-Haziran	Temmuz-Ağustos	Eylül	Ekim-Kasım-Aralık	Ocak-Şubat	Mart	Nisan	Mayıs-Haziran
Konu Seçimi														
Kaynak Tarama														
Hazırlık														
Kurum İzni-Etik Kurul Onayı														
Uygulama Rehberinin Oluşturulması														
Müdahalenin seçilmesi ve geliştirilmesi														
Ön Uygulama														
Veri Toplama														
Veri Girişi														
Analiz														
Yazım														

3.2.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde jinekolojik onkoloji ameliyatı geçiren hastalar oluşturdu. Hastanenin İstatistiksel Birimi'nde 1 Haziran 2021-31 Mayıs 2022 tarihleri arasında jinekolojik onkoloji ameliyatı geçiren (vulva-vajina kanseri, over kanseri, serviks kanseri, fallop tüpleri kanseri, endometrium kanseri) hasta sayısı toplam 371 olarak belirlendi. Araştırmanın evrenini 371 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklem sayısı G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak hesaplandı. Hesaplama bağımsız gruplarda t testi (The independent-samples t-test) için tek yönlü hipotez (one tail) örneklem hesaplaması yapıldı. Hesaplama kullanılacak etki büyüklüğü için Kavlak (2017) yılında benzer örneklem grubu ile ameliyat sonrası mobilizasyona hasta eğitiminin etkisini incelediği doktora tez çalışmasının sonuçları referans alındı. Referans çalışmanın etki büyüklüğü ($d=0,56$) olarak bulundu. Referans çalışmadan yola çıkılarak bu çalışmada etki büyüklüğü ($d = 0.5$), %5 hata payı ($\alpha =0.05$) ve %80 güç ($1-\beta = 0.80$) alınarak her grup için örneklem sayısı 51 olarak hesaplandı. Veri kaybı ihtimali göz önüne alınarak her grup için örneklem sayısı %10 artırıldı ve her grup için 56 kişi toplamda 112 katılımcının örnekleme dahil edilmesi planlandı (Cohen, 2013; Faul ve ark, 2007). Ancak bu çalışmanın müdahale bölümüne ayrılan süre sınırlılığı nedeniyle posthoc analiz yapılarak çalışma müdahale grubu 51 hasta ve kontrol grubu 51 hasta ile tamamlandı.

3.2.2.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş üzerinde olma
- Elektif cerrahi geçiriyor olma
- Bilinci açık olma
- Jinekolojik onkolojik (over kanseri, serviks kanseri, endometrium kanseri) ameliyat geçirmiş olma

3.2.2.5. Araştırmanın Dışlama Kriterleri

- Nörolojik ve/veya psikiyatrik bozukluk tanısı almış olma
- Hareketlilik ile ilgili bir engeli bulunma (Kardiyovasküler ve/veya pulmoner hastalık tanısı olma)
- Tanısı konulmuş venöz tromboz öyküsü olan hastalar
- Son 1 ay içinde ameliyat olmuş olma
- Hamile olanlar
- Perioperatif süreçte vücut sıcaklığı 38,5 ve üzerinde olan hastalar
- Entübe olma
- Kanser tanısı aldığına ilişkin bilgisinin olmaması (tanının hastadan gizleniyor olması durumu)
- Doktorun yazılı yatak istirahati talimatı
- Cerrahi alanda anormal bulgunun varlığı

Araştırma sürecinde telefon aramasına yanıt vermeme, iletişim numarası vermeyi kabul etmeme gibi sorunlarla karşılaşılmadığından araştırmadan çıkarılan hasta olmadı.

3.2.3. Veri Toplama Süreci

3.2.3.1. Hastaların Seçimi ve Gruplara Atanması

Çalışmaya alınan hastaların gruplara atanması sürecinde basit randomizasyon yöntemi kullanıldı. Çalışmada SPSS paket programı kullanılarak 1'den 112'ye kadar iki ayrı rastgele sayılar dizisi oluşturuldu. Oluşturulan iki randomizasyon dizisi, çalışma süresince bire bir uygulandı. Araştırmaya katılan hastalar geliş sırasına göre numaralandırılıp araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan hastaların atanması yapıldı. Randomizasyon 112 hasta üzerinden yapıldı. Çalışmaya katılmak istemeyen 10 hasta serviste verilen olağan bakımı almaya devam etti. İzlem süresince herhangi bir veri kaybı gerçekleşmedi.

3.2.3.2. K rleme

Bu tez çalışmasının randomize kontrollü deneysel aŗamasında hasta eēitimi müdahalesinin yapısından dolayı araŗtırmaya katılan hastalar ile araŗtırmacıyı gruplara k r etmek mümkün olamadı. Randomizasyon bilgisayar ortamında ger ekleŗtirildi ve araŗtırmada elde edilen mobilizasyon sürecine ait hasta  ıktıları (mobilizasyon süresi, egzersiz uygulama durumu, sıklıēı ve süresi, aērı/yorgunluk gibi parametreler) hastanın kendi bildirimine baēlı olması nedeniyle araŗtırmacı anket sonuçlarına k r oldu.

3.2.4. Veri Toplama Formları

Tez çalışmasının verileri Hasta Tanıtım Formu, Ameliyat  ncesi Hasta Deēerlendirme Formu, Ameliyat Sonrası Hasta Deēerlendirme Formu, Ameliyat Sonrası Hasta  ıktılarını Deēerlendirme Formu, Hasta Hareketliliēi (HH ) ve Gözlemci Hareketliliēi  l eēi (GH ), Ameliyat Sonrası İyileŗme İndeksi (AS İ) ve Newcastle Hemŗirelik Bakımı Memnuniyet  l eēi (NHBMÖ) kullanılarak elde edildi (Ek-1).

Hasta Tanıtım Formu

Hasta Tanıtım Formu araŗtırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaŗ, eēitim düzeyi, medeni durum, meslek, ikamet yeri, ekonomik durum, sigara-alkol kullanım öyküsü, boy, kilo, vb.)  l mek amacıyla kullanılmıŗ olup 14 sorudan oluŗmaktadır. Bu form araŗtırmacı tarafından literatüre (De Almeida ve diēerleri, 2017; Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2018; Nelson ve diēerleri, 2019; Bhandoria ve diēerleri, 2020; Muallem ve diēerleri, 2016; Miralpeix ve diēerleri, 2016) dayalı olarak oluŗturuldu. Form ameliyat öncesi dönemde bir kez yüz yüze g r ŗme yöntemiyle hastaya uygulandı. Formdan elde edilen verilerin tamamı hastadan elde edildi.

Ameliyat  ncesi Hasta Deēerlendirme Formu

Ameliyat  ncesi Hasta Deēerlendirme Formu araŗtırmaya katılan hastaların hastalık/cerrahi süreçlerine iliŗkin verileri [(tıbbi tanı, hastalıēın baŗlangı  semptomları, kanser evresi, hastanın ASA skoru, geçirilen ameliyatın adı ve türü, ERAS'ın ameliyat öncesi dönem bileŗenlerini sorgulayan sorular (anestezi tipi, ameliyat öncesi eēitim/bireysel danıŗmanlık almıŗ olma, kan şekeri/albumin/hemoglobulin düzeyi, ameliyat öncesi dönem

profilaksi uygulamaları, premedikasyon uygulaması, açlık süresi, oral karbonhidrat uygulanması durumu), yaşamsal bulgular)] incelemek amacıyla oluşturulmuş olup 16 sorudan oluşmaktadır. Bu form araştırmacı tarafından literatüre (De Almeida ve diğerleri, 2017; Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2018; Nelson ve diğerleri, 2019; Bhandoria ve diğerleri, 2020; Muallem ve diğerleri, 2016; Miralpeix ve diğerleri, 2016) dayanarak oluşturuldu. Form ameliyat öncesi dönemde bir kez yüz yüze görüşme yöntemiyle hastaya uygulandı. Hastalık evresi, ASA skoru, geçirdiği ameliyat, ameliyatın türü ve anestezi türü, kan glukozu, hemoglobin düzeyi verileri hasta dosyasından elde edildi. Ameliyat öncesi eğitim alma durumu ve açlık süresi hastanın kendisine sorularak forma işaretlendi.

Ameliyat Sonrası Hasta Değerlendirme Formu

Ameliyat Sonrası Hasta Değerlendirme Formu araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 0., 1. ve 2. günde ERAS protokollerinin ameliyat sonrası sürecini kapsayan öneriler ile ameliyat sonrası hasta değerlendirmesini içeren (yaşamsal bulgular, profilaksi uygulamalarının devamlılığı, oral alıma başlama zamanı, ilk ayağa kalkma zamanı, ilk gaz çıkış zamanı, ilk gaita çıkış zamanı, dren varlığı, kateter varlığı) verilerini içeren 10 sorudan oluşmaktadır. Form, araştırmacı tarafından literatüre (De Almeida ve diğerleri, 2017; Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2018; Nelson ve diğerleri, 2019; Bhandoria ve diğerleri, 2020; Muallem ve diğerleri, 2016; Miralpeix ve diğerleri, 2016) dayanarak oluşturulmuştur. Form ameliyat öncesi dönemde bir kez yüz yüze görüşme yöntemiyle hastaya uygulandı. Profilaksi uygulamaları, dren ve kateter varlığı hastanın dosyasında yer alan notlardan elde edildi. Ameliyat sonrası oral alım başlama zamanı, ilk ayağa kalkma, ilk gaz çıkışı değişkenleri hastanın kendisine sorularak forma işaretlendi.

Ameliyat Sonrası Hasta Çıktılarını Değerlendirme Formu

Ameliyat Sonrası Hasta Çıktılarını Değerlendirme Formu hastaların mobilizasyona ilişkin mobilizasyon öncesi süreçte yaşamsal bulgular, ağrı, yorgunluk, mobilizasyona hazır oluşluk düzeyi; mobilizasyon sırasında hastanın yardımcı ekipman ihtiyacı ve mobilizasyon sırasında herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadığı ile mobilizasyon sonrasında ise yaşamsal bulgular, mobilizasyon sonrası herhangi bir sorun yaşanıp yaşanmadığı, hedefe ulaşma durumu, hedefe ulaşamadıysa nedenlerinin yer aldığı araştırmacı tarafından literatüre (Jakobsen ve diğerleri, 2021; De Almeida ve diğerleri, 2017; Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2018; Nelson ve diğerleri, 2019) dayalı olarak oluşturulan bir formdur. Form, ameliyat sonrası 0., 1.ve 2. günde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile hastaya uygulandı. Formda yer

alan mobilizasyon öncesi veriler (ağrı, yorgunluk, mobilizasyona hazıroluşluk), mobilizasyon sırasında hastanın gerçekleştirdiği mobilizasyona ait veriler (uygulama durumu, sıklığı ve süresi), günlük mobilizasyon süresi ve mobilizasyon sonrası şikayetler hastanın kendisine sorularak elde edildi.

Hasta Hareketlilik (HHÖ) ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği (GHÖ)

HHÖ ve GHÖ; Heye ve arkadaşları tarafından 2002 yılında geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ayoğlu tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Ölçekler, ameliyat sonrası hasta hareketliliğine ilişkin hasta algılarını ve objektif gözlemleri değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. HHÖ, ameliyat sonrası yapılan yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönme, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma ve hasta odasında yürüme aktiviteleri olmak üzere dört aktivite sırasında hasta tarafından deneyimlenen ağrı ve güçlük düzeyini değerlendirmede kullanılmaktadır. Ölçek 15 cm'lik bir görsel analog şeklinde oluşturulmuş olup hastanın ölçek üzerine koyduğu işaret ile sıfır arasındaki mesafenin ölçümü ile puan hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan puanların hesaplanması için tüm etkinliklerden alınan puanlar toplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 120'dir. Ölçekten alınan daha yüksek bir toplam puan, artan ağrıyı ve aktivite ile ilişkili zorluğu göstermektedir. Ayoğlu'nun (2011) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında HHÖ Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ameliyat sonrası 1. gün deney grubu için $\alpha=0,88$ ve kontrol grubu için $\alpha=0,87$ olarak bildirilmiştir. Ölçeğin kullanım izni alınmış olup Ek-2'de sunulmaktadır. GHÖ, ameliyat sonrası HHÖ'de yer alan 4 aktivitenin yapılması sırasında, bağımlılık bağımsızlık durumu/ derecesi, "1" ile "5" arasında puanlanmaktadır. Ölçek puanı olarak "1" puan sözlü uyarı ya da fiziksel yardım olmadan ilgili aktiviteyi bağımsız olarak yerine getirdiğini; "5" puan sözlü uyarı ya da fiziksel yardıma rağmen, hastanın ilgili aktiviteyi yerine getiremediğini gösterir. Dönme, oturma, ayakta durma ve yürüme puanları toplanır ve ortalama puan değeri hesaplanır. Gözlemci Hareketlilik puanını hesaplamak için 4 aktiviteye ilişkin Gözlemci Hareketlilik puanları toplanmaktadır (Heye ve diğerleri, 2002). Ölçek puanı hesaplaması dört aktiviteye ilişkin puanlarının toplanması ile gözlemci hareketlilik puanı elde edilir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük ve en yüksek puan 4-20 arasındadır. Puanın artması hastaların hareket becerilerinin yetersiz, puanın düşmesi de cerrahi girişim sonrası hareket edebilmelerinin iyi/yeterli olduğunu göstermektedir (Heye ve ark, 2002). Ayoğlu (2011)'de Gözlemci Hareketlilik Ölçeği iç tutarlığında Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı ameliyat sonrası 1. Gün deney grubu için $\alpha=0,61$ ve kontrol grubu için $\alpha=0,64$ olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin kullanım izni alınmış olup

Ek-2’de sunulmaktadır. Formlar ameliyat sonrası 0., 1.ve 2. günde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile hastaya uygulandı. Formun HHÖ olan kısmını hasta kendisi ve GHÖ ise hastanın hareketi sırasındaki değerlendirmeye göre araştırmacı tarafından uygulandı.

Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ)

Butler ve arkadaşları (2012) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan ameliyat sonrası iyileşme indeksi [ASİİ (Postoperative Recovery Index; PoRI)]’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Cengiz ve Aygin tarafından 2018 yılında yapılmıştır. ASİİ toplam 25 sorudan oluşmaktadır ve 5’li likert tipinde bir ölçektir. Ölçekteki maddeler “1” (hiçbir zaman) ile “5” (her zaman) arasında puanlanmaktadır. ASİİ toplam puanı için; 25 maddenin hepsi toplanarak aritmetik ortalaması alınmaktadır. İndeksten alınabilecek toplam puan 25 (minimum) ve 175 (maximum) olarak bildirilmektedir. ASİİ’nin 5 alt boyutu olup bunlar; psikolojik semptomlar, fiziksel aktiviteler, genel semptomlar, bağırsak semptomları ve istek-arzu semptomlarıdır. Alt boyutların içerdiği maddelerin puanları toplanır, aritmetik ortalamaları alınır ve alt boyut puanı belirlenir. İndeks ameliyat sonrası 1. gün ila 30. gün arası herhangi bir zamanda uygulanabilmektedir. İndeksten alınan yüksek puanlar ameliyat sonrası iyileşmede daha fazla güçlük yaşandığını yansıtırken, alınan düşük puanlar ameliyat sonrası iyileşmenin daha kolay olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin kullanım izni alınmış olup Ek-3’te sunulmaktadır. Form ameliyat sonrası 2. günde yüz yüze ve 15. günde ise telefonda hastaya uygulandı.

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)

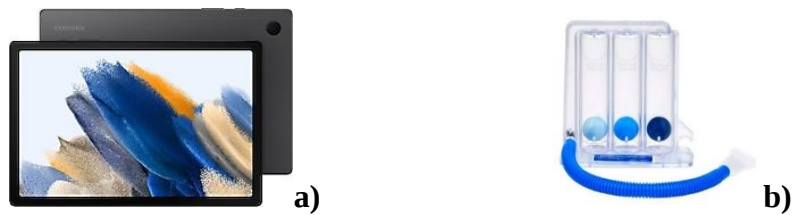
Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçekleri iki bölümden oluşmaktadır: Hemşirelik Bakımı ile Yaşananlar Ölçeği ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ). Bir çalışmada iki ölçek birden kullanılabileceği gibi araştırmanın amacına uygun olarak tek bir ölçek de kullanılabilmektedir. Bu çalışmada ölçeğin sadece NHBMÖ kısmı kullanıldı. Ölçek, Thomas ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş olup Uzun tarafından 2003 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçekte yer alan 19 madde 5’li likert tipte olup hastaların hemşirelik bakımının çeşitli yönlerinden memnuniyetlerini tanımlamak amacı taşımaktadır. Memnuniyet derecesini belirlemek için kullanılan puanlamada; 1-Hiç Memnun Değildim, 2- Nadiren Memnundum, 3-Memnundum, 4- Çok Memnundum, 5- Tamamen Memnundum ifadeleri yer almaktadır. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. HBMÖ ile hastanın, hasta odasında kaldığı sürece, hemşirelik bakımından memnuniyeti değerlendirilmektedir. Puan değerlendirmesi, ölçekte bulunan tüm

maddelerin puanları toplandıktan sonra, 100'e dönüştürülerek 0-100 puan üzerinden yapılmaktadır. Örneğin; ölçeğe verdiği cevaplardan 85 ham puan alan bir hastanın puanını 100'e dönüştürmek için $100 \times 85 / 95 = 89,4$ işlemi gerçekleştirilerek HBMÖ puanı hesaplanmaktadır. Toplam puan arttıkça hemşirelik bakımından memnun olma durumunun arttığı yönünden yorum yapılmaktadır. Toplam puanın yüksek olması hasta memnuniyetinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kullanım izni alınmış olup Ek-4'te sunulmaktadır. Form ameliyat sonrası 2. günde yüz yüze hastaya uygulandı.

3.2.5. Hasta Eğitiminin Hazırlanması ve Standartlaştırılması

Ameliyat sonrası planlı erken mobilizasyonu arttırmada hasta eğitimi müdahalesini gerçekleştirmek üzere literatürde (Silva ve diğerleri, 2012; Kavlak, 2017; Liebermann ve diğerleri, 2013; Jones ve diğerleri, 2019; Svensson-Raskh ve diğerleri, 2021; Gamel ve Mohammed, 2022) yer alan konuya ilişkin verilen hasta eğitim konuları içerik, verilme zamanı, süresi ve veriliş şekli yönünden incelendi. İnceleme sonucunda hasta eğitim planı oluşturuldu ve Ek-5'te sunuldu. Bu eğitim sürecinde sunuş yoluyla öğretim stratejisi benimsendi.

Hasta eğitimi 40 slaytlık bir PowerPoint sunumu ile Samsung marka SM-X200 model tablet bilgisayar (Resim 3.1-a) ile müdahale grubu için temin edilen triflow (Resim 3.1-b) ile verildi. Bu sunum içerisine derin solunum egzersizi, öksürük egzersizi, triflo kullanımı, ayak-ayak bileği egzersizleri ile ilgili çok kısa videolar profesyonel kamera ile araştırmacının liderliğinde bir gönüllünün yardımıyla ayrı ayrı çekildi, video çekiminde görev alan gönüllüden sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alındı, form Ek-6'da sunuldu ve hasta eğitiminde kullanılan sunum içine akışa uygun olarak yerleştirildi. Hazırlanan PowerPoint sunumunda yer alan görseller telifsiz görsel kullanım hakkı sunan istockphoto.com, shutterstock.com, pixabay.com ve pexels.com sitelerinden alındı.



Resim 3.1. Eğitimde kullanılan araç-gereçler.

Hazırlanan yazılı öğretim materyalinin uygunluk durumunu değerlendirmek için; Hasta Eğitim Materyali Değerlendirme Aracı (HEMDA) kullanıldı. HEMDA Shoemaker ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2020 yılında Akkoç tarafından yapılmıştır. HEMDA hasta eğitim materyallerinin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini değerlendirmede kullanılan sistematik olarak iki versiyona sahiptir: Basılabilir materyaller için (HEMDA-B) ve görsel ve işitsel materyaller için (HEMDA-G/İ) kullanılmaktadır. HEMDA-B basılabilir hasta eğitim materyallerinden broşür, kitapçık, pdf gibi materyaller için anlaşılabilirliği ölçen 17 madde (1-12 ve 15-19 maddeleri) ve uygulanabilirliği ölçen 7 maddeden (20-26 maddeleri) oluşmaktadır. HEMDA-G/İ ise görsel-işitsel materyaller için anlaşılabilirliği ölçen 13 madde (1, 3-5, 8-14, 18-19 maddeleri) ve uygulanabilirliği ölçen 4 maddeden (20-22 ve 25 maddeleri) oluşmaktadır. HEMDA sağlıklı ya da hasta bireylere kaliteli eğitim materyali hazırlamak isteyen sağlık profesyonelleri tarafından kullanılabilir. Maddeler “Katılmıyorum” (0 puan), “Katılıyorum” (1 puan) ve “Değerlendirme Yok” (DY) şeklinde puanlanmaktadır. Anlaşılabilirlik için ilgili maddeler ve uygulanabilirlik için yine ilgili maddeler kendi içinde toplanmalı, “DY” olarak puanlanan maddeler hariç tutularak materyalin derecelendirildiği toplam madde sayısını toplam olası puana bölünmeli ve sonucu 100 ile çarparak elde edilen yüzde hesaplanmalıdır. Elde edilen yüzde sonucu toplanan madde puanlarına göre o materyalin anlaşılabilirlik veya uygulanabilirlik skoru olarak değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında HEMDA-B’nin cronbach alfa katsayısı anlaşılabilirlik alt boyutunda 0,87 ve uygulanabilirlik alt boyutunda 0,77 ve ölçek toplamı için 0,90 olduğu bildirilmiştir. HEMDA-G/İ’nin ise cronbach alfa katsayısı anlaşılabilirlik alt boyutunda 0,85; uygulanabilirlik alt boyutunda 0,93 ve ölçek toplamı için 0,89 olduğu raporlanmıştır. HEMDA’nın bu tez çalışmasında kullanılabilmesi için izin alınmış olup Ek-7’de sunulmaktadır.

Bu tez çalışması kapsamında hazırlanan eğitim planı, PowerPoint sunumu ve videolar tez izlem komitesi üyelerinin görüşlerine sunuldu. Tez izlem komitesi üyelerinin uygundur görüşü alındıktan sonra hazırlanan dokümanlar biri kadın hastalıkları doğum uzmanı, ikisi doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanında akademisyen, biri hemşirelikte öğretim alanında uzman akademisyen ve 7’si cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında uzmanlığını almış 10 uzmana gönderildi. Prof. Dr. Hasan YÜKSEL, Prof. Dr. Sevgi ÖZSOY, Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER, Doç. Dr. Esmâ ÖZŞAKER, Doç. Dr. Özlem BİLİK, Doç. Dr. Rahşan ÇAM, Doç. Dr. Nurdan GEZER, Doç. Dr. Çiğdem CANBOLAT SEYMAN, Doç. Dr. Yıldız

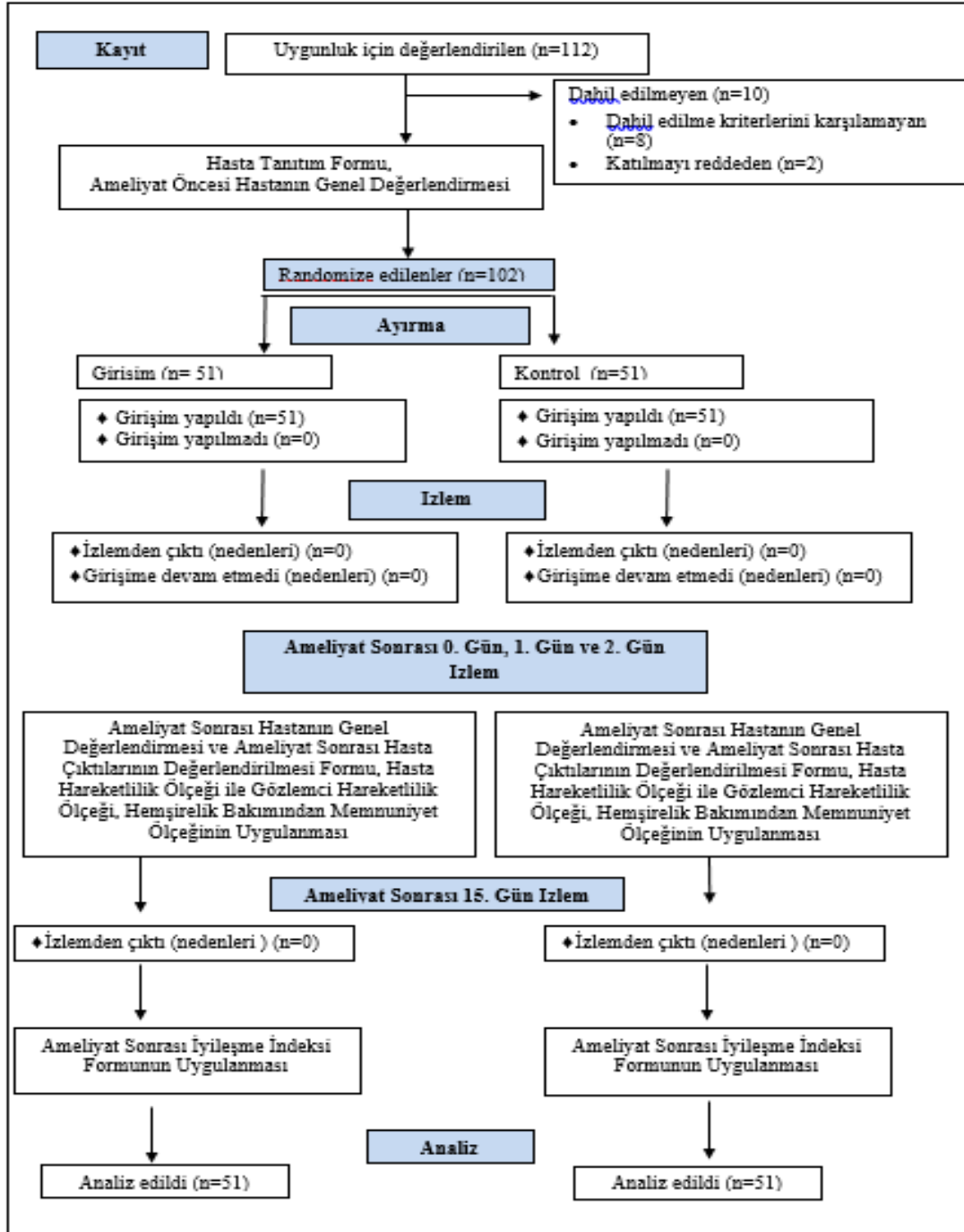
DENAT ve Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK HEMDA eğitim planına yönelik önerilerini bildirdi ve HEMDA'yı kullanarak PowerPoint Sunumu ile çekilen videoları puanladı (Ek 8). PowerPoint sunumu için anlaşılabilirlik puan ortalaması 97,4 ve uygulanabilirlik puan ortalaması 93,7 iken beceri videolarının anlaşılabilirlik puan ortalaması 93,4 ve uygulanabilirlik puan ortalaması 93,05 olarak bulundu. Gelen öneriler doğrultusunda eğitim planı, PowerPoint sunumu ve videolara son hali verildi.

3.2.6. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından hasta eğitim içeriği, egzersiz videoları, veri toplama formlarının anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğinin değerlendirilebilmesi için 5 hasta ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonrasında eğitim için hazırlanan PowerPoint sunumunun hastaların yanlarına çıktı alınarak verilmesi, videoların hasta tercihine uygun olarak telefonlarına bir program (WhatsApp, e-mail, Bluetooth) aracılığıyla gönderilmesine karar verildi. Veri toplama formlarında yer alan soruların anlaşılır ve uygulanabilir olduğu anlaşıldığından herhangi bir değişiklik yapılmadı.

3.2.7. Veri Toplama Süreci

Çalışmaya ait veri toplama süreci CONSORT akış diyagramında gösterildi (Şekil 3.3). Yaşamsal bulgular kalibrasyonu yapılan ve klinikte kullanılan temassız temporal ateş ölçer, pulse oksimetre, sfigmomanometre ile steteskop ve kol saati kullanılarak ölçüldü. Her hastaya geçişte hasta ile teması olan pulse oksimetre, sfigmomanometre ile steteskop %70'lik alkol ile silindi ve 2 dakika kuruması beklendikten sonra ölçüm gerçekleştirildi. Bu hemodinamik değişkenlerin takibi ile hastanın klinik durumuna özgü değişkenlerin belirlenmesi, ERAS protokollerinde yer alan ameliyat öncesi süreç sorgulanması ve mobilizasyonu etkileyebilecek parametrelerin belirlenmesi amaçlandı. Veri toplama formunun bu aşaması hem girişim hem de kontrol grubuna uygulandı.



Şekil 3.3. CONSORT akış diyagramı.

3.2.8. Müdahale Öncesi Hastaların Randomizasyonu ve Değerlendirmesi

Jinekolojik onkoloji ameliyatı geçirmek üzere kliniğe kabul edilen hastalar NRS 2002 puanı 3 ve 3'ten fazla, kas gücü değerlendirme puanı 3 ve 3'ten fazla ve BKİ'si 18,5 ila 29,9 (normal-fazla kilolu) arasında olan kadınlar, diğer araştırmaya dahil olma kriterlerine göre araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri yönünden incelendi. Uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve nasıl yapılacağı ile ilgili açıklamalar yapıldı, hastaların araştırma sürecine ilişkin soruları olup olmadığı soruldu ve varsa soruları yanıtlandı. Ardından blok randomizasyon ile belirlenen sete uygun olarak hastalar müdahale veya kontrol grubu olarak gruplara atandı. Araştırmaya katılmaya gönüllülük gösteren ve sözel olarak ifade eden hastalardan atandıkları gruba ait bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-9) alındı. Olur alınan hastalara yüz yüze görüşme yöntemiyle Hasta Tanıtım Formu, Ameliyat Öncesi Hasta Değerlendirme Formunda yer alan sorular hastanın kendisinden, hemşiresinden ve gerektiğinde hasta dosyasından elde edildi. Tüm veriler çalışma tamamen sonlandıktan sonra analiz edildi.

3.2.9. Girişimin Uygulanması

Girişim grubuna atanan hastalara olağan bakıma ek olarak ameliyattan bir gün önce mobilizasyon eğitimi hasta odasında verildi. Girişim sıklıkla öğleden sonra 15:00-17:00 saatleri arasında gerçekleştirildi. Hasta eğitimi, beceri odaklı öğretim türünde, tek oturum olarak yapıldı ve ortalama 30 dakika sürdü. Hasta eğitimi ameliyattan bir gün önce, hasta odasında ve yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından verildi. Eğitim sürecinde “Teach-back” olarak bilinen “Öğrendiğini Anlat” yöntemi hasta eğitiminde kalıcılığını arttırmak için kullanıldı. Bu yöntem; hemşirenin konuya ilişkin yeni bilgiler sunma, anladıklarını tekrar etmelerini isteyerek hastanın hatırlamasını değerlendirme ve bilgileri açıklığa kavuşturarak ve hastanın anlama düzeyine göre düzenleyerek hastanın durumunu yeniden değerlendirme gibi çok sayıda adımdan oluşmaktadır. Bu döngünün hasta tarafından anlaşılması için gerektiği kadar tekrarlanması önerilmektedir. Hastanın hemşireler tarafından aktarılan bilgileri hatırlaması ve hasta-hemşire arasında etkili iletişimi artırma amacıyla bir “çerçeveleme ifadesi” kullanması önerilmektedir. Çerçeveleme ifadesine bir örnek, “Triflo kullanım şeklini doğru şekilde açıkladığımdan emin olmak istiyorum, triflo kullanımını

gösterebilir misiniz” olabilir. Öğrendiğini Anlat yönteminde hasta, konuyu yeterince anladığını başarılı bir şekilde sözlü olarak ifade eder veya beceriyi gösterirse, süreç tamamlanmış olarak kabul edilmektedir (Arslan ve Özkan, 2023; Garrett, 2016). Bu doktora tez çalışmasında da Öğrendiğini Anlat yöntemi eğitim sürecinde hasta-hemşire etkileşimini artırma, eğitimin kalıcılığını artırma, eğitim planında yer alan eğitim hedeflerine ulaşılma durumunu değerlendirme ve hastanın bakım sürecine aktif olarak katılımını destekleme amacıyla kullanıldı. Hastanın eğitim planı hedeflerine uygun olarak bilgileri eksiksiz ve doğru olarak kendi ifadeleriyle tekrar edene kadar sözel olarak ifade etmesi ve becerileri uzman görüşleriyle değerlendirilip son şekli verilen kontrol listelerine uygun olarak göstererek yapması sağlandı. Girişimin uygulanması sürecinde hastalara yöneltilen sorular ve tekrarlayarak gösterilmesi istenen beceriler için hastada yapılan tekrarlar veri toplama formlarına kaydedildi. Hasta eğitiminde kullanılan PowerPoint sunusu literatürde yer alan rehber önerilerine uygun olarak hazırlandı (Gabrielle, 2010; Nowak ve diğerleri, 2014; Nowak ve diğerleri, 2016). Eğitim sonrası hazırlanan sunum çıktı alınarak hasta yanına bırakıldı. Sunumda yer alan videolar ise hastanın tercihinine uygun olarak telefonlarına bir program (WhatsApp, e-mail, bluetooth) aracılığıyla gönderildi. Girişim sırasında hasta mahremiyetini sağlama adına hasta odasında mümkünse yalnız kalma konusunda özen gösterildi. Girişim grubunda yer alan hastalarda eğitim yeri, gürültü seviyesi, eğitim ekipmanları ve eğitim saati gibi faktörler aynı tutulmaya çalışıldı.

3.2.10. Girişim Sonrası Hastaların İzlemi

Girişim ve kontrol grubu hastaları ameliyattan hemen sonra (ameliyat sonrası 0. gün), ameliyattan bir gün sonra (ameliyat sonrası 1. gün) ve ameliyattan iki gün sonra (ameliyat sonrası 2. gün) ziyaret edilerek mobilizasyon süreçleri ve mobilizasyona destek olacak egzersizlerin yapılma durum ve sıklığı, ameliyat sonrası iyileşme durumları ve hasta memnuniyeti hastanede yüz yüze olacak şekilde değerlendirildi. Ameliyattan sonra 15. günde ise hastalar telefon ile arandı, iyileşme durumları değerlendirildi ve komplikasyon gelişme durumu sorgulandı.

3.2.11. İstatistiksel Analiz

Girişim ve kontrol grubundan ölçüm noktalarında elde edilen sürekli verilerin Shapiro Wilks Normallik Testi sonuçları Tablo 3.2’de sunuldu. Girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, ameliyat sonrası 1. gün ve ameliyat sonrası 2. gündeki HHÖ ve GHÖ; ameliyat sonrası 15. gündeki ASİİ puanlarının Shapiro-Wilks testi sonucuna göre normal dağılım göstermediği belirlendi ($p<0,05$). Kontrol grubu hastalarının ise ameliyat sonrası 0. gün, ameliyat sonrası 1. gün ve ameliyat sonrası 2. gündeki HHÖ ve GHÖ; ameliyat sonrası 2. gün ASİİ; ameliyat sonrası 15. gün ASİİ ve ameliyat sonrası 15. gün NHBMÖ puanlarının Shapiro-Wilks testi sonucuna göre normal dağılım göstermediği belirlendi ($p<0,05$). Bu sonuçlar çalışmada kullanılan ölçeklerin toplam puanlarının normal dağılıma sahip olmadığını gösterdiğinden istatistiksel analizlerde non-parametrik testler kullanıldı (Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu çalışmanın tablolarında ortalama, standart sapma ve minimum/maximum değerleri ileride yapılacak meta-analiz çalışmaları için raporlandı.

Tablo 3.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının HHÖ, GHÖ, ASİİ ve NHBMÖ ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün ölçümlerinde puanlarına ilişkin Shapiro-Wilks Normallik Testi Sonuçları

Grup	Ölçüm	Ölçek	Statistic	df	p
Girişim Grubu	Ameliyat sonrası 0. gün	HHÖ	0,89	51	<0,001
		GHÖ	0,86	51	<0,001
	Ameliyat sonrası 1. gün	HHÖ	0,89	51	<0,001
		GHÖ	0,89	51	<0,001
	Ameliyat sonrası 2. gün	HHÖ	0,83	51	<0,001
		GHÖ	0,76	51	<0,001
		ASİİ	0,96	51	0,148
	Ameliyat sonrası 15. gün	ASİİ	0,95	51	0,04
		NHBMÖ	0,91	51	0,153
Kontrol Grubu	Ameliyat sonrası 0. gün	HHÖ	0,88	51	<0,001
		GHÖ	0,87	51	<0,001
	Ameliyat sonrası 1. gün	HHÖ	0,90	51	<0,001
		GHÖ	0,93	51	0,005
	Ameliyat sonrası 2. gün	HHÖ	0,88	51	<0,001
		GHÖ	0,90	51	0,001
		ASİİ	0,86	51	<0,001
	Ameliyat sonrası 15. gün	ASİİ	0,95	51	0,037
		NHBMÖ	0,96	51	0,001

HHÖ: Hasta Hareketlilik Ölçeği, GHÖ: Gözlemci Hareketlilik Ölçeği, ASİİ: Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi, NHBMÖ: Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği, $p<0,05$ istatistiksel anlamlılığı ifade eder.

3.2.12. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın veri toplama sürecinde girişim grubu hastalarına eğitim verilirken hasta odalarının iki kişilik olmasına bağlı görüşmelerin bazılarında kesintiler oldu. Serviste doğumhanenin de yer alması sebebiyle zaman zaman sessizliğin sağlanması zor oldu. Hastaların ameliyata sabah erken saatte alınmaları mobilizasyon sürecinin takibini kolaylaştırırsa da bazı hastaların günün ilerleyen saatlerine kadar bekletilmeleri sürecin takibi açısından zorluk ortaya çıkardı.

3.2.13. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığından etik kurul izni 05.09.2022 tarihli ve Sayı: E-76261397-232845 (Ek-9) ön onay, tez çalışmasının yürütüldüğü Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden 07.09.2022 tarihli ve Sayı: E-97594401-804.99-234297 (Ek-10) kurum izni ve 24.06.2024 tarihli /Sayı: E-76261397-050.04-550774 (Ek-11) son onay alındı. Ayrıca tez çalışmasının metodolojik kısmı PROSPERO'ya (CRD42023374637) ve randomize kontrollü deneysel kısmı clinicaltrials.gov'a (NCT05845086) kaydedildi.

4. BULGULAR

4.1. Metodolojik Aşamanın Bulguları

Sistematik tarama sonucunda KUR için belirlenen altı çalışmada yer alan Eğitimsel Müdahale ve Kombine Müdahalelerde belirlenen sonuç ölçütleri ve çalışma sonuçları GRADE yaklaşımı kullanılarak incelendi. Dahil edilme kriterlerini karşılayan altı çalışmanın son 10 yıl içerisinde yapıldığı görüldü. Çalışmaların üçünün Amerika’da, biri Türkiye’de, birinin Kore’de ve diğerinin Brezilya’da yapıldığı belirlendi. Çalışmaların hepsinde müdahale grubu ile kontrol grubu arasında sosyodemografik açıdan bir fark olmadığı belirlendi. Çalışmaların birinde BKİ’nin (Liebermann ve diğerleri, 2013) ve ikisinde (Jones ve Mittendorf, 2019; No ve diğerleri, 2021) ameliyat sonrası mobilizasyonu karşılaştırmada kullanılabilecek egzersiz seviyesinin sorgulandığı belirlendi. Çalışmaların hepsinde hastaların ameliyat sonrası mobilizasyonunu destekleyecek ve hastaları mobilize olmaya motive edecek eğitimsel müdahalenin yer aldığı ve çalışmalarda ortak yöntem olarak hasta eğitiminin sözel bilgilendirme yoluyla verildiği belirlendi. Sözel bilgilendirmenin yanı sıra hasta eğitiminin başucu hatırlatıcılar, broşür ve kitapçık gibi yazılı materyaller, geri bildirim veren activity tracker, animasyon türünde videolar, Öğrendiğini Anlat metoduyla geri bildirim alma gibi yöntemlerle müdahalenin güçlendirildiği belirlendi. Eğitimin genel olarak ameliyat öncesi dönemde verildiği ve çoğunlukla da tekrarlandığı belirlendi. Çalışmalarda eğitimsel müdahaleye ek olarak dört çalışmada mobilizasyon hedefinin de konduğu belirlendi. Eğitimsel müdahalenin yanı sıra ameliyat sonrası mobilizasyon hedefinin de yer aldığı çalışmalarda müdahaleler kombine müdahale olarak isimlendirildi. Kombine müdahalenin bir çalışmada hastalar için bireyselleştirilmiş mobilizasyon hedefi koyularak uygulandığı diğer çalışmalarda ise bu hedefin bireyselleştirilmediği belirlendi. Bireyselleştirilmemiş mobilizasyon hedefi koyan çalışmaların mobilizasyon hedeflerinin niceliği ve niteliğinin birbirinden farklı olduğu belirlendi. Jinekolojik cerrahi sonrası erken mobilizasyonu arttırmada kullanılan müdahaleler ve bu müdahalelerin uygulanış yöntemleri çok çeşitliydi. Çalışmalarda yer alan uygulamaların farklı disiplinler (doktor, fizyoterapistler) tarafından uygulandığı belirlendi. Bazı çalışmalarda bu çalışmada incelenen sonuç ölçütlerinin jinekolojik cerrahi geçiren kadınların yanı sıra meme cerrahisi ve kolorektal cerrahi geçiren hastaları da kapsadığı belirlendi. Yapılan

Çalışmalarda cerrahide hasta eğitiminin son yıllarda sözel anlatımın yanı sıra yazılı ve görsel-işitsel materyaller ile zenginleştirilmesi, eğitim sürecinde öğrendiğini Anlatı metodu gibi yöntemler ile teknoloji tabanlı eğitimlerin kullanılması ve hastalara verilen eğitimlerin hasta sonucuna etkisini değerlendirmede taburculuk sonrası izlemlerin yapılması önerilmektedir (Arslan ve Gezer, 2023; zkan ve Asar, 2022).

Seçilen çalışmaların kalitesi, Joanna Briggs Institute (JBI) Randomize Kontrollü alışmalar (13 madde) ve JBI Yarı DeneySEL alışmaların Kontrol Listeleri (9 madde) kullanılarak değerlendirildi (Tablo 4.1). İnceleme sonucunda; randomizasyon sresinden kaynaklanan yanlılıkta bias riskinin düşük olduğu bir alışma (Jones ve Mittendorf, 2019; Liebermann ve diğerleri, 2013; No ve diğerleri, 2021) ve yüksek olduğu bir alışma (Kavlak, 2017) belirlendi. Amaçlanan müdahalelerde sapmalara bağlı yanlılıkta iki çalışmanın (Kavlak, 2017; Liebermann ve diğerleri, 2013) riski yüksek olarak belirlendi. Sonucun ölçümündeki yanlılıkta  çalışmanın (Jones ve Mittendorf, 2019; Liebermann ve diğerleri, 2013; No ve diğerleri, 2021) riski düşük olarak belirlendi. Bildirilen sonucun seçimindeki yanlılıkta beş çalışmanın riski düşük olarak belirlendi (Jones ve Mittendorf, 2019; Kavlak, 2017; Liebermann ve diğerleri, 2013; No ve diğerleri, 2021). Genel olarak üç alışma (Jones ve Mittendorf, 2019; Liebermann ve diğerleri, 2013; No ve diğerleri, 2021) beş bileşenin tamamında düşük yanlılık gösterirken bir çalışmada (Kavlak, 2017) bileşenlerin tamamında yüksek yanlılık gösterdiği belirlendi.

Tablo 4.1. Dahil edilen 6 çalışmanın metodolojik kalite değerlendirmesi

Joanna Briggs Institute (JBI) Randomize Kontrollü Çalışmalar için Kritik Değerlendirme Kontrol Listesi Soruları															
Çalışmalar	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	Kalite Skoru	
Liebermann ve diğerleri (2013)	✓	?	✓	?	✓	?	?	✓	X	✓	✓	✓	✓	%61,5 Orta	
Kavlak (2017)	?	?	✓	X	X	?	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	%46,1 Orta	
Johnson ve diğerleri (2019)	✓	✓	✓	X	X	?	✓	✓	X	✓	✓	✓	?	%61,5 Orta	
Jones and Mittendorf (2019)	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	%92,3 Yüksek	
No ve diğerleri (2021)	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	%84,6 İyi	
Soru Kalite Skoru	%80	%60	%100	%20	%20	%40	%80	%100	%60	%80	%80	%100	%80		
Joanna Briggs Institute (JBI) Yarı Deneysel Çalışmalar için Kritik Değerlendirme Kontrol Listesi Soruları															
Çalışmalar	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9						
Carbone ve diğerleri (2018)	✓	?	✓	✓	X	✓	✓	?	✓						%66,6 Orta
Soru Kalite Skoru	%100	%0	%100	%100	%0	%100	%100	%0	%100						

√=Evet; x=Hayır; ?=Belirsiz. Kontrol listelerinin skorlanmasında “hayır” ve “belirsiz” olarak değerlendirilen skorlar için “0” ve “evet” olarak değerlendirilen skorlar için ise “100” puan verildi. Puanlama sonrası toplam skor değerlendirme sayısına bölünerek kalite skoru belirlendi.

Derlenen çalışmaların ikisinin yüksek kalitede (Jones ve Mittendorf, 2019; No ve diğerleri, 2021) diğer çalışmaların orta kalitede olduğu belirlendi. Çalışmalardan biri gri literatürden (Kavlak, 2017) elde edildi. Çalışmaların kalite değerlendirmesinde; randomizasyon yöntemi (Kavlak, 2017) nedeniyle katılımcılarda ve sonuç değerlendirmelerinde (Carbone ve diğerleri, 2018; Kavlak, 2017; Liebermann ve diğerleri, 2013), uygulayıcılarda (Carbone ve diğerleri, 2018; Kavlak, 2017; Liebermann ve diğerleri, 2013; No ve diğerleri, 2021) körleme uygulanmaması nedeniyle, sonuçların tedavi gruplarında farklı kişilerce ölçülmesi nedeniyle (Kavlak, 2017), katılımcıların randomize edildikleri gruplarda analize girmemesi nedeniyle (Johnson ve diğerleri, 2019; Liebermann ve diğerleri, 2013) ve çalışmaların hiçbirinde intention-to-treat analysis yapılmaması nedeniyle ve çalışmalarda izlem süresince %12 (Kavlak, 2018; Liebermann ve diğerleri, 2013) ile %28 (Jones ve Mittendorf, 2019) oranları arasında veri kayıpları olduğu gerekçesiyle çalışmaların kalite puanları 1 derece düşürüldü. Analize dahil edilen çalışmaların örneklemeleri ve etki büyüklükleri birbirinden farklı olduğundan bias riski için huni grafiği ve I^2 istatistiği kullanıldı. Tüm sonuç ölçütleri için etki büyüklüğü hesaplaması yapıldı ve Cohen kriterlerine göre küçük (≤ 0.20), orta (0.21 ila 0.79) ve büyük (≥ 0.80) olarak sınıflandırıldı. Hasta hareketliliğini her çalışma farklı raporladığından çalışmalarda ele alınan adım sayısı, yürüme mesafesi, HHÖ, GHÖ, yatak içi egzersiz sayısı sonuçları “ameliyat sonrası mobilizasyon” olarak yorumlandı (Henecke ve diğerleri, 2015).

Ameliyat sonrası erken mobilizasyonu sağlamada kullanılan hasta eğitimi müdahalelerinin hasta hareketliliğine etkisiyle ilgili sonuçlar öncelikli olarak ele alındı. Cerrahi hastalıkları hemşireliği ve jinekolojik cerrahiyle ilgili uzmanlığı olan akademisyen ve sağlık profesyonellerinin katıldığı bir anket ile önem dereceleri değerlendirilmiştir. GRADE derecelendirme yöntemini kullanarak temel sonuçlar için kanıtların gücü özetlendi. Çalışmalardan elde edilen sonuç ölçütleri için kanıt derecelerinde düşürme sebepleri tabloların dipnotlarında açıklandı (Tablo 4.2). Sonuçlar, bu yaklaşım ile GRADEproGDT (<http://www.guidelinedevelopment.org/>) yazılımı kullanılarak GRADE kanıt profillerinde sunuldu (Kirmayr ve diğerleri, 2021). Kanıt düzeyleri değerlendirilen çalışmaların kliniklerde kullanımını için öneriler geliştirildi (Andrews ve diğerleri, 2013). Yapılan tarama sonucunda dahil edilme kriterlerine uyan 6 araştırma ile jinekolojik onkoloji ameliyatı sonrası planlı erken mobilizasyonu arttırmada etkili olan 2 müdahale belirlendi:

- Eğitimsel Müdahale
- Kombine Müdahale.

Tablo 4.2. Müdahalelerin GRADE Kanıt Profili Tablosu

Kalite Değerlendirmesi							Bulgular		Etki	Kanıt Kesinliği	Önem	
							Katılımcı Sayısı					
Çalışma Sayısı	Çalışma Deseni	Bias Riski	Tutarsızlık	Dolaylılık	Uygunsuzluk	Diğer Biaslar	Müdahale	Olağan Bakım	Relative (95% CI)	Mutlak (95% CI)		
AMELİYAT SONRASI HASTA MOBİLİZASYONUNA YÖNELİK RUTİN BAKIMA KIYASLA EĞİTİMSEL MÜDAHALELER												
Sonuç çıktısı: Ameliyat sonrası hasta mobilizasyonu (Kavlak, 2017;Carbone ve diğerleri, 2018)												
2	RKÇ (1) Kontrol Gruplu Yarı Deneysel (1)	Ciddi ^{a,b,c}	Çok ciddi ^d	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi değil	213/515 (41.4%)	302/515 (58.6%)	RR - 0.192 (-0.452 to 0.068)	581 fewer per 1,000 (from 707 fewer to 454 fewer)	⊕○○○ Çok düşük	Kritik Önemli
Sonuç çıktısı: Ameliyat sonrası ağrı (Kavlak, 2017;Carbone ve diğerleri, 2018)												
2	RKÇ (1) Kontrol Gruplu Yarı Deneysel (1)	Ciddi ^{a,b,c}	Çok ciddi ^d	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi değil	213/515 (41.4%)	302/515 (58.6%)	RR - 0.430 (-1.404 to 0.544)	839 fewer per 1,000 (from 1,000 fewer to 267 fewer)	⊕○○○ Çok düşük	Önemli
Derin solunum egzersizi sayısı (Kavlak, 2017)												
1	RKÇ (1)	Ciddi ^{a,c}	Çok ciddi ^d	Ciddi değil	Ciddi ^e	Ciddi değil	35/70 (50.0%)	35/70 (50.0%)	RR 1.807 (-0.655 to 4.279)	403 more per 1,000 (from 828 fewer to 1,000 more)	⊕○○○ Çok düşük	Önemli
Hastanede kalış süresi (Carbone ve diğerleri, 2019)												
1	Kontrol Gruplu Yarı Deneysel (1)	Ciddi ^{a,b,c}	Ciddi ^f	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi değil	243/472 (51.5%)	229/472 (48.5%)	RR - 0.322 (-0.666 to 0.022)	641 fewer per 1,000 (from 808 fewer to 474 fewer)	⊕○○○ Çok düşük	Önemli

Tablo 4.2. Müdahalelerin GRADE Kanıt Profili Tablosu (Devamı)

AMELİYAT SONRASI HASTA MOBİLİZASYONUNA YÖNELİK RUTİN BAKIMA KIYASLA KOMBİNE MÜDAHALELER												
Sonuç çıktısı: Ameliyat sonrası hasta mobilizasyonu (Carbone ve diğerleri, 2019)												
1	Kontrol Gruplu Yarı Deneysel (1)	Ciddi değil ^{a,b,c}	Çok ciddi ^d	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi değil	380/774 (49.1%)	394/774 (50.9%)	RR - 0.022 (- 0.723 to 0.680)	520 fewer per 1,000 (from 877 fewer to 163 fewer)	⊕○○○ Çok düşük	Kritik
Sonuç çıktısı: Ameliyat sonrası ağrı (Carbone ve diğerleri, 2019; No ve diğerleri, 2021)												
2	RKÇ (1) Kontrol Gruplu Yarı Deneysel (1)	Ciddi ^{a,b}	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi değil	260/533 (48.8%)	273/533 (51.2%)	RR 0.313 (0.092 to 0.534)	352 fewer per 1,000 (from 465 fewer to 239 fewer)	⊕⊕⊕○ Orta	Önemli
Sonuç çıktısı: Hastanede kalış süresi (Carbone ve diğerleri, 2018; Jones ve Mittendorf, 2019)												
2	RKÇ (1) Kontrol Gruplu Yarı Deneysel (1)	Ciddi ^{a,b}	Ciddi ^e	Ciddi değil	Ciddi ^f	Ciddi değil	251/516 (48.6%)	265/516 (51.4%)	RR - 0.115 (- 0.595 to 0.365)	573 fewer per 1,000 (from 819 fewer to 326 fewer)	⊕○○○ Çok düşük	Önemli

CI: Güven aralığı, RR: Rölatif risk. ^aGruplara atama sırasında bias riski, ^bKörlemeye ilişkin bias riski, ^cAraştırma verilerinin elde edilmesi ve değerlendirilmesi sürecinden kaynaklanan bias riski, ^dHeterojenite ($I^2 > \%75$), ^eToplam örneklem sayısının 100 hastadan az olduğu durum, ^fHeterojenite ($\%50 > I^2 > \%75$).

Ameliyat sonrası hasta mobilizasyonuna yönelik rutin bakıma kıyasla eğitimsel müdahaleler için: Kavlak (2017) randomizasyon yöntemi ve körleme net değildir. Kavlak (2017) çalışmasında %12,5 oranında veri kaybı olduğu ve kayıp verilerin yönetimine ilişkin bilgi verilmediği, veri toplama sürecinde değerlendirmelerin farklı kişiler tarafından gerçekleştirildiği, toplam örneklem sayısının 70 hasta olduğu ve etki büyüklüğünün 0,43 olduğu belirlendi. Carbone ve arkadaşları'nın (2019) çalışmasında metodolojik sınırlılıklar vardı, körleme net değildi, %18,5 oranında veri kaybı olduğu ve kayıp verilerin yönetimine ilişkin bilgi verilmediği ve etki büyüklüğünün 0,37 olduğu belirlendi. Kavlak (2017) ile Carbone ve arkadaşları (2019) çalışmalarında yapılan analizler sonucunda ameliyat sonrası mobilizasyon sonuç çıktısı için I^2 değeri %82 ve ameliyat sonrası ağrı sonuç çıktısı için %95 olduğu saptandı. Kavlak (2017) çalışmasında derin solunum egzersizi sonuç çıktısı için I^2 değeri %98 olarak hesaplandı. Carbone ve arkadaşları (2019) çalışmasında örneklem jinekolojik cerrahi dışında cerrahi geçiren hastalarda dahil edilmiş olduğundan örneklemde heterojenite mevcuttu. Kavlak (2017) çalışmasından gelen sonuçlar 100 hastadan daha az bir örneklemde elde edilmişti. Tüm çalışmalarda hasta mobilizasyonuna ilişkin sonuçlar farklı değişkenler olarak raporlanmıştı.

Ameliyat sonrası hasta mobilizasyonuna yönelik rutin bakıma kıyasla kombine müdahaleler için: Liebermann ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında körlemenin belirsiz olması, %10'un üzerinde kayıp veri varlığı ve kayıp veri yönetiminin yeterince açıklanmadığı, sonuçlarında gruplar arası heterojenite olduğu; etki büyüklüğünün 2,31 (büyük etki büyüklüğü) olduğu ve %12 oranında veri kaybı olduğu ancak veri kayıplarının yönetimine ilişkin bilgi verilmediği belirlendi. Carbone ve arkadaşları'nın (2019) çalışmasında çalışma tipinin yarı deneysel olması, körlemenin yapılmamış olması nedeniyle ve etki büyüklüğü 0,37 olarak hesaplandı. Carbone ve arkadaşları (2019) çalışmalarında yapılan analizler sonucunda I^2 değeri %50'in üzerinde olduğundan heterojenite varlığı saptandı. Carbone ve arkadaşları (2019) çalışmasında ameliyat sonrası mobilizasyon sonuç çıktısı için I^2 değeri %96; Carbone ve arkadaşları (2019) ile No ve arkadaşları (2021) çalışmalarından elde edilen ameliyat sonrası ağrı sonuç ölçütü için I^2 değeri %19; Carbone ve arkadaşları (2019) ile Liebermann ve arkadaşları (2021) çalışmalarından elde edilen hastanede kalış süresi sonuç ölçütü için I^2 değeri %83 olarak hesaplandı.

Müdahalelerin sonuçlarına ilişkin kanıt derecelemesi yapıldıktan sonra öneriler DSÖ'nün rehber geliştirmede önerdiği kanıt kategorisine göre raporlandı (Öztürk, 2020) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. DSÖ Rehber Geliştirme Grubu kanıt öneri kategorisi (DSÖ, 2012)

Kategori	Açıklama
Önerilir	Bu seçeneğin uygulanmasının faydaları olası zararlardan daha fazladır. Bu seçenek, büyük ölçüde uygulanabilir.
Önerilmez	Bu seçenek uygulanmamalıdır.
Yalnızca belli durumlarda önerilir	Bu seçenek, müdahalenin veya seçeneğin yalnızca öneride belirtilen koşul, şart veya popülasyona uygulanabilir olduğunu ve yalnızca bu bağlamlarda uygulanması gerektiğini belirtir.
Yalnızca kesin araştırmaların bulunduğu durumlarda önerilir	Bu seçenek bir müdahale ile ilgili önemli belirsizlikler olduğunu göstermektedir. Bu gibi durumlarda, uygulama hala büyük ölçüde gerçekleştirilebilir, ancak hem müdahalenin etkinliği, hem de kabul edilebilirliği ve uygulanabilirliği ile ilgili cevapsız soruları ve belirsizlikleri ele alabilecek bir araştırma olması gerekir.

4.1.1. GRADE Kanıtlarının Derecelendirilmesi ve KUR'un oluşturulması

Ameliyat sonrası planlı erken mobilizasyonu arttırmak amacıyla geliştirilen bu rehberde iki ana müdahale önerisi bulundu. Bu öneriler AGREE-II protokolü kullanılarak üç uzman tarafından değerlendirildi. Her bir öneri Tablo 4.4'te özetlendi.

Tablo 4.4. Ameliyat sonrası hasta mobilizasyonunu arttırmada kullanılan yöntemler

Müdahaleler	Çalışma sayısı	Katılımcı sayısı	GRADE derecesi	Öneri Kategorisi
EI	2	620	⊕○○○ Çok düşük	Önerilir
CI	4	774	⊕○○○ Çok düşük	Yalnızca belli durumlarda önerilir

EI: Eğitimsel müdahale, CI: Kombine müdahale.

Öneri 1. Ameliyat öncesinde sadece eğitimsel müdahaleler (Düşük Kanıt Derecesi, Önerilir)

Ameliyat sonrası planlı erken mobilizasyonu sağlamada ameliyat öncesi eğitimsel müdahalelere Türkiye'de yapılan bir (1) RKÇ (Kavlak, 2017) ve ABD'de yapılan bir (1) yarı deneysel çalışmadan (Carbone ve diğerleri, 2019) elde edildi. Çalışmaların örneklem hacimleri müdahale gruplarında 35-178 ve kontrol gruplarında ise 35-197 olduğu saptandı. Bu çalışmalardan Kavlak ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında eğitim içerikleri mobilizasyon

sürecini desteklemede kullanılan derin solunum egzersizi, öksürük egzersizi, yatak içi egzersiz gibi egzersizlerin yararları ve yapılış şeklinin yanı sıra ameliyat sonrası mobilizasyonda kullanılacak teknikler olup sözel anlatım ve yazılı materyaller kullanılarak hasta ile her karşılaşmada eğitim tekrarlanacak şekilde uygulandığı belirlendi. Carbone ve diğerlerinin (2019) çalışmasında ise eğitim içeriğinden ve eğitimin tekrar edilme durumundan bahsedilmemiş olup örnekleme dahil edilen hastaların bir kısmının meme cerrahisi geçirdiği saptandı. Çalışmalardan birinin gri literatürden elde edilmiş olması, uygulayıcı ve sonuç değerlendircilerinde körleme yapılmamış olması, sonuçların farklı kişilerce ölçülmüş olması, kayıp veri yönetiminin net olarak açıklanmaması ve çalışmalardan birinde örnekleme alınan hastaların klinik açıdan heterojen olması sebepleriyle kanıt düzeyi iki derece düşürüldü ve GRADE kanıt derecesi çok düşük olarak belirlendi. Müdahalenin ameliyat sonrası planlı erken mobilizasyonu arttırmada kullanılabileceği önerilmektedir.

Karşılaştırma: Ameliyat sonrası mobilizasyonu arttırmada rutin bakıma kıyasla hasta eğitimi

Sonuç Çıktıları

• ***Ameliyat sonrası mobilizasyon:*** Orta kanıt kalitesindeki RKÇ (Kavlak, 2017) ile orta kanıt kalitesindeki kontrol gruplu yarı deneysel çalışmada ameliyat sonrası erken mobilizasyon ile ilişkilendirilebilecek sonuçlar bildirildiği saptanmıştır. RKÇ’de hemşire tarafından ameliyat öncesi dönemde verilen sözlü talimatlar ve yazılı eğitim materyali ile verilen ve hasta izlemi boyunca tekrarlanan hasta eğitiminin ameliyat günü hastaların mobilizasyonu sırasında ağrı veya zorlanma hissini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalttığı bildirilmiştir ($t=3,083$, $p=0,003$). Ameliyat sonrası 1. gün ($t=1,831$, $p=0,071$) ve ameliyat sonrası 2. günde ($t=1,673$, $p=0,099$) ise hastaların mobilizasyonu sırasında ağrı veya zorlanma hissi üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı bildirilmiştir. Orta kanıt kalitesindeki RKÇ’de hasta hareketliliği için yer alan etki büyüklükleri; ameliyat günü, ameliyat sonrası 1. gün ve ameliyat sonrası 2. gün için etki büyüklüğü için 0,23 olarak bulunmuş olup hemşire tarafından ameliyat öncesi dönemde verilen sözlü talimatlar ve yazılı eğitim materyali ile verilen ve hasta izlemi boyunca tekrarlanan hasta eğitiminin ameliyat günü ($t=2,607$, $p=0,011$) ve ameliyat sonrası 1. gün ($t=2,237$, $p=0,029$) hastaların hareket esnasında bağımsızlık düzeyini arttırdığı belirlenmiştir. Ameliyat sonrası 2. Günde ise anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Aynı RKÇ’de hasta hareketliliği için yer alan etki büyüklükleri; ameliyat günü ve ameliyat sonrası 1. gün için 0,47; ameliyat sonrası 2. gün için etki büyüklüğü için 0,23 bulundu. Orta kanıt kalitesindeki kontrol gruplu yarı deneysel

çalışmanın (Carbone ve diğerleri, 2019) girişim grubu hastalarının kontrol grubuna göre mobilizasyona başlama zamanının kısa ve yürüme mesafesinin fazla olduğu bildirilmiştir ($p<0,05$).

- **Ameliyat sonrası ağrı:** Orta kanıt kalitesindeki RKÇ’de (Kavlak, 2017) hemşire tarafından ameliyat öncesi dönemde verilen sözlü talimatlar ve yazılı eğitim materyali ile verilen ve hasta izlemi boyunca tekrarlanan hasta eğitiminin ameliyat günü ($t=2,922$, $p=0,005$) ve ameliyat sonrası 2. günde ($t=2,447$, $p=0,017$) çalışma grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre ağrı puan ortalamalarının daha düşük olduğu ameliyat sonrası 1. günde ($t=1,572$, $p=0,121$) gruplar arası anlamlı fark olmadığı raporlanmıştır (Kavlak, 2017). Bu RKÇ’de yer alan etki büyüklükleri; ameliyat günü, ameliyat sonrası 1. gün ve ameliyat sonrası 2. gün için etki büyüklüğü sırasıyla 0,47; 0,23 ve 0,47 olarak bulundu.

- **Hastanede kalış süresi:** Orta kanıt kalitesindeki yarı deneysel çalışmada (Carbone ve diğerleri, 2019) eğitim alan grupta kontrol grubuna göre istatistiksel fark olduğu bildirilmiştir ($p=0,011$). Bu yarı deneysel çalışmada hastanede kalış süresi için etki büyüklüğü 0,37 olarak bulundu.

- **Derin solunum egzersizi:** Orta kanıt kalitesindeki RKÇ’de (Kavlak, 2017) hemşire tarafından ameliyat öncesi dönemde verilen sözlü talimatlar ve yazılı eğitim materyali ile verilen ve hasta izlemi boyunca tekrarlanan hasta eğitiminin ameliyat günü ($t=2,607$, $p=0,011$), ameliyat sonrası 1. gün ($t=2,237$, $p=0,022$) ve ameliyat sonrası 2. gün ($t=1,461$, $p=0,033$) solunum egzersiz ortalamalarının çalışma grubunda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu RKÇ’de solunum egzersizi için yer alan etki büyüklükleri; ameliyat günü, ameliyat sonrası 1. gün ve ameliyat sonrası 2. gün için etki büyüklüğü için 0,23 bulunmuştur.

- **Yatak içi egzersiz sayıları:** Orta kanıt kalitesindeki RKÇ’de (Kavlak, 2017) hemşire tarafından ameliyat öncesi dönemde verilen sözlü talimatlar ve yazılı eğitim materyali ile verilen ve hasta izlemi boyunca tekrarlanan hasta eğitiminin ameliyat günü ($t=2,607$, $p=0,011$) yüksek olduğu bildirilmektedir. Ameliyat sonrası 1. gün ($t=2,237$, $p=0,068$) ve ameliyat sonrası 2. gün ($t=1,461$, $p=0,143$) ise anlamlı fark olmadığı bildirilmektedir. Bu RKÇ’de yatak içi egzersiz sayıları için yer alan etki büyüklükleri; ameliyat günü ve ameliyat sonrası 1. gün için 0,47 iken ameliyat sonrası 2. gün için etki büyüklüğü için 0,23 bulunmuştur.

Öneri 2. Ameliyat öncesinde eğitimsel müdahaleler ile mobilizasyon hedefi koyma (Düşük Kanıt Derecesi, Önerilir)

Ameliyat sonrası planlı erken mobilizasyonu sağlamada ameliyat öncesi eğitimsel müdahalelere ek olarak mobilizasyon hedefi koyma müdahalesi ABD (2), Kore (1)'de olmak üzere üç RKÇ ve ABD (1) yarı deneysel bir çalışmanın sonuçlarından elde edildi. Çalışmaların örneklem hacimleri müdahale grubu 32-190 ve kontrol grubu 28-197 arasında değiştiği belirlenmiştir. Müdahale çalışmalarda eğitimsel müdahalelere ek olarak mobilizasyon hedefi koyma olarak bulunmuştur. Bu çalışmalarda eğitimsel müdahalelerin sıklık, süre ve uygulanış yönteminde farklılıklar olduğu ve ameliyat öncesi dönemde başlanarak farklı aralıklarla tekrar edildiği belirlenmiş olup mobilizasyon hedeflerinin bazı çalışmalarda bireyselleştirildiği bazı çalışmalarda ise bireyselleştirilmediği görülmüştür. Ek olarak bu kombine müdahalenin hekim ve fizyoterapistlerle iş birliği yapılarak gerçekleştirildiği görülmüştür. GRADE kanıt derecesi çok düşük olarak belirlenmiş ve ameliyat sonrası planlı erken mobilizasyonu arttırmada farklı disiplinlerle iş birliği yapılarak kullanılabileceği önerilmektedir.

Karşılaştırma: Ameliyat sonrası mobilizasyonu arttırmada olağan bakıma kıyasla kombine müdahaleler

Sonuç Çıktıları

- ***Ameliyat sonrası mobilizasyon:*** Orta kanıt kalitesindeki kontrol gruplu yarı deneysel çalışmada (Carbone ve diğerleri, 2019) kombine müdahalenin uygulandığı girişim grubu hastalarında kontrol grubu hastalarına göre ameliyat sonrası 1. günde mobilizasyona başlama süresi ve mobilizasyon mesafesi açısından istatistiksel fark olduğu bildirilmiştir ($p<0,001$). Bu yarı deneysel çalışmada mobilizasyona başlama süresi için etki büyüklüğü 0,42 ve mobilizasyon mesafesi için ise etki büyüklüğü 1,6 olarak belirlenmiştir. Orta kanıt kalitesindeki RKÇ'de (Liebermann ve diğerleri, 2013) girişim grubu ile kontrol grubu arasında ameliyat sonrası dönemde adım sayısı ($p=0,7$) ve yürüme gücü ($p=0,411$) yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir. Yüksek kalitedeki RKÇ'de (Jones ve Mittendorf, 2019) ise kombine müdahalenin uygulandığı girişim grubu hastaları ile kontrol grubu arasında ameliyat sonrası 4. günde atılan adım sayısı açısından istatistiksel olarak fark olmadığı gösterilmiştir ($p=0,09$).

- ***Ameliyat sonrası ağrı:*** Orta kanıt kalitesindeki üç gruplu yarı deneysel çalışmada çalışmada (Carbone ve diğerleri, 2019) kombine müdahale ile rutin bakımda ameliyat sonrası 1. Gündeki ağrı seviyesinin düştüğü ($p<0,001$) belirlenmiş olup bu sonuç ölçütü için etki büyüklüğü 0,46 olduğu saptanmıştır. Yüksek kalitedeki RKÇ'de (No vd., 2021) kombine

müdahalenin uygulandığı grup ile kontrol grubu arasında ameliyat sonrası beşinci günde ağrı düzeyi açısından fark olmadığı bildirilmiştir ($p=0,07$).

- **Hastanede kalış süresi:** Orta kanıt kalitesindeki üç gruplu yarı deneysel çalışmada (Carbone ve diğerleri, 2019) kombine müdahale ile rutin bakımda girişim grubu ile kontrol grubu hastaları arasında hastanede kalış süresi açısından istatistiksel fark olduğu bildirilmiştir ($p=0,011$). Orta kanıt kalitesindeki RKÇ’de (Jones ve Mittendorf, 2019) hastanede kalış süresi yönünden girişim grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir ($p=0,25$). Yüksek kanıt kalitesindeki RKÇ’de (Jones ve Mittendorf, 2021) geri bildirimli aktivite takip cihazı kullanarak ameliyat sonrası erken mobilizasyon için hastalara bireyselleştirilmiş mobilizasyon hedefine ulaşmaları teşvik edilmiştir. Bu RKÇ’de hastaların girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastaları arasında hastanede kalış süresi yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir ($p=0,12$).

4.2. Deneyisel Aşamanın Bulguları

Jinekolojik onkoloji cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası planlı erken mobilizasyonu arttırmada Öğrendiğini Anlat metodu ile güçlendirilmiş mobilizasyon eğitiminin hastaların mobilizasyon süreci, ameliyat sonrası iyileşme durumu ve hasta memnuniyeti üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak 102 (Girişim Grubu:51, Kontrol Grubu:51) hasta ile gerçekleştirilen bu çalışmanın deneyisel aşamasına ait bulguları sekiz başlık altında sunuldu.

1. Girişim ve kontrol grubu hastalarının sosyodemografik ve izlem süresince takip edilen klinik özelliklerinin karşılaştırılması
2. Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının normallik ve güvenilirlik test sonuçları
3. Girişim grubu hastalarına verilen mobilizasyon eğitiminin tekrar durumuna ilişkin sonuçlar
4. Girişim ve kontrol grubu hastalarının mobilizasyon süreci hasta çıktıları
5. Öğrendiğini Anlat metodu ile güçlendirilmiş mobilizasyon eğitiminin girişim ve kontrol grubu hastalarda HHÖ, GHÖ, ASİİ ve NHBMÖ puanı üzerine etkisinin karşılaştırılması
6. Öğrendiğini Anlat metodu ile güçlendirilmiş mobilizasyon eğitiminin girişim ve kontrol grubu hastalarda komplikasyon gelişimi ve taburculuk süresi üzerine etkisinin karşılaştırılması
7. Araştırmanın gücü ve etki büyüklüğüne dair sonuçlar

4.2.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=102)

		Girişim (n=51)	Grubu	Kontrol (n=51)	Grubu	Test değeri (U); p
Özellikler		$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)		$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)		
Yaş		55,73±13,07 (34; 83)		54,73±11,61 (33; 76)		1259,000; 0,781
		n	%	n	%	Test değeri (X ²); p
Yaş	31-41	7	13,7	5	9,8	0,718; 0,788 ^a
	42-52	18	35,3	23	45,1	
	53-63	10	19,6	8	15,7	
	64-74	11	21,6	12	23,5	
	75-85	5	9,8	3	5,9	
Medeni durum	Evli	47	92,2	46	90,2	0,122; 0,727 ^a
	Bekar	4	7,8	5	9,8	
Eğitim durumu	Okur-yazar	3	5,9	2	3,9	1,655; 0,799 ^a
	İlköğretim	29	56,9	29	56,9	
	Lise	15	29,4	17	33,3	
	Üniversite ve üstü	4	7,8	3	5,9	
Meslek	Ev hanımı	33	64,7	30	58,8	5,719; 0,221 ^a
	Serbest meslek	1	2	5	9,8	
	Memur	7	13,7	7	13,7	
	Emekli	7	13,7	3	5,9	
	İşçi	3	5,9	6	11,8	
Ekonomik durum	Gelir giderden az	6	11,8	2	3,9	3,540; 0,170 ^a
	Gelir gidere eşit	42	82,4	48	94,1	
	Gelir giderden fazla	3	5,9	1	2	
İkamet yeri	İl	20	39,2	24	47,1	0,661; 0,719 ^a
	İlçe	29	56,9	25	49	
	Kasaba/ köy	2	3,9	2	3,9	
Sigara kullanma	Evet	7	13,7	6	11,8	1,146; 0,564 ^a
	Kullanıyordum, bıraktım	3	5,9	6	11,8	
	Hayır	41	80,4	39	76,5	
Alkol kullanma	Hayır	51	100	51	100	N/A

n: Sayı, %: Yüzde, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maximum değer, X²:Ki-kare testi, ^aLikelihood Ratio, U: Mann Whitney U testi, N/A: Uygunuz, p<0,05 istatistiksel anlamlılığı ifade eder.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının sosyodemografik özellikleri ve bu özellikler arasındaki ilişkiler Tablo 4.5'te sunuldu. Girişim grubu hastalarının %35,3'ünün 42-52 yaş aralığında olduğu, %92,2'sinin evli, %56,9'unun ilköğretim mezunu, %64,7'sinin ev hanımı, %82,4'ünün gelir durumunun gidere eşit olarak bildirdiği, %56,9'unun ilçede ikamet ettiği, %80,4'ünün sigara kullanmadığı ve tamamının alkol kullanımının olmadığı belirlendi. Kontrol grubunda yer alan hastaların %45,1'inin 42-52 yaş aralığında olduğu, %90,2'sinin evli, %56,9'unun ilköğretim mezunu, %58,8'inin ev hanımı, %94,1'inin gelir durumunun gidere eşit olarak bildirdiği, %49'unun ilçede ikamet ettiği, %76,5'inin sigara kullanmadığı ve tamamının alkol kullanımının olmadığı belirlendi.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının sosyodemografik özellikleri Ki-kare testi ile karşılaştırılmış olup analiz sonucunda gruplar arasında yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, ikamet yeri, sigara ve alkol kullanım özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı.

Tablo 4.6. Girişim ve kontrol grubu hastalarının klinik özelliklerine göre dağılımı (n=102)

		Girişim Grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Test değeri ^a ; p
		n	%	n	%	
Kronik hastalık öyküsü	Hayır	28	54,9	26	51	0,353; 0,552 ^a
	Evet	23	45,1	25	49	
Geçirilmiş ameliyat öyküsü	Hayır	24	47,1	35	68,6	4,865; 0,027^a
	Evet	27	52,9	16	31,4	
Geçmiş kanser tanısı öyküsü	Hayır	42	82,4	49	96,1	4,993; 0,025^a
	Evet	9	17,6	2	3,9	
Ailede kanser öyküsü	Hayır	26	51	27	52,9	0,039; 0,843 ^a
	Evet	25	49	24	47,1	
		M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	Test değeri^b; p
BKİ (kg/m²)		26,890 (25,21-28,68)	26,382 $\pm$ 2,70 (19,57; 29,93)	26,530 (25,25-28,19)	26,406 $\pm$ 2, (20,54; 29,93)	1273,500 ^b ; 0,857

n: Sayı, %: Yüzde, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maximum değer, M:Median, ÇAA: Çeyreklikler arası açıklık, X^2 :Ki-kare testi, ^aPearson Chi-Square, ^bMann-Whitney U Testi, p<0,05 istatistiksel anlamlılığı ifade eder. *Birden fazla cevap işaretlenmiştir.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının klinik özellikleri ve bu özellikler arasındaki ilişkiler Tablo 4.6’da sunuldu. Girişim grubu hastalarının %52,9’unun daha önce en az bir kez ameliyat deneyiminin olduğu, %82,4’ünün daha önce herhangi bir kanser tanısı almadığı, %51’inin ailesinde herhangi bir kanser türüne ilişkin hastalık tanısı olmadığı ve BKİ ortalamasının $26,38 \pm 2,7 \text{ kg/m}^2$ (Min.=19,57; Max.=29,93) olduğu belirlendi. Kontrol grubu hastalarının %68,6’sının daha önceden ameliyat deneyiminin olmadığı, %96,1’inin daha önce herhangi bir kanser tanısı almadığı, %52,9’unun ailesinde herhangi bir kanser türüne ilişkin hastalık tanısı olmadığı ve BKİ ortalamasının $26,40 \pm 2,34 \text{ kg/m}^2$ (Min.=20,54; Max.=29,93) olduğu belirlendi.

Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların klinik özelliklerinden kronik hastalık varlığı, ailede kanser öyküsü varlığı ve BKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu. Buna ek olarak daha önce geçirilen ameliyat öyküsü ile daha öncelerde kanser tanısı alma yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, girişim grubunda yer alan hastaların kontrol grubu hastalarına göre geçirilmiş cerrahi öyküsü ve geçmişte alınan kanser tanısı öyküsünün daha fazla olduğu saptandı.

Tablo 4.7. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi dönem genel durumlarına göre dağılımı (n=102)

		Girişim Grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Test değeri (X ²); p
Klinik özellikler		n	%	n	%	
Tıbbi tanı	Endometrium kanseri	26	51	32	62,7	1,439 ^b ; 0,230
	Over kanseri	25	49	19	37,3	
Başlangıç semptom varlığı	Hayır	8	15,7	7	13,7	0,078 ^b ; 0,780
	Evet*	43	84,3	44	86,3	
	Anormal vajinal kanama	15	29,4	22	43,1	
	Kilo kaybı	24	47,1	19	37,3	
	Ağrı	30	58,8	25	49	
	Dizüri	11	21,6	5	9,8	
	Bulantı	2	3,9	2	3,9	
Evre	Evre I	18	35,3	19	37,3	1,660 ^b ; 0,436
	Evre II	28	54,9	23	45,1	
	Evre III	5	9,8	9	17,6	
ASA Skoru	ASA 1	25	49	28	54,9	0,362 ^a ; 0,835
	ASA 2	25	49	22	43,1	
	ASA 3	1	2	1	2	
Ameliyat öncesinde eğitim alma durumu	Hayır	48	94,1	38	74,5	2,813 ^a ; 0,094
	Evet*	3	5,9	13	25,5	
	Ameliyat sonrası beslenme	-	-	2	3,9	N/A
	Cerrahi sonrası ağrı yönetimi	1	2	1	2	
	Hastanede kalış süresi	4	7,8	13	25,5	

n: Sayı, %: Yüzde, X²:Ki-kare testi, ^aLikelihood Ratio, ^bPearson Chi-Square, N/A: Uygunsuz, p<0,05 istatistiksel anlamlılığı ifade eder. *Birden fazla cevap işaretlenmiştir.

Tablo 4.7. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi dönem genel durumlarına göre dağılımı (n=102) (Devamı)

		Girişim Grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Test değeri (X ²);
Klinik özellikler		n	%	n	%	p
Ameliyat öncesi profilaksi uygulaması	Evet*	51	100	51	100	N/A
	Venöz tromboemboli	34	66,7	23	45,1	
	Antimikrobiyal	51	100	51	100	
	Bulantı-kusma	2	2	2	3,9	
	Mekanik bağırsak hazırlığı	18	35,3	11	21,6	
	Cilt hazırlığı	-	-	-	-	
Premedikasyon uygulaması	Hayır	26	51	32	62,7	1,439 ^b ; 0,230
	Evet	25	49	19	37,3	
Ameliyat öncesi oral karbonhidrat desteği alma durumu	Hayır	51		51		N/A
		M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	Test değeri (U);
Ameliyat öncesi dönemde kan glukozu (mg/dl)		116,000 (98,000-138,000)	120,09 $\pm$ 27,83 (75;192)	103,000 (92,000-131,000)	112,7 $\pm$ 28,16 (69; 179)	1072,500 ^a ; 0,127
Ameliyat öncesi dönem hemoglobin düzeyi (g/dl)		11,500 (10,300-12,500)	11,42 $\pm$ 1,36 (9,3; 15)	11,400 (10,300-12,600)	11,46 $\pm$ 1,41 (9; 15)	1261,000 ^a ; 0,791
Ameliyat öncesi açlık süresi (Saat)		10,00 (9,00-11,00)	10,20 $\pm$ 1,98 (7; 15)	9,00 (8,00-11,00)	10,27 $\pm$ 2,74 (7; 18)	1180,500 ^a ; 0,414

n: Sayı, %: Yüzde, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maximum değer, M:Median, ÇAA: Çeyreklikler arası açıklık, X²:Ki-kare testi, N/A: Uygunsuz, ^bPearson Chi-Square, ^aMann-Whitney U Testi, p<0,05 istatistiksel anlamlılığı ifade eder. *Birden fazla cevap işaretlenmiştir.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi dönem genel durumlarına ilişkin veriler Tablo 4.7’de gösterilmiştir. Girişim grubunda yer alan hastaların %51’inin endometrium kanseri olduğu, %84,3’ünün hastalığa ilişkin başlangıç semptomu bildirdiği, %54,9’unun kanser evresinin Evre 2 olduğu, %49’unun ASA skorunun 1 ve 2 olduğu, %94,1’nin ameliyat öncesi dönemde herhangi bir konuda eğitim almadığı, tamamına ameliyat öncesi dönemde en az bir tane profilaksi uygulaması yapıldığı, %51’ine premedikasyon uygulandığı ve hiçbirine oral karbonhidrat desteği verilmediği belirlendi. Ek olarak girişim grubu hastalarının ameliyat öncesi kan glukozu ortalaması $120,09 \pm 27,38$ mg/dl (Min.=75, Max.=192), hemoglobin düzeyi ortalaması $11,42 \pm 1,36$ g/dl (Min.=9,3, Max.=15) ve preoperatif açlık süresi ortalaması $10,20 \pm 1,98$ (Min.=7, Max.=15) olarak saptandı. Kontrol grubu hastalarının ise %62,7’sinin endometrium kanseri olduğu, %86,3’ünün hastalığa ilişkin başlangıç semptomu bildirdiği, %45,1’inin 9’unun kanser evresinin Evre 2 olduğu, %54,9’unun ASA skorunun 1 olduğu, %74,5’inin ameliyat öncesi dönemde herhangi bir konuda eğitim almadığı, tamamına ameliyat öncesi dönemde en az bir tane profilaksi uygulaması yapıldığı, %62,7’sine premedikasyon uygulandığı ve hiçbirine oral karbonhidrat desteği verilmediği belirlendi. Ek olarak kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi kan glukozu ortalamasının $112,7 \pm 28,16$ mg/dl (Min.=69, Max.=179), hemoglobin düzeyi ortalamasının $11,46 \pm 1,41$ g/dl (Min.=9, Max.=15) ve preoperatif açlık süresi ortalamasının $10,27 \pm 2,74$ saat (Min.=7, Max.=18) olduğu belirlendi.

Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat öncesi genel durum değerlendirmesi incelendiğinde tıbbi tanı, başlangıç semptom varlığı, evre, ASA skoru, ameliyat öncesinde eğitim alma durumu, ameliyat öncesi profilaksi uygulaması, premedikasyon uygulaması, oral karbonhidrat desteği alma, ameliyat öncesi dönemde kan glukozu, hemoglobin ve açlık süresi açısından istatistiksel olarak fark olmadığı belirlendi.

Tablo 4.8. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası dönem genel durumlarına göre dağılımı (n=102)

		Girişim Grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Test değeri (X ²); p
		n	%	n	%	
Geçirilen ameliyat	TAH	3	5,9	6	11,8	2,989 ^a ; 0,393
	TAH+Unilateral ooferektomi	7	13,7	9	17,6	
	TAH+Bilateral salpingo ooferektomi	40	78,4	33	64,7	
	Pelvik egzentasyon	1	2	3	5,9	
Ameliyatın gerçekleşme şekli	Açık	51	100	51	100	N/A
Kesi tipi	Median kesi	11	21,6	14	27,5	0,477 ^b ; 0,490
	Transvers kesi	40	78,4	37	72,5	
Anestezi tipi	Genel anestezi	51	100	51	100	N/A
Ameliyat sonrası profilaksi uygulaması	Evet*	51	100	51	100	N/A
	Venöz tromboemboli	51	100	51	100	
	Antimikrobiyal	51	100	51	100	
	Bulantı-kusma	12	23,5	18	35,3	
Dren varlığı	Hayır	39	76,5	43	84,3	0,995 ^b ; 0,318
	Evet	12	23,5	8	15,7	
Kateter varlığı	Evet (Foley ve intravenöz kateter)	51		51		N/A
		M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	Test değeri (U); p
Kateter çekilme zamanı (Foley kateter) (Saat)		24,00 (24,00-28;00)	25,84±3,2 2 (18; 36)	24,00 (24,00-28;00)	25,63±5,21 (16; 48)	1151,500 ^u ; 0,275
Ameliyat sonrası oral alıma başlama zamanı (Saat)		8,00 (6,00-9,00)	7,71±2,48 (2; 20)	8,00 (6,00-10;00)	8,75±3,51 (4; 20)	1156, 500 ^u ; 0,330
Ameliyat sonrası dönem ilk ayağa kalkma zamanı (Saat)		8,00 (6,00-9,00)	7,65±2,09 (2; 13)	8,00 (6,00-10;00)	8,06±2,23 (5; 12)	1201,000 ^u ; 0,499
Ameliyat sonrası dönem ilk gaz çıkış zamanı (Saat)		12,00 (10,00-15,00)	12,41±4,4 (2; 24)	13,00 (10,00-18;00)	14,22±5,16 (6; 20)	1,16,000 ^u ; 0,055

n: Sayı, %: Yüzde, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maximum değer, M:Median, ÇAA: Çeyreklikler arası açıklık X²:Ki-kare testi, N/A: Uygunsuz, TAH: Total abdominal histerektomi,

^aLikelihood Ratio ^bPearson Chi-Square, ^uMann-Whitney U Testi, p<0,05 istatistiksel anlamlılığı ifade eder.

*Birden fazla cevap işaretlenmiştir.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası dönem genel durumlarına ilişkin veriler Tablo 4.8’de gösterildi. Girişim grubu hastalarının %78,4’ünün TAH+BSO geçirdiği, hastaların tamamının açık yöntemle ameliyat olduğu, %78,4’ünün ameliyat kesisinin transvers

yönde olduğu, tamamının genel anestezi aldığı, tamamına ameliyat sonrası dönemde venöz tromboemboli ve antimikrobiyal profilaksi uygulandığı, %76,5'inde dren takılı olduğu, tamamında intravenöz ve foley kateter takılı olduğu belirlendi. Hastalarda foley kateterin çekilme zamanının $25,84 \pm 3,22$ saat (Min.=18; Max.=36), oral alıma başlama zamanının $7,71 \pm 2,48$ saat (Min.=2; Max.=20), ilk ayağa kalkma zamanının $7,65 \pm 2,09$ saat (Min.=2; Max.=13) ve ilk gaz çıkış zamanının ise $12,41 \pm 4,405$ saat (Min.=2; Max.=24) olduğu saptandı. Kontrol grubu hastalarının %64,7'sinin TAH+BSO geçirdiği, hastaların tamamının açık yöntemle ameliyat olduğu, %72,5'inin ameliyat kesisinin transvers yönde olduğu, tamamının genel anestezi aldığı, tamamına ameliyat sonrası dönemde venöz tromboemboli ve antimikrobiyal profilaksi uygulandığı, %84,3'ünde dren takılı olduğu, tamamında intravenöz ve foley kateter takılı olduğu belirlendi. Hastalarda foley kateterin çekilme zamanının $25,63 \pm 5,21$ saat (Min.=16, Max.=48), oral alıma başlama zamanının $8,75 \pm 3,51$ saat (Min.=4, Max.=20), ilk ayağa kalkma zamanının $8,06 \pm 2,23$ saat (Min.=5; Max.=12) ve ilk gaz çıkış zamanının ise $14,22 \pm 5,16$ saat (Min.=6, Max.=20) olduğu belirlendi.

Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası genel durum değerlendirmesinde geçirilen ameliyat, ameliyatın yöntemi, kesi tipi, anestezi tipi, ameliyat öncesi profilaksi uygulaması, dren ve kateter varlığı, foley kateter çıkarılma zamanı, oral alım başlangıç zamanı, ilk ayağa kalkma zamanı, ilk gaz çıkış zamanı ve yaşamsal bulgular açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

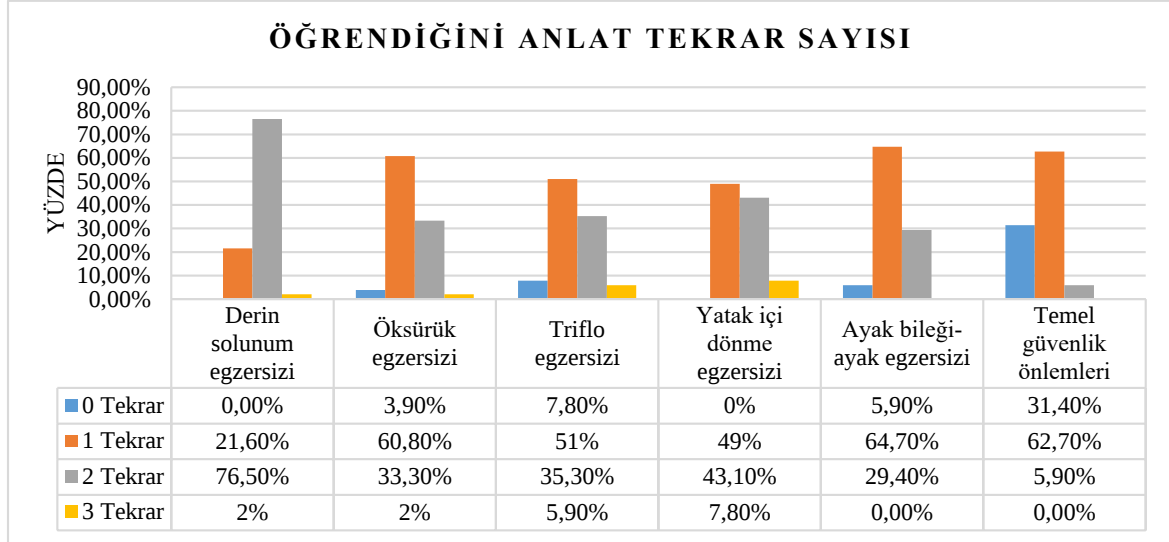
4.2.2. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının Güvenilirlik Test Sonuçları

Tablo 4.9. HHÖ, GHÖ, ASİİ ve NHBMÖ güvenilirlik analizi sonuçları

Ölçüm zamanı	Ölçek	Cronbach alfa
Ameliyat sonrası 0. Gün	HHÖ	0,88
	GHÖ	0,90
Ameliyat sonrası 1. Gün	HHÖ	0,88
	GHÖ	0,76
Ameliyat sonrası 2. Gün	HHÖ	0,84
	GHÖ	0,46
	ASİİ	0,84
Ameliyat sonrası 15. Gün	ASİİ	0,77
	NHBMÖ	0,96

Çalışmada kullanılan ölçeklerin ölçüm zamanlarına göre güvenilirlikleri Cronbach alfa katsayıları hesaplanarak değerlendirildi. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ameliyat sonrası 0. Günde HHÖ için 0,88 ve GHÖ için 0,90; ameliyat sonrası 1. günde HHÖ için 0,88 ve GHÖ için 0,76; ameliyat sonrası 2. günde HHÖ için 0,84; GHÖ için 0,46 ve ASİİ için 0,84; ameliyat sonrası 15. günde ASİİ için 0,77 ve NHBMÖ için 0,96 olarak hesaplandı (Tablo 4.9). Literatürde Cronbach's Alpha değerinin 0.70 üzerinde olması istenmektedir (Alpar, 2018; Boateng ve ark, 2018). HHÖ, GHÖ, ASİİ ve NHBMÖ Cronbach's Alpha değerlerinin literatürde istenen kriterleri karşıladığı belirlendi (Akgül, 2005).

4.2.3. Girişim Grubu Hastalarına Verilen Mobilizasyon Eğitiminin Tekrarlanmasına İlişkin Sonuçlar



Grafik 4.1. Girişim grubuna Öğrendiğini Anlat metodu ile verilen mobilizasyon eğitiminin tekrar sayıları.

Girişim grubu hastalarına ameliyat öncesi dönemde verilen mobilizasyon eğitimin konu başlıklarına göre tekrarlanma sayıları Grafik 4.1’de gösterilmiştir. Derin solunum egzersizinin hastaların %2’sinde üç kez, %76,5’inde iki kez ve %21,6’sında bir kez tekrarlandığı belirlendi. Öksürük egzersizinin hastaların %2’sinde üç kez, %33,3’ünde iki kez, %60,8’inde bir kez tekrar edildiği ve %3,9’unda hiç tekrar edilmediği belirlendi. Triflo egzersizinin hastaların %5,9’unda üç kez, %35,3’ünde iki kez, %51’inde bir kez tekrar edildiği ve %7,8’inde hiç tekrarlanmadığı belirlendi. Yatak içi dönme egzersizinin hastaların %7,8’inde üç kez, %43,1’inde iki kez ve %49’unda bir kez tekrar edildiği belirlendi. Ayak bileği-ayak egzersizinin hastaların %29,4’ünde iki kez, %64,7’sinde bir kez tekrar edildiği ve %5,9’unda hiç tekrar edilmediği belirlendi. Temel güvenlik önlemlerinin ise hastaların %5,9’unda iki kez, %62,7’sinde bir kez tekrar edildiği ve %31,4’ünde hiç tekrar edilmediği belirlendi.

4.2.4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Mobilizasyon Süreci Hasta Çıktıları

Tablo 4.10. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün, 2. gün mobilizasyon öncesi ağrı, yorgunluk ve mobilizasyona hazıroluşluğun grup içi-gruplar arası karşılaştırılması

	Girişim grubu (n=51)			Kontrol Grubu (n=51)		
	M (CAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)		M (CAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	Test Değeri (U); p
Ağrı	Ameliyat sonrası 0. Gün ¹	5,00 (4,00; 6,00)	5,14 $\pm$ 1,49 (2; 9)	7,00 (6,00; 8,00)	6,73 $\pm$ 2,05 (0; 10)	591,000 ^u ; <0,001
	Ameliyat sonrası 1. Gün ²	4,00 (3,00; 5,00)	4,02 $\pm$ 1,19 (2; 7)	5,00 (4,00; 6,00)	4,92 $\pm$ 1,33 (1; 7)	753,000 ^u ; <0,001
	Ameliyat sonrası 2. Gün ³	2,00 (2,00; 3,00)	2,47 $\pm$ 1,1 (1; 5)	3,00 (3,00; 4,00)	3,49 $\pm$ 1,10 (1; 7)	689,000 ^u ; <0,001
	Test değeri	71,163 ^a ; <0,001		71,420 ^a ; <0,001		
	p	1>2>3		1>2>3		
Yorgunluk	Ameliyat sonrası 0. Gün ¹	4,00 (3,00; 5,00)	4,18 $\pm$ 1,45 (0; 7)	6,00 (5,00; 7,00)	6,16 $\pm$ 1,85 (1; 9)	486,500 ^u ; <0,001
	Ameliyat sonrası 1. Gün ²	3,00 (2,00; 5,00)	3,39 $\pm$ 1,34 (1; 6)	5,00 (4,00; 5,00)	4,47 $\pm$ 1,17 (1; 7)	733,000 ^u ; <0,001
	Ameliyat sonrası 2. Gün ³	2,00 (1,00; 3,00)	2,25 $\pm$ 1,48 (0; 8)	3,00 (3,00; 4,00)	3,37 $\pm$ 1,09 (2; 7)	672,000 ^u ; <0,001
	Test değeri	49,483 ^a ; <0,001		58,054 ^a ; <0,001		
	p	1>2>3		1>2>3		
Mobilizasyona hazır oluşluk	Ameliyat sonrası 0. Gün ¹	7,00 (6,00; 8,00)	7,24 $\pm$ 1,36 (4; 10)	5,00 (4; 6,00)	4,67 $\pm$ 1,94 (1; 9)	389,000 ^u ; <0,001
	Ameliyat sonrası 1. Gün ²	8,00 (7,00; 9,00)	7,49 $\pm$ 1,55 (1; 10)	7,00 (5,00; 8,00)	6,37 $\pm$ 1,85 (2; 9)	830,000 ^u ; 0,001
	Ameliyat sonrası 2. Gün ³	9,00 (8,00; 9,00)	8,53 $\pm$ 1,15 (3; 10)	8,00 (6,00; 9,00)	7,29 $\pm$ 2,04 (2; 9)	826,000 ^u ; 0,001
	Test değeri;	32,865 ^a ; <0,001		50,667 ^a ; <0,001		
	p	3>1=2		3>2>1		

n: Sayı, %: Yüzde, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maximum değer, M:Median, CAA: Çeyreklikler arası açıklık ^aFriedman Test, ^uMann Whitney U Testi, ^bWilcoxon Signed Ranks Test, *:p<0,01, p<0,05 istatistiksel anlamlılığı ifade eder. *p<0,01, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0., 1. ve 2. gün mobilizasyon öncesinde bildirdikleri ağrı, yorgunluk ve mobilizasyona hazıroluşluk düzeylerine ilişkin veriler Tablo 4.10'da gösterilmektedir.

Girişim grubu hastalarının kontrol grubundaki hastalara göre ameliyat sonrası 0., 1. ve 2. günde daha hafif düzeyde ağrı bildirdiği belirlendi. Girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırmaları incelendiğinde her iki grupta da ameliyat sonrası 0.

günden ameliyat sonrası 2. güne kadar bildirilen ağrı düzeyinin hafiflediği belirlendi. Girişim grubu hastalarının ölçüm zamanlarındaki ağrı puanı değişiminin posthoc analizinde Wilcoxon testi kullanılmış olup ameliyat sonrası 2. güne dek ağrı skorlarında hastaların azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

Girişim grubu hastalarının kontrol grubundaki hastalara göre ameliyat sonrası 0., 1. ve 2. günde daha hafif düzeyde yorgunluk bildirdiği belirlendi. Girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırmaları incelendiğinde her iki grupta da ameliyat sonrası 0. günden ameliyat sonrası 2. güne kadar bildirilen yorgunluk düzeyinin hafiflediği belirlendi. Girişim grubu hastalarının ölçüm zamanlarındaki yorgunluk puanı değişiminin posthoc analizinde Wilcoxon testi kullanılmış olup ameliyat sonrası 2. güne dek ağrı skorlarında hastaların azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

Girişim grubu hastalarının kontrol grubundaki hastalara göre ameliyat sonrası 0., 1. ve 2. günde daha yüksek düzeyde mobilizasyona hazıroluşluk bildirdiği belirlendi. Girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırmaları incelendiğinde her iki grupta da ameliyat sonrası 0. günden ameliyat sonrası 2. güne kadar bildirilen mobilizasyona hazıroluşluk düzeyinin yükseldiği belirlendi. Girişim grubu hastalarının ölçüm zamanlarındaki mobilizasyona hazıroluşluk düzeyinin posthoc analizinde Wilcoxon testi kullanılmış olup ameliyat sonrası 2. güne dek mobilizasyona hazıroluşluk düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

Tablo 4.11. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün mobilizasyon öncesi ve sonrası hemodinamik parametrelerinin grup içi karşılaştırılması

		Girişim Grubu (n=51)						Kontrol Grubu (n=51)						
Ölçüm	zamanı/	Nabız	SKB	DKB	Vücut Sıcaklığı	Solunum	SaO ₂	Nabız	SKB	DKB	Vücut Sıcaklığı	Solunum	SaO ₂	
Hemodinamik parametreler														
Ameliyat sonrası 0. gün	MÖ	M (CAA)	78,00 (75,00; 82,00)	120,00 (110,00; 125,00)	75,00 (70,00; 80,00)	36,50 (36,40; 36,80)	21,00 (20,00; 22,00)	98,00 (98,00; 98,00)	76,00 (75,00; 81,00)	120,00 (110,00; 120,00)	75,00 (70,00; 80,00)	36,50 (36,40; 36,80)	21,00 (20,00; 22,00)	98,00 (98,00; 98,00)
	MS	M (CAA)	82,00 (77,00; 87,00)	120,00 (115,00; 125,00)	80,00 (75,00; 80,00)	36,50 (36,20; 36,70)	22,00 (21,00; 22,00)	98,00 (97,00; 98,00)	82,00 (76,00; 87,00)	120,00 (115,00; 125,00)	80,00 (70,00; 80,00)	36,50 (36,20; 36,70)	22,00 (21,00; 22,00)	98,00 (97,00; 99,00)
	Test değeri ^a ; p		-3,276 ^a ; 0,001*	-0,067 ^a ; 0,946	-0,790 ^a ; 0,429	-1,493 ^a ; 0,135	-2,647 ^a ; 0,008	-2,794 ^a ; 0,005*	-3,033 ^a ; 0,002*	-1,950 ^a ; 0,051	-1,279 ^a ; 0,201	-1,931 ^a ; 0,054	-2,067 ^a ; 0,039	-1,694 ^a ; 0,090
Ameliyat sonrası 1. gün	MÖ	M (CAA)	80,00 (75,00; 82,00)	120,00 (115,00; 130,00)	75,00 (70,00; 80,00)	36,40 (36,30; 36,70)	21,00 (20,00; 22,00)	98,00 (98,00; 98,00)	80,00 (76,00; 84,00)	115,00 (110,00; 120,00)	75,00 (70,00; 80,00)	36,40 (36,20; 36,80)	21,00 (20,00; 22,00)	98,00 (97,00; 98,00)
	MS	M (CAA)	79,00 (76,00; 85,00)	120,00 (115,00; 130,00)	80,00 (75,00; 80,00)	36,70 (36,40; 36,80)	22,00 (21,00; 22,00)	98,00 (98,00; 98,00)	80,00 (76,00; 85,00)	115,00 (110,00; 120,00)	75,00 (70,00; 80,00)	36,40 (36,20; 36,70)	22,00 (21,00; 22,00)	98,00 (97,00; 98,00)
	Test değeri ^a ; p		-1,481 ^a ; 0,139	-0,603 ^a ; 0,546	-0,736 ^a ; 0,461	-2,931 ^a ; 0,003	-3,075 ^a ; 0,002	-0,512 ^a ; 0,609	-0,392 ^a ; 0,695	-0,679 ^a ; 0,497	-0,323 ^a ; 0,747	-0,557 ^a ; 0,577	-3,272 ^a ; 0,001	-1,342 ^a ; 0,18
Ameliyat sonrası 2. gün	MÖ	M (CAA)	80,00 (75,00; 85,00)	120,00 (110,00; 130,00)	75,00 (70,00; 80,00)	36,50 (36,30; 36,80)	22,00 (21,00; 22,00)	98,00 (98,00; 98,00)	81,00 (76,00; 86,00)	120,00 (115,00; 130,00)	80,00 (75,00; 80,00)	36,50 (36,20; 36,70)	21,00 (20,00; 22,00)	98,00 (98,00; 98,00)
	MS	M (CAA)	80,00 (76,00; 87,00)	120,00 (110,00; 125,00)	75,00 (70,00; 80,00)	36,40 (36,20; 36,70)	22,00 (21,00; 22,00)	98,00 (98,00; 98,00)	82,00 (75,00; 87,00)	120,00 (110,00; 125,00)	80,00 (75,00; 80,00)	36,50 (36,300; 36,800)	22,00 (21,00; 22,00)	98,00 (97,00; 99,00)
	Test değeri ^a ; p		-0,523 ^a ; 0,601	-0,448 ^a ; 0,654	-0,560 ^a ; 0,576	-1,035 ^a ; 0,301	-0,623 ^a ; 0,533	-6,222 ^a ; <0,001	-0,379 ^a ; 0,705	-0,542 ^a ; 0,588	-0,105 ^a ; 0,917	-0,579 ^a ; 0,563	-6,219 ^a ; <0,001	-3,207 ^a ; 0,002

n: Sayı, %: Yüzde, MÖ: Mobilizasyondan önce, MS: Mobilizasyondan sonra, ^aWilcoxon Signed Ranks Test, p<0,05 istatistiksel anlamlılığı ifade eder.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün mobilizasyon öncesi ve sonrası hemodinamik parametrelerinin grup içi karşılaştırılması ilişkin veriler Tablo 4.11’de gösterilmiştir. Girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. Günde mobilizasyon öncesi ve mobilizasyon sonrası hemodinamik parametrelerinden SKB, DKB, vücut sıcaklığı ve solunum parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu. Girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. Günde mobilizasyon öncesinde mobilizasyon sonrasına göre nabız ve solunum sayısının daha yüksek ve SaO₂ düzeyinin ise daha düşük olduğu belirlendi. Kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. Günde mobilizasyon öncesi ve mobilizasyon sonrası hemodinamik parametrelerinden SKB, DKB, vücut sıcaklığı ve SaO₂ parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu. Kontrol grubu hastalarının mobilizasyon sonrasında mobilizasyon öncesine göre nabız ve solunum sayısının daha yüksek olduğu belirlendi.

Girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 1. günde mobilizasyon öncesi ve mobilizasyon sonrası hemodinamik parametrelerinden nabız, SKB, DKB, solunum ve SaO₂ parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu. Girişim grubu hastalarının mobilizasyon sonrası vücut sıcaklığı ve solunum sayılarının daha yüksek olduğu saptandı. Kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 1. günde mobilizasyon öncesi ve mobilizasyon sonrası hemodinamik parametrelerinden nabız, SKB, DKB, vücut sıcaklığı ve SaO₂ parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu. Kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 1. günde mobilizasyon sonrası solunum sayılarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 2. günde mobilizasyon öncesi ve mobilizasyon sonrası hemodinamik parametrelerinden nabız, SKB, DKB, vücut sıcaklığı ve solunum parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı. Girişim grubu hastalarının mobilizasyon sonrası SaO₂ düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi.

Tablo 4.12. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün mobilizasyon sonrası hasta çıktıların grup içi-gruplar arası karşılaştırılması

Ameliyat sonrası 0. Gün						
		Girişim grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Test değeri ve p
		M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	
Mobilizasyon süresi (Dakika)		37,00 (34,00-46,00)	38,31±10,46 (10; 64)	31,00 (23,00- 42,00)	32,61±10,41 (15; 56)	885,500 ^u ; 0,005
		n	%	n	%	Test değeri ve p
Mobilizasyon hedefine ulaşma	Hayır	51	100	51	100	N/A
Mobilizasyon sırasında şikayet varlığı	Hayır	8	15,7	4	7,8	1,537 ^a ; 0,215
	Evet*	43	84,3	47	92,2	
	Baş dönmesi	41	80,4	46	90,2	
	Çarpıntı	4	7,8	5	9,8	
	Ağrı	8	15,7	12	23,5	
	Bulantı	4	7,8	6	11,8	
	Yorgunluk	7	13,7	11	21,6	
Ameliyat sonrası 1. Gün						
		M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	Test değeri ve p
Mobilizasyon süresi (Dakika)		281,00 (252,00-319,00)	275,33±66,16 (94; 400)	249,00 (201,00-278,00)	239,69±57,843 (73; 358)	795,000 ^u ; 0,001
		n	%	n	%	Test değeri ve p
Mobilizasyon hedefine ulaşma	Hayır	51	100	51	100	N/A
Mobilizasyon sırasında şikayet varlığı	Hayır	51	100	49	96,1	2,813 ^a ; 0,094
	Evet*	-	-	2	3,9	
	Baş dönmesi	-	-	-	-	
	Çarpıntı	-	-	-	-	
	Ağrı	-	-	2	3,9	
	Bulantı	-	-	-	-	
	Yorgunluk	-	-	-	-	
Ameliyat sonrası 2. Gün						
		M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	Test değeri ve p
Mobilizasyon süresi (Dakika)		360,00 (330,00-388,00)	347,51±73,89 (109; 456)	326,00 (293,00-366,00)	319,57±68,77 (83; 440)	874,000 ^u ; 0,004
		n	%	n	%	Test değeri ve p
Mobilizasyon hedefine ulaşma	Hayır	51	100	51	100	N/A
Mobilizasyon sırasında şikayet varlığı	Hayır	51	100	51	100	N/A

n: Sayı, %: Yüzde, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maximum değer, M:Median, CAA: Çeyreklikler arası açıklık, N/A:Uygunsuz, ^aLikelihood Ratio, ^uMan Whitney U Testi. *:p<0,01 , p<0,05 istatistiksel anlamlılığı ifade eder.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0., 1. ve 2. günde mobilizasyon süreleri, mobilizasyon hedefine ulaşma durumları ve mobilizasyon sırasında yaşadıkları sorunlar Tablo 4.12’de gösterilmektedir. Girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. günde daha uzun süre mobilize olduğu belirlendi. Benzer şekilde her iki grupta yer alan hastalarda günlük mobilizasyon hedefine ulaşamadığı belirlendi. Ameliyat sonrası 0. günde girişim grubu hastalarının %84,3’ünde ve kontrol grubu hastalarının %92,2’sinde mobilizasyon sırasında sorun yaşadığını bildirdiği belirlendi. Ameliyat sonrası 0. günde mobilizasyon sırasında sorun yaşadığını bildiren hastalardan %80,4’ü baş dönmesi, %15,7’si ağrı ve %13,7’sinin yorgunluk bildirdiği saptandı. Ameliyat sonrası 0. günde kontrol grubu hastalarının %90,2’sinde baş dönmesi, %23,5’inde ağrı ve %21,6’sında ise yorgunluk bildirdiği belirlendi. Ameliyat sonrası 1. günde girişim grubu hastalarının mobilizasyon sırasında yaşadığı herhangi bir sorun olmadığı ancak kontrol grubu hastalarının %3,9’unda mobilizasyon sırasında sorun yaşadığını bildirdiği belirlendi. Ameliyat sonrası 2. günde girişim ve kontrol grubu hastalarının tamamının mobilizasyon sırasında herhangi bir sorun bildirmediği belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının mobilizasyon hedefine ulaşma ve mobilizasyon sırasında sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.

Tablo 4.13. Girişim grubu ve kontrol hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün mobilizasyonu kolaylaştıran egzersizleri uygulama durum, sıklık ve sürelerine göre dağılımı

Ölçüm		Ameliyat sonrası 0. Gün			Ameliyat sonrası 1. gün			Ameliyat sonrası 2. gün		
Egzersiz (24 Saatlik) / Gruplar		Girişim Grubu (n=51)	Kontrol Grubu (n=51)	Test değeri; p	Girişim Grubu (n=51)	Kontrol Grubu (n=51)	Test değeri; p	Girişim Grubu (n=51)	Kontrol Grubu (n=51)	Test değeri; p
Derin solunum egzersizi	Uygulayanlar n (%)	50 (%98)	23 (%45,1)	41,730^a; <0,001	49 (%96,1)	33 (%64,7)	15,497^a; <0,001	48 (%94,1)	32 (%62,7)	16,195^a; <0,001
	Sıklık M (ÇAA)	4,00 (4,00-5,00)	4,00 (3,00-5,00)	361,500^u; 0,008	8 (5-10)	6 (4-8)	516,500^u; 0,005	8 (6-10)	6 (4,25-8)	474,000^u; 0,002
Öksürük egzersizi	Uygulayanlar n (%)	9 (%17,6)	2 (%3,9)	5,357^a; 0,021	15 (%29,4)	3 (%5,9)	10,453^a; 0,001	12 (%23,5)	3 (%5,9)	6,715^a; 0,01
	Sıklık M (ÇAA)	4,00 (3,00-4,5)	5,00 (3,75; 5,25)	2,000 ^u ; 0,083	5 (3-6)	6 (4-6)	15,000 ^u ; 0,354	4 (3-5,5)	4 (4-6)	13,000 ^u ; 0,443
Triflo	Uygulayanlar n (%)	51 (%100)	-	141,402^a; <0,001	50 (%98)	-	120,399^a; <0,001	50 (%98)	-	131,519^a; <0,001
	Sıklık M (ÇAA)	6 (6-8)	-	-	10 (8-10)	-	-	10 (8-12)	-	-
Yatak içi dönme egzersizi	Uygulayanlar n (%)	49 (%96,1)	41 (%80,4)	6,534^a; 0,011	51 (%100)	47 (%92,2)	5,708^a; 0,017	51 (%100)	49 (%96,1)	2,813 ^a ; 0,094
	Sıklık M (ÇAA)	3 (3-4)	3 (2-3)	636,500^u; 0,002	4 (4-5)	4 (3-6)	1101,500 ^u ; 0,469	5 (4-6)	4 (4-6)	1124,500 ^u ; 0,366
Ayak bileği-ayak egzersizi	Uygulayanlar n (%)	47 (%92,2)	46 (%90,2)	0,122 ^a ; 0,727	49 (%96,1)	49 (%96,1)	0,000^a; 1,000	50 (%98)	50 (%98)	0,000 ^a ; 1,000
	Sıklık M (ÇAA)	4 (3-4)	3 (2-4)	768,000^u; 0,011	5 (4-6)	4 (4-5)	968,000 ^u ; 0,086	4 (4-6)	4 (4-5)	1106,500 ^u ; 0,297

n: Sayı, %: Yüzde, M:Median, ÇAA: Çeyreklikler arası açıklık, ^aLikelihood Ratio, ^uMan Whitney U Testi, p<0,05 istatistiksel anlamlılığı ifade eder.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün mobilizasyon sürecini kolaylaştıran egzersizlere ilişkin verileri Tablo 4.13’de gösterilmektedir.

Ameliyat sonrası 0. günde derin solunum egzersizini girişim grubu hastalarının %98’inin ve kontrol grubu hastalarının %45,1’inin uyguladığı saptandı. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının derin solunum egzersizi uygulama durumu ve sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve girişim grubu hastalarının derin solunum egzersizini kontrol grubu hastalarına göre daha fazla ve sık uyguladığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 0. günde öksürük egzersizini girişim grubu hastalarının %17,6’sı ve %3,9’unun uyguladığı belirlendi. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının öksürük egzersizi uygulama durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ancak uygulama sıklığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptandı.

Ameliyat sonrası 0. günde triflo egzersizini girişim grubu hastalarının tamamının uyguladığı ve kontrol grubu hastalarının hiçbirinin triflo egzersizi uygulamadığı belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının triflo egzersizi uygulama durumu ve sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi.

Ameliyat sonrası 0. günde yatak içi dönme egzersizini girişim grubu hastalarının %96,1’inin ve kontrol grubu hastalarının %80,4’ünün uyguladığı belirlendi. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının yatak içi dönme egzersizini uygulama durumu ve sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve girişim grubu hastalarının derin solunum egzersizini kontrol grubu hastalarına göre daha fazla ve sık uyguladığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 0. günde ayak bileği-ayak egzersizini girişim grubu hastalarının %92,2’sinin ve kontrol grubu hastalarının %90,2’sinin uyguladığı belirlendi. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının yatak içi dönme egzersizini uygulama durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ancak sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu girişim grubu hastalarının derin solunum egzersizini kontrol grubu hastalarına göre daha sık uyguladığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 1. günde derin solunum egzersizini girişim grubu hastalarının %96,1'nin ve kontrol grubu hastalarının %64,7'sinin uyguladığı belirlendi. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının derin solunum egzersizi uygulama durumu ve sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve girişim grubu hastalarının derin solunum egzersizini kontrol grubu hastalarına göre daha fazla ve sık uyguladığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 1. günde öksürük egzersizini girişim grubu hastalarının %29,4'ünün ve kontrol grubu hastalarının %5,9'unun uyguladığı belirlendi. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının derin solunum egzersizi uygulama durumu yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve girişim grubu hastalarının öksürük egzersizini kontrol grubu hastalarına göre daha fazla uyguladığı saptandı. Öksürük egzersizinin uygulama sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 1. günde triflo egzersizini girişim grubu hastalarının %98'inin uyguladığı ve kontrol grubu hastalarının hiçbirinin triflo egzersizi uygulamadığı belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının triflo egzersizi uygulama durumu yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi.

Ameliyat sonrası 1. günde yatak içi dönme egzersizini girişim grubu hastalarının tamamının ve kontrol grubu hastalarının %92,2'sinin uyguladığı belirlendi. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının yatak içi dönme egzersizini uygulama durumu yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve girişim grubu hastalarının derin solunum egzersizini kontrol grubu hastalarına göre daha fazla uyguladığı belirlendi. Yatak içi dönme egzersizinin uygulama sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 1. günde ayak bileği-ayak egzersizini girişim grubu hastalarının %96,1'inin ve kontrol grubu hastalarının %96,1'inin uyguladığı belirlendi. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının ayak bileği-ayak egzersizini uygulama durumu ve sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 2. günde derin solunum egzersizini girişim grubu hastalarının %94,1'nin ve kontrol grubu hastalarının %62,7'sinin uyguladığı belirlendi. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının derin solunum egzersizi uygulama durumu ve sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve girişim grubu

hastalarının derin solunum egzersizini kontrol grubu hastalarına göre daha fazla ve sık uyguladığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 2. günde öksürük egzersizini girişim grubu hastalarının %23,5'inin ve kontrol grubu hastalarının %5,9'unun uyguladığı belirlendi. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının derin solunum egzersizi uygulama durumu yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve girişim grubu hastalarının öksürük egzersizini kontrol grubu hastalarına göre daha fazla uyguladığı saptandı. Öksürük egzersizinin uygulama sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 2. günde triflo egzersizini girişim grubu hastalarının %98'inin uyguladığı ve kontrol grubu hastalarının hiçbirinin triflo egzersizi uygulamadığı belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının triflo egzersizi uygulama durumu yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi.

Ameliyat sonrası 2. günde yatak içi dönme egzersizini girişim grubu hastalarının tamamının ve kontrol grubu hastalarının %96,1'inin uyguladığı belirlendi. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının yatak içi dönme egzersizini uygulama durumu ve sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 2. günde ayak bileği-ayak egzersizini girişim grubu hastalarının %98'inin ve kontrol grubu hastalarının %98'inin uyguladığı belirlendi. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının ayak bileği-ayak egzersizini uygulama durumu ve sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Tablo 4.14. Girişim ve kontrol grubu hastalarının Ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün mobilizasyon türüne göre dağılımı

Ölçüm			Ameliyat sonrası 0. Gün			Ameliyat sonrası 1. gün			Ameliyat sonrası 2. gün		
Mobilizasyon türü (24 Saatlik)/ Gruplar			Girişim Grubu (n=51)	Kontrol Grubu (n=51)	Test değeri p	Girişim Grubu (n=51)	Kontrol Grubu (n=51)	Test değeri p	Girişim Grubu (n=51)	Kontrol Grubu (n=51)	Test değeri p
Yatak kenarında oturma	Uygulayanlar	n (%)	50 (%98)	48 (%94,1)	1,087 ^a ; 0,297	50 (%98)	49 (%96,1)	2,773 ^a ; 0,25	51 (%100)	51 (%100)	-
	Sıklık	M (ÇAA)	1,00 (1,00; 1, 00)	1,00 (1,00; 1, 00)	1174,000 ^u ; 0,967	3,00 (3,00; 4,00)	3,00 (3,00; 4,00)	920,000 ^u ; 0,009	4,00 (4,00; 4,00)	4,00 (4,00; 4,00)	1080,000 ^u ; 0,1
	Süre (Dk)	M (ÇAA)	10,00 (5,00; 10, 00)	10,00 (5,00; 10, 00)	1113,500 ^u ; 0,599	100,00 (75,00; 120,00)	90,00 (57,50; 92,50)	846,500 ^u ; 0,003	120,00 (120,00; 160,00)	120,00 (90,00; 120,00)	872,000 ^u ; 0,005
	Uygulayanlar	n (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sandalyede oturma	Sıklık	M (ÇAA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Süre (Dk)	M (ÇAA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Uygulayanlar	n (%)	50 (%98)	50 (%98)	0,000 ^a ; 1,000	51 (%100)	51 (%100)	-	51 (%100)	51 (%100)	-
Tuvalette yürüme	Sıklık	M (ÇAA)	1,00 (1,00; 1, 00)	1,00 (1,00; 1, 00)	1225,000 ^u ; 0,317	3,00 (3,00; 4,00)	3,00 (3,00; 4,00)	1127,500 ^u ; 0,207	4,00 (4,00; 5,00)	4,00 (4,00; 5,00)	1253,500 ^u ; 0,723
	Süre (Dk)	M (ÇAA)	5,00 (5,00; 5, 00)	5,00 (5,00; 5, 00)	1230,500 ^u ; 0,855	30,00 (30,00; 40,00)	30,00 (30,00; 40,00)	1266,000 ^u ; 0,807	48,00 (40,00; 50,00)	48,00 (40,00; 50,00)	1265,500 ^u ; 0,802
	Uygulayanlar	n (%)	-	-	-	-	-	-	3 (%5,9)	2 (%3,9)	0,212 ^a ; 0,645
Merdiven çıkma/inme	Sıklık	M (ÇAA)	-	-	-	-	-	-	1,00 (1,00; 1,00)	1,00 (1,00; 1,00)	3,000 ^u ; 1,000
	Süre (Dk)	M (ÇAA)	-	-	-	-	-	-	15,000 (10,00; 15,00)	15,00 (7,50; 22,50)	2,500 ^u ; 0,761
	Uygulayanlar	n (%)	-	-	-	51 (%100)	51 (%100)	-	51 (%100)	51 (%100)	-
Koridorda yürüme	Sıklık	M (ÇAA)	-	-	-	3,00 (3,00; 4,00)	3,00 (3,00; 4,00)	1045,500 ^u ; 0,058	4,00 (4,00; 5,00)	4,00 (4,00; 4,00)	1022,500 ^u ; 0,034
	Süre (Dk)	M (ÇAA)	-	-	-	120,00 (90,00; 120,00)	100,00 (85,00; 120,00)	968,500 ^u ; 0,022	150,00 (120,00; 160,00)	120,00 (100,00; 150,00)	1024,000 ^u ; 0,06

n: Sayı, %: Yüzde, M:Median, ÇAA: Çeyreklikler arası açıklık,^aLikelihood Ratio, ^uMan Whitney U Testi, p<0,05 istatistiksel anlamlılığı ifade eder.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. günde gerçekleştirdikleri mobilizasyon türüne egzersizlere ilişkin verileri Tablo 4.14'te gösterilmektedir.

Ameliyat sonrası 0. günde yatak kenarında oturmanın girişim grubu hastalarının %98'i ve %94,1'inin uyguladığı belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının yatak kenarında oturma uygulama, sıklık ve süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 0. günde sandalyede oturmanın girişim ve kontrol grubu hastalarında hiç yapılmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 0. günde tuvalete yürüme türünde girişim grubu hastalarının %98'inin ve kontrol grubu hastalarının %98'inin gerçekleştirdiği belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının tuvalete yürüme uygulama, sıklık ve süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 0. günde merdiven çıkma/inme ve koridorda yürüme durumlarının girişim ve kontrol grubu hastalarında hiç yapılmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 1. gün yatak kenarında oturmanın girişim grubu hastalarının %98'inin ve %96,1'inin uyguladığı belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının yatak kenarında oturmayı uygulama yönünden gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı; ancak uygulama sıklık ve süresi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre daha sık ve fazla sürede yatak kenarında oturduğu saptandı.

Ameliyat sonrası 1. günde sandalyede oturmanın girişim ve kontrol grubu hastalarında hiç yapılmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 1. günde tuvalete yürümeyi girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının tamamının gerçekleştirdiği belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının tuvalete yürüme uygulama, sıklık ve süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 1. günde merdiven çıkma/inme durumlarının girişim ve kontrol grubu hastalarında hiç yapılmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 1. günde girişim ve kontrol grubu hastalarının tamamının koridorda yürüdüğü belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının koridorda yürümeyi uygulama, sıklık ve süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 2. gün yatak kenarında oturmanın girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının uyguladığı belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının yatak kenarında oturmayı uygulama ve sıklığı yönünden gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı; ancak uygulama süresi yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre daha fazla sürede yatak kenarında oturduğu saptandı.

Ameliyat sonrası 2. günde sandalyede oturmanın girişim ve kontrol grubu hastalarında hiç yapılmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 2. günde tuvalete yürümeyi girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının tamamının gerçekleştirdiği belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının tuvalete yürüme uygulama, sıklık ve süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 2. günde merdiven çıkma/inmeyi girişim grubu hastalarının %5,9'unun ve kontrol grubu hastalarının %3,9'unun uyguladığı belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının merdiven çıkma/inmeyi uygulama, sıklık ve süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası 2. günde koridorda yürümeyi girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının tamamının gerçekleştirdiği belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının koridorda yürümesi ve yürüme süresi yönünden gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı; ancak uygulama sıklığı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre daha sık koridorda yürüdüğü saptandı.

4.2.5. Öğrendiğini Anlat Yöntemi ile Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarda HHÖ, GHÖ, ASİİ ve NHBMÖ Puanı Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması

Tablo 4.15. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün HHÖ ve GHÖ puan ortalamalarının grup içi-gruplar arası karşılaştırılması

HHÖ					
	Girişim Grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Test değeri; p
	M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	
Ameliyat sonrası 0. Gün ¹	20,00 (18,00; 24,00)	20,27±3,03 (13; 24)	23,00 (21,00; 24,00)	22,25±2,2 (15; 27)	824,000 ^u ; 0,001
Ameliyat sonrası 1. Gün ²	15,00 (12,00; 18,00)	14,84±2,88 (10; 21)	18,00 (17,00; 19,00)	17,76±2,09 (12; 22)	564,500 ^u ; <0,001
Ameliyat sonrası 2. Gün ³	12,00 (11,00; 15,00)	13,08±3,06 (9; 19)	14,00 (12,00; 16,00)	14,59±2,55 (11; 20)	827,500 ^u ; 0,001
Test değeri ^a ; p	76,670 ^a ; <0,001		81,316 ^a ; <0,001		
Posthoc ^b	3<2<1		3<2<1		
GHÖ					
	M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	M (ÇAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	Test değeri; p
Ameliyat sonrası 0. Gün ¹	10,00 (9,00; 12,00)	10,39±2,68 (5; 15)	11,00 (10,00; 13,00)	11,8±2,64 (2; 17)	748,000 ^u ; <0,001
Ameliyat sonrası 1. Gün ²	7,00 (6,00; 8,00)	7,20±2,28 (4; 12)	8,00 (7,00; 10,00)	8,02±1,92 (5; 12)	970,000 ^u ; 0,025
Ameliyat sonrası 2. Gün ³	5,00 (4,00; 6,00)	5,51±1,7 (4; 10)	7,00 (6,00; 10,00)	7,16±2,15 (4; 12)	668,500 ^u ; <0,001
Test değeri ^a ; p	64,155 ^a ; <0,001		66,848 ^a ; <0,001		
Posthoc ^b	3<2<1		3<2<1		

n: Sayı, %: Yüzde, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maximum değer, M:Median, CAA: Çeyreklikler arası açıklık, ^aFriedman Test, ^bWilcoxon Testi.

Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0., 1. ve 2. gün HHÖ ve GHÖ puan ortalamaları Tablo 4.15’de gösterilmiştir.

Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0., 1. ve 2. gün HHÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu ve girişim grubu hastalarının HHÖ puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlendi. Girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. günden 2. güne dek HHÖ puan ortalamalarının düşüş

gösterdiği belirlendi. Benzer şekilde kontrol grubu hastalarının da HHÖ puan ortalamalarının ameliyat sonrası 0. günden 2. güne kadar düşüş gösterdiği belirlendi.

Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0., 1. ve 2. gün GHÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu ve girişim grubu hastalarının GHÖ puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlendi. Girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. günden 2. güne dek GHÖ puan ortalamalarının düşüş gösterdiği belirlendi. Benzer şekilde kontrol grubu hastalarının da GHÖ puan ortalamalarının ameliyat sonrası 0. günden 2. güne kadar düşüş gösterdiği belirlendi.

Tablo 4.16. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 2. gün ve ameliyat sonrası 15. gün ASİİ puan ortalamalarının grup içi-gruplar arası karşılaştırılması

	Girişim Grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Test değeri
	M (CAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	M (CAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	(U); p
Ameliyat sonrası 2. Gün	46,00 (43,00-49,00)	47,12 $\pm$ 6,04 (32; 62)	52,00 (48,00-56,00)	54 $\pm$ 10,18 (39; 87)	715,000^a; <0,001
Ameliyat sonrası 15. Gün	41,00 (38,00-43,00)	40,73 $\pm$ 4,25 (28; 50)	45,00 (42,00-50,00)	46,14 $\pm$ 6,87 (36; 63)	657,000^a; <0,001
Test değeri; p	-5,615^c; <0,001		-4,718^c; <0,001		

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maximum değer, M:Median, CAA: Çeyreklikler arası açıklık,^aWilcoxon Signed Ranks Test.

Girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 2. gün ve ameliyat sonrası 15. gün ASİİ puan ortalamaları Tablo 4.16’da gösterilmektedir.

Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 2. gün ve 15. günde ASİİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve girişim grubu hastalarının ASİİ puan ortalamalarının kontrol grubu hastalarına göre daha düşük olduğu belirlendi. Girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 2. gün ve ameliyat sonrası 15. gün ASİİ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve ameliyat sonrası 2. gün ASİİ puan ortalamasının ameliyat sonrası 15. gün ASİİ puan ortalamasından daha düşük olduğu belirlendi. Benzer şekilde kontrol grubu hastalarının da ASİİ puan ortalamalarının ameliyat sonrası 2. günden 15. güne dek düşüş gösterdiği belirlendi.

Tablo 4.17. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 2. gün NHBMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Girişim Grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Test değeri; p
	M (CAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	M (CAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	
Ameliyat sonrası 2. gün	91,57 (87,36; 94,73)	90,23 $\pm$ 6,34 (72,63; 100)	78,94 (67,36; 84,21)	76,16 $\pm$ 12,13 (52,63; 100)	382,500^a; 0,001

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maximum değer, M:Median, CAA: Çeyreklikler arası açıklık, Mann Whitney U testi, p<0,05.

Girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası ikinci gün NHBMÖ puan ortalamaları Tablo 4.17’de gösterilmektedir. Girişim grubu hastalarının NHBMÖ puan ortalamalarının kontrol grubu hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı.

4.2.6. Öğrendiğini Anlat Yöntemi ile Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarda Komplikasyon Gelişimi ve Taburculuk Süresi Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması

Tablo 4.18. Girişim ve kontrol grubu hastalarının taburculuk sonrası komplikasyon gelişimi ve taburculuk süresi üzerine etkisi

		Girişim Grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Test değeri; p
		n	%	n	%	
Ameliyat sonrası komplikasyon görülme durumu	Hayır	48	%94,1	45	%88,2	1,116 ^a ; 0,291
	Evet	3	%5,9	6	%11,8	
	Anastomoz kaçağı	3	%5,9	5	%9,8	
	Yara yeri enfeksiyonu	-	-	1	%2	
		M (CAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	M (CAA)	$\bar{X} \pm SS$ (Min.; Max.)	Test değeri ^b ; p
Hastanede kalış süresi		5,00 (5,00; 7,00)	5,75 $\pm$ 1,54 (3; 10)	6,00 (5,00; 7,00)	6,18 $\pm$ 1,47 (4; 11)	1061,000 ^a ; 0,1

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maximum değer, M:Median, CAA: Çeyreklikler arası açıklık, ^aLikelihood Ratio, ^bMan Whitney U Testi.

Girişim grubu ile kontrol grubu hastalarında ameliyat sonrası komplikasyon görülme durumu ile hastanede kalış süresine ilişkin veriler Tablo 4.18’de gösterilmektedir. Girişim grubu hastalarının %5,9’unda ameliyat sonrası komplikasyon olarak anastomoz kaçağı

saptandığı belirlendi. Kontrol grubu hastalarının ise %11,8’inde ameliyat sonrası komplikasyon görüldüğü; kontrol grubu hastalarının %9,8’inde anastomoz kaçağı ve %2’sinde yara yeri enfeksiyonu geliştiği belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarında ameliyat sonrası komplikasyon görülme durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Benzer şekilde girişim ve kontrol grubu hastalarında hastanede kalış süresi yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.

4.2.7. Araştırmanın Gücü ve Etki Büyüklüğüne Dair Sonuçlar

Çalışmanın gücü ve etki büyüklüğüne ilişkin girişim sonrası girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün hareketlilik durumlarına göre yapılan posthoc analizde çalışmanın gücünün %97 ve etki büyüklüğünün 0,78 olduğu saptandı. Bulgulara göre çalışma sonuçlarının yüksek güçte ve büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu saptandı (Lakens, 2022).

5. TARTIŞMA

Cerrahi hemşirelerinin hastaları kanıta dayalı uygulamaları esas alarak ameliyat öncesi dönemde mobilizasyona yönelik risklerini değerlendirme, mobilizasyon sürecine yönelik bilgilendirme ve eğitime, mobilizasyon sürecini izleme, değerlendirme ve kayıt altına alma sorumlulukları bulunmaktadır (Jakobsen ve diğerleri, 2021; Morris ve diğerleri, 2010; Nygren ve diğerleri, 2012). Bu sorumluluklar kapsamında uygulanacak temel hemşirelik uygulaması olan hasta eğitiminin; hastaların mobilizasyon süreçlerini kolaylaştırması, daha az ağrı düzeyi bildirmesi, hastanede kalış süresini kısaltması gibi olumlu sonuçlar ortaya çıkaracağı bildirilmektedir (Carbone ve diğerleri, 2019; Kavlak, 2019; Liebermann ve diğerleri, 2013; No ve diğerleri, 2021). Bu bölümde ameliyat sonrası planlı erken mobilizasyonu arttırmak için geliştirilen klinik uygulama rehberinde yer alan hasta eğitimi müdahalesinin hastaların mobilizasyon süreci, iyileşme süreci ve memnuniyetleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilen 102 (51 girişim, 51 kontrol) hasta ile yürütülen çalışmadan elde edilen bulgular literatür desteği ile tartışıldı. Bu çalışmanın tartışma bölümü yedi başlıktan oluştu:

1. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası klinik özelliklerinin tartışılması
2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının mobilizasyon sürecindeki hasta çıktılarının tartışılması
3. Öğrendiğini Anlat yöntemi ile güçlendirilmiş mobilizasyon eğitiminin girişim ve kontrol grubu hastalarında egzersiz uygulama ve gerçekleştirilen mobilizasyon uygulamalarının tartışılması
4. Öğrendiğini Anlat yöntemi ile güçlendirilmiş mobilizasyon eğitiminin girişim ve kontrol grubu hastalarında HHÖ ve GHÖ puanı üzerine etkisinin tartışılması
5. Öğrendiğini Anlat yöntemi ile güçlendirilmiş mobilizasyon eğitiminin girişim ve kontrol grubu hastalarında ASIİ puanı üzerine etkisinin tartışılması
6. Öğrendiğini Anlat yöntemi ile güçlendirilmiş mobilizasyon eğitiminin girişim ve kontrol grubu hastalarında NHBMÖ puanı üzerine etkisinin tartışılması

7. Öğrendiğini Anlat yöntemi ile güçlendirilmiş mobilizasyon eğitiminin girişim ve kontrol grubu hastalarında komplikasyon gelişimi ve taburculuk süresi üzerine etkisinin tartışılması

5.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Klinik Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmada girişim ve kontrol grubu hastalarının yarısından fazlasında kronik hastalık öyküsü bulunmadığı belirlendi. Kavlak (2017) çalışmasında girişim grubu hastalarının dörtte üçünün ve kontrol grubu hastalarının ise yarısından biraz fazlasının kronik hastalığının olduğu bildirilmektedir. Wolk ve diğerlerinin (2019) çalışmasında deney grubu hastalarının %45 kontrol grubu hastalarının %82 aralığında kronik hastalığının olduğu bildirilmektedir. Kronik hastalıklar hastaların ameliyat öncesinde fiziksel iyi oluşluğunu ve ameliyat sonrası dönemde mobilizasyon süreçlerini doğrudan etkileyebilir. Bu sebeple hastaların kronik hastalıklarının sorgulanması önemlidir. Bu araştırmaya katılan hastaların kronik hastalık varlığı yönünden girişim ve kontrol grubu arasında farkın olmamasının mobilizasyon eğitimi müdahalesinin mobilizasyon sürecine etkisini güçlendirdiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada girişim grubu hastalarının yarısından fazlasının ve kontrol grubu hastalarının yaklaşık üçte birinin daha önce ve kontrol grubu hastalarının ise üçte birinin daha önceden geçirilmiş ameliyat öyküsü olduğu belirlendi. Kavlak (2017) çalışmasında girişim grubu hastalarının dörtte birinden fazlasının ve kontrol grubu hastalarının yarısından fazlasının daha önce ameliyat geçirdiği bildirilmektedir. Daha önceden ameliyat geçirmiş olma durumu hastaların cerrahi sürece ilişkin bilgi düzeylerini etkileyerek iyileşme süreçlerine olumlu katkı sağlamış olabilir.

Bu çalışmada girişim grubu hastalarının BKİ ortalaması $26,38 \pm 2,70$ ve kontrol grubu hastalarının $26,40 \pm 2,34$ kg/m^2 olduğu belirlendi. Wolk ve diğerlerinin (2019) batin cerrahisi geçiren hastalar ile yaptığı çalışmasında hastaların BKİ ortalamasının $20-29$ kg/m^2 arasında olduğu bildirilmektedir. Mobilizasyon sürecinde hastanın güvenliğini sağlama ve risk faktörlerinin belirlenmesinde BKİ önemli bir parametredir. Benzer şekilde BKİ fazla olan karın ameliyatı geçiren hastalarda yara iyileşmesine ilişkin olumsuz durumlar daha sık görülebildiğinden iyileşme süreci için de BKİ'nin değerlendirilmesi gereken bir parametre

olduğu düşünülmektedir. Literatürde yer alan ameliyat sonrası erken mobilizasyonu değerlendiren bazı çalışmalarda hastaların BKİ raporlamalarının eksik olduğu belirlenmiştir (Johnson ve diğerleri, 2019; Liebermann ve diğerleri, 2013).

5.1.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Ameliyat Öncesi Klinik Özelliklerinin Tartışılması

Bu araştırmada girişim grubu hastalarının yaklaşık yarısı kadarının endometrium kanseri tanısı ile ameliyat geçirdiği, hastaların yarısından fazlasının Evre II kanser hastası olduğu, yarısına yakınının ASA 1 skoruna sahip olduğu belirlendi. Kontrol grubu hastalarının yarısından fazlasının endometrium kanseri tanısı ile ameliyat geçirdiği, hastaların yarısına yakınının Evre II kanser hastası olduğu, yarısından fazlasının ASA 1 skoruna sahip olduğu belirlendi. Girişim ve kontrol grubu hastalarının tıbbi tanı, evre ve ASA skoru yönünden benzer olması bu araştırmadaki sonuç karşılaştırmalarının daha net ortaya koyduğunu düşündürmektedir. ASA skoru hastaların genel sağlık durumlarına ilişkin fikir veren bir skor olup kanser evresi ise hastalarda kanserin yayılım derecesidir (Odicino ve diğerleri; 2001; Owens ve diğerleri, 1978). Hem ASA skoru hem de kanser evresinin hastalarda mobilizasyon süreci ile iyileşme durumu üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda girişim grubu hastalarının büyük çoğunluğunda başlangıç semptomu görüldüğü; başlangıç semptomu bildirenlerde ise en sık ağrı, kilo kaybı ve anormal vajinal kanamanın rapor edildiği belirlendi. Kontrol grubu hastalarının ise çoğunda başlangıç semptomu görüldüğü, başlangıç semptomu bildirenlerde ise en sık ağrı, anormal vajinal kanama ve kilo kaybı rapor edildiği belirlendi. Jinekolojik kanserlerde sık görülen semptomlar; anormal vajinal kanama, pelvik ağrı, dizüri gibi üriner semptomlar, fistül, intestinal alana bası nedeniyle kanser öyküsüne bağlı olarak hastalarda bulantı, kusma, iştah kaybı, yorgunluk, ağrı, üreme yeteneğinde bozulma, cinsel yaşam kalitesinde düşme, beden imajında bozulma gibi fiziksel semptomlar sık yaşanabilmektedir (Uludağ ve Kayhan, 2022). Özellikle kansere bağlı olarak sık ortaya çıkan yorgunluk ve iştahsızlık gibi hastaların fiziksel sağlığını doğrudan etkileyen semptomların hastalarda ameliyat sonrası dönemde iyileşme sürecine etki edebileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde hastaların mobilizasyona hazır oluşunu ve psikolojik ve duygusal açıdan iyi olma hali ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Girişim grubu hastalarının büyük çoğunluğunun ameliyat öncesinde eğitim almadığı kontrol grubu hastalarının ise dörtte birinin ameliyat öncesinde hasta eğitimi aldığı ve bu değişken yönünden gruplar arasında farklılığın olmadığı saptandı. Ameliyat öncesinde eğitim alan hastaların hastanede kalış süresi, ameliyat sonrası ağrı yönetimi ve beslenme konularında eğitim aldığı saptandı. Hastalara yapılan ameliyat öncesi hasta bilgilendirmesinin mobilizasyona ilişkin herhangi bir bilgi içermemesi bu araştırmada elde edilen önemli bir bulgudur. Ameliyat sonrası erken mobilizasyonun literatürde yer alan çalışmalarda rapor edilen klinik yararları düşünüldüğünde bu konunun daha sık ve geniş bir şekilde hastalara anlatılması gerekmektedir. Kavlak (2017) çalışmasında girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının tamamının ameliyat hakkında bilgilendirildiği bildirilmektedir. ERAS protokollerinin GRADE ile kanıt düzeyinin incelendiği bir çalışmada hastalara ameliyat öncesi dönemde yapılacak bilgilendirme ve danışmanlık girişiminin kanıt düzeyinin orta ve öneri derecesinin güçlü olduğu bildirilmektedir (Ortiz ve diğerleri, 2015). Yağcan ve diğerlerinin (2014) çalışmasında hastaların %56,4'ünün tedavi sürecine ilişkin bilgilendirildiği ve %20,7'sinin ameliyat sonrası iyileşme sürecine ilişkin bilgi almak istediğini bildirmektedir. Hemşirelerin ameliyat sonrası için hastayı neyin beklediğini, yapması-yapmaması gerekenleri ve iyileşme sürecini destekleyecek hemşirelik girişimlerini içeren hasta eğitimini ameliyat öncesinden başlayarak planlı olarak vermesi gerekmektedir. Ancak bu çalışmanın sonuçlarına göre hastaların ameliyat sonrası dönemlerine ilişkin jinekoloji servislerinde yeterince bilgilendirilmediği söylenebilir.

Çalışmamızda girişim grubu hastaları ve kontrol grubu hastalarının tamamına ameliyat öncesi profilaksi uygulandığı belirlendi. Girişim grubu ile kontrol grubu hastalarına en sık antibiyotik, venöz tromboemboli ve mekanik bağırsak hazırlığına ilişkin profilaksi uygulaması yapıldığı belirlendi. Antibiyotik profilaksisinin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede rutin olarak uygulanan ve kliniklerde benimsenen bir ERAS bileşenidir (Ortiz ve diğerleri, 2015). Bu araştırmaya katılan hastaların tamamında antimikrobiyal profilaksi ve hastaların sahip olduğu risk faktörlerine uygun olarak venöz tromboemboli profilaksisi uygulandığı belirlendi. Mekanik bağırsak hazırlığının günümüzde kanıta dayalı cerrahi kapsamında önerilmemesine rağmen hastalarda olası bir bağırsak rezeksiyonu için bazı hastalarda uygulandığı görülmektedir. Profilaksi uygulamalarının kanıta dayalı rehberlere uygun olarak gerçekleştirilmesinin hastaların ameliyat öncesi ve sonrası süreçlerinde iyileşmesini destekleyeceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubu hastalarının sekiz saat ve üzerinde aç olarak bekletildiği belirlendi. Ancak literatürde hastaların ameliyat öncesi dönemde açlık süresinin kısaltılması önerilmektedir. Ameliyat öncesi açlık süresinin uzaması hastaların yorgun hissetmesine, anksiyetesinin artmasına, kan glukozunda düşme, ameliyat sonrası iyileşmede gecikme, taburculuk süresinin uzaması, memnuniyeti olumsuz etkileyebilmektedir (Gök, 2018). Girişim grubu hastaları ve kontrol grubu hastalarının tamamına ameliyat öncesi dönemde oral karbonhidrat desteği uygulamasının yapılmadığı belirlendi. Oral karbonhidrat desteği uygulamasının iyileşmeyi hızlandırma, insülin direncini düşürme ve komplikasyonları azaltma gibi olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (Morris ve diğerleri, 2010; Ortiz ve diğerleri, 2015). Uzun süren açlık durumu ile hastalara oral karbonhidrat desteği uygulamasının gerçekleştirilmemesinin hastaların mobilizasyon sürecinin başlatılması, sürdürülmesi ve arttırılması süreçlerini etkilediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada girişim grubu hastalarının ameliyat öncesi kan glukozu ortalamasının $120,09 \pm 27,38$ mg/dl, hemoglobin düzeyinin $11,42 \pm 1,36$ mg/dl; kontrol grubu hastalarının ise kan glukozunun $112,7 \pm 28,16$ mg/dl, hemoglobin düzeyinin $11,46 \pm 1,41$ mg/dl olduğu belirlendi. Literatürde ameliyat sonrası mobilizasyonu inceleyen çalışmalarda hastaların BKİ, hemoglobin ve kan glukozu parametrelerinin sorgulanmadığı belirlendi. Buna ek olarak yapılan çalışmalardan bazılarında hastaların ameliyat sonrası erken mobilizasyonunun yönetilmesinde bu parametrelerin sorgulanması ve sürecin buna uygun olarak planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi önerilmektedir (Carbone ve diğerleri, 2019; Morris ve diğerleri, 2010). Hastaların ameliyat öncesi dönemdeki kan şekeri ve hemoglobin düzeylerinin değerlendirilmesi önemlidir. Çünkü bu parametrelerin anormal olması hastanın mobilizasyon ve iyileşme sürecini olumsuz etkileyecektir. Bu tür mobilizasyon sürecini doğrudan etkileyebilecek parametrelerin ameliyat öncesinde hastada herhangi bir risk oluşturup oluşturmadığının değerlendirilmesi, önlem alınması ve ameliyat sonrası dönemde de takip edilmesi gerekmektedir.

5.1.2. Girişim ve Kontrol Grubunun Ameliyat Sonrası Klinik Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmada girişim grubu hastaları ve kontrol grubu hastalarının büyük çoğunluğunun TAH+BSO geçirdiği belirlendi. Jinekolojik onkolojide hastaların tanı alma yaşı düşünüldüğünde birçok hastada olası bir nüksü önlemek adına TAH+BSO ameliyatının daha

sık gerçekleştirildiği bildirilmektedir (Özkan ve diğerleri, 2022; Rafael, 2023). Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Minimal invaziv cerrahinin açık cerrahi girişimlere kıyasla analjezik gereksinimini azaltma, hastanede kalış süresini kısaltma ve günlük yaşam aktivitelerine dönüşü hızlandırma gibi olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (Bekmezci ve diğerleri, 2022). Jinekolojik onkoloji ameliyatlarının neredeyse tamamının genel anestezi altında gerçekleştirildiği bildirilmektedir (Baytaş ve diğerleri, 2011). Girişim ve kontrol grubu hastalarının tamamının açık yöntemle ve genel anestezi altında ameliyat geçirdiği saptandı. Jinekolojik onkoloji ameliyatlarının birçoğunun laparotomi yapılarak kanserli alanı inceleme, kanserin evrelemesini yapma ve metastaz durumuna uygun olarak çevre dokuların eksizyonu düşünüldüğünden açık yöntemle ameliyatın gerçekleştirildiği bilinmektedir (Özkan ve diğerleri, 2022). Kavlak (2017) çalışmasında girişim ve kontrol grubu hastalarının yarısına yakınının açık yöntemle cerrahi geçirdiği bildirilmektedir (Özkan ve diğerleri, 2022). Açık yöntemle yapılan ameliyatlarda minimal invaziv cerrahilere göre mobilizasyon sürecinde hasta daha fazla zorlanabilmekte, hastanede kalış süresi uzayabilmekte ve iyileşme daha yavaş olabilmektedir (No ve diğerleri, 2021). Açık yöntemle yapılan cerrahilerde kesi tipi median veya tranvers tipte yapılmaktadır. Bu araştırmaya katılan hastalardan girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının büyük çoğunluğunun transvers kesi tipi ile ameliyat geçirdiği saptandı. Transvers kesi median kesiye göre iyileşme sürecinde yara yeri açılması, akıntı varlığı gibi olumsuz durumlar ile mobilizasyon sürecinde daha büyük bir alanın desteklenmesini gerektirdiğinden kesi tipinin ameliyat sonrası mobilizasyon ve iyileşme için önemli bir değişken olduğu düşünülmektedir. Girişim grubu ile kontrol grubu hastalarının benzer özellikte olması kesi tipinin mobilizasyona ilişkin, iyileşme sürecine ve memnuniyete ilişkin parametrelere etkisinin az olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada girişim ve kontrol grubu hastalarının tamamına intravenöz kateter takılı olduğu belirlendi. Bu çalışmanın yapıldığı jinekoloji servisinde ameliyat öncesinde her hastaya intravenöz kateter ve ameliyat sırasında ise her hastaya foley kateter takılmaktadır. Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastaları arasında intravenöz kateter ve foley kateter varlığı yönünden bir fark olmasa da dren takılan hastaların girişim grubunda daha fazla olduğu belirlendi. Girişim grubu hastalarının yaklaşık dörtte birine ve kontrol grubu hastalarının ise çok az bir kısmına dren takıldığı belirlendi. Ameliyat sırasında cerrahi işlemin uygulandığı alanda sıvı birikimini önlemek, kanı uzaklaştırmak ve iyileşme sürecini hızlandırmak amaçlarıyla takılan drenler, ameliyat sonrası birkaç gün hastada kalabilmektedir (Özkan ve

diğerleri, 2022). Kateter ve dren varlığı literatürde yer alan bazı çalışmalarda hem hastalar hem de hemşireler için yerinden çıkabileceği korkusu, ayaklarına dolaşp düşmeye neden olabileceği korkusu gibi nedenlerden ötürü bir mobilizasyon engeli olarak tanımlanabilmektedir (Freeman ve Koerner, 2018). Girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının foley kateter çekilme zamanının benzer olduğu ve 24 saatten fazla olduğu saptandı. Literatürde yer alan çalışmalarda ve ERAS protokollerinde dren ve kateterlerin kullanımının sınırlandırılması ve mümkün olan en kısa sürede çıkarılması önerilmektedir (Akten ve Aba, 2024; Bekmezci ve Meram, 2022; Bilgiç ve diğerleri, 2019). Hastaların genel anestezi alması, açık yöntemle ameliyat edilmesi ve majör cerrahi gibi nedenlerle ameliyat sonrası dönemde sık görülebilen şok durumunun hızlı belirlenebilmesi için idrar çıkışının kolaylaştırılması ve takibi önemlidir. Bu nedenle hastaların klinik durumuna uygun olarak foley kateterin çıkarılma süresinin normal olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası dönemde oral alıma başlama zamanı ve ilk gaz çıkış zamanının benzer olduğu belirlendi. No ve diğerleri (2021) mobilizasyon sürecine yönelik kombine müdahaleyi test ettiği deneysel çalışmada girişim ve kontrol grubu arasında ilk gaz çıkış zamanı, oral alıma geçiş zamanı ve hastanede kalış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı bildirilmektedir. Yayla (2016) kalp damar cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı erken mobilizasyon protokolünü test ettiği çalışmada girişim grubunun kontrol grubuna göre bağırsak seslerinin daha kısa sürede duyulduğu, iki grup arasında gaz çıkarma açısından fark olmadığı bildirilmektedir. Jinekolojik kanser hastalarının, ameliyat sonrası hemşirelik bakımında oral beslenme ve mobilizasyonun olabilen en kısa sürede başlatılması önerilmektedir (Abela, 2017).

Bu çalışmada girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası dönemde ilk ayağa kalkma zamanının benzer olduğu belirlendi. Hastalar ameliyattan 24 saat içinde mutlaka mobilizasyona başlamalıdır (Ortiz ve diğerleri, 2015). ERAS kapsamında yaşam bulguları stabil olarak değerlendirilen jinekolojik kanser ameliyatı geçiren hastanın ameliyat günü 2 saat ve ameliyat gününü takip eden günlerde de taburcu olana kadar günde 6 saat yatak dışında kalması önerilmektedir (; Çilingir ve Şahin, 2020; Morris ve diğerleri, 2010). Bu çalışmanın yapıldığı klinikte hastaların ilk ayağa kaldırılmasının hemşireler tarafından ilk 6-10 saat arasında olduğu görülmektedir. Hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte ayağa kaldırılması olumlu bir gelişmedir ancak hemşirelerin hastaları daha erken sürelerde ayağa kaldırması için motivasyonlarının artırılması gerektiği düşünülmektedir.

5.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Mobilizasyon Sürecindeki Hasta Çıktılarının Tartışılması

Ağrı cerrahinin ortaya çıkardığı doku travmasına bağlı refleks şeklindeki kas spazmlarının ortaya çıkardığı duyusal, duygusal ve subjektif bir deneyimdir. Ameliyat sonrası dönemde hastanın fizyolojik fonksiyonlarının sürdürülmesi ve iyileşmenin desteklenmesi için ağrı yönetimi çok önemlidir (Deshler ve diğerleri, 2023). Bu araştırmaya katılan girişim grubu hastalarının ameliyat öncesi 0. günde orta düzeyde, kontrol grubu hastalarının ise şiddetli ağrı deneyimlediği belirlendi. Ağrı deneyiminin girişim grubu hastalarında ameliyat sonrası 1. gün orta düzeyin biraz altında ve 2. gün de hafif düzeyde olduğu; kontrol grubu hastalarında ise ameliyat sonrası 1. gün orta düzeyde ve ameliyat sonrası 2. günde orta düzeyin biraz altında olduğu belirlendi. Her iki grupta yer alan hastalarda ameliyat sonrası 0. günden ameliyat sonrası 2. güne dek deneyimledikleri ağrı şiddetinde azalma olduğu belirlendi. Literatürde jinekolojik cerrahisi geçiren hastalarda ağrı/acı hissinin ameliyat sonrası erken dönemde sıkça rapor edildiği bildirilmektedir (İbrahim ve diğerleri, 2021; Noordegraaf ve diğerleri, 2014). Bu bilgilere dayanarak hastalarda ameliyat sonrası ağrı deneyimi beklenen bir sonuçtur. Literatürde ağrı, hastaların postoperatif mobilizasyonu engelleyen önemli faktörlerden biri olduğu bildirilmektedir (Svensson-Raksh ve diğerleri, 2020). Kontrol grubunda girişim grubuna göre daha şiddetli ağrı bildirimini mobilizasyon sonuçlarını etkilemiş olabilir. Kontrol grubu hastalarının az bir kısmı ameliyat öncesinde ağrı yönetimine ilişkin bilgilendirildiğini ifade etse de bu sonuç jinekolojik cerrahi geçiren hastalarda ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik girişimlerinin daha fazla planlanması gerekliliğini göstermektedir. Benzer şekilde girişim grubu hastalarının mobilizasyon öncesinde daha az ağrı bildirmiş olması ameliyat sonrası erken mobilizasyonun da bir sonucu olabilir. Progresif gevşeme egzersizlerinden solunum egzersizinin mobilizasyon eğitiminde yer alması hastaların ağrı deneyimini daha düşük düzeyde hissetmesine neden olmuş olabilir.

Ağrı gibi subjektif bir bulgu olan yorgunluk durumunun varlığında da hastalar mobilizasyon için yeterli motivasyonu bulamayabilmektedir. Bu araştırmaya katılan girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. günde orta düzeyin altında, ameliyat sonrası 1. günde hafif ve ameliyat sonrası 2. günde daha hafif düzeyde yorgunluk rapor ettiği; kontrol grubu hastalarının ise ameliyat sonrası 0. günde orta düzeyin biraz üzerinde, ameliyat sonrası 1. günde orta düzeyde ve ameliyat sonrası 2. günde orta düzeyin altında yorgunluk rapor ettiği saptandı. Her iki grupta yer alan hastalarında ameliyat sonrası 0. günden ameliyat sonrası 2.

güne dek deneyimledikleri yorgunluk düzeyinde azalma olduğu belirlendi. Kavlak (2017) çalışmasında ameliyat sonrası ağrı düzeyinin en fazla ameliyat günü bildirildiği ve gün geçtikçe ağrı puanlarında azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmektedir. Hastaların ameliyat öncesinde açlık süresi, ameliyat sonrasında ilk oral alımın gecikmesi, genel anestezinin etkisi, cerrahiye bağlı kas spazmlarının ortaya çıkardığı ağrı deneyimi, cerrahi stresin hastada ortaya çıkardığı biyopsikososyal etkiler nedeniyle yorgunluk durumu ameliyattan sonra gün geçtikçe azalması beklenen bir durumdur. Ancak tüm bunların hastada ortaya çıkardığı olumsuzlukların yönetiminde hastanın mobilizasyonunun desteklenmesi ve mobilize olmaya motive edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmaya katılan girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. günde mobilizasyona daha fazla hazır oluşluk bildirdiği; girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün ve 1. gün hazır oluşluğu arasında fark olmadığı ancak ameliyat sonrası 2. günde mobilizasyon hazır oluşluğunun daha fazla olduğu belirlendi. Kontrol grubu hastalarının ise ameliyat sonrası 0. günden ameliyat sonrası 2.güne kadar mobilizasyona hazır oluşluğunun arttığı belirlendi. Ameliyat sonrası dönemde gün geçtikçe hastaların insizyon bölgesinin iyileşmeye başlaması, oral beslenmeye geçiş, mobilizasyonun aşamalı olarak artması ve hissedilen stresin azalması ile birlikte hastaların mobilizasyona hazıro oluşluğunun da arttığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada girişim grubu hastaları kontrol grubu hastalarına göre ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. günde toplam mobilizasyon sürelerinin daha fazla olduğu belirlendi. Literatürde yer alan çalışmalarda ameliyattan sonraki günlerde hastaların mobilizasyon sürelerinde artış olduğu bildirilmektedir (Kavlak, 2017; No ve diğerleri, 2021). Hastalara mobilizasyon sürecini kolaylaştıran egzersizlerin öğretilmesi, mobilizasyon yöntemlerinin anlatılması ve mobilizasyon öncesi/sırası/sonrasında hastanın dikkat edeceklerinin aktarılması hastanın mobilizasyon için motivasyonunu arttırmış olabilir. Girişim ve kontrol grubu hastalarının izlem süresince mobilizasyon hedefine ulaşamadığı belirlendi. ERAS protokollerinde yer alan önerilere göre jinekoloji cerrahisi sonrası ameliyat günü iki ve ameliyattan sonraki günlerde altı saat mobilizasyon önerilmektedir (Ortiz ve diğerleri, 2021). Çalışmaya katılan hastalar ERAS'ta yer alan önerileri karşılayamasa da bu hedeflere yaklaştığı görülmektedir. Ek olarak girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre daha fazla süre mobilize olmuş olmasında verilen eğitimin etkili olduğu düşünülmektedir. Bunların yanı sıra jinekoloji servisinde hastaların ilk ayağa kaldırma ve yürütme sürecinin servis hemşireleri

tarafından gerçekleştirilmesi, hastalara mobilizasyon sürecine ilişkin bilgilendirme ve danışmanlığın verilmemesinin de bu duruma neden olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Öğrendiğini Anlat Yöntemi İle Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarında Egzersiz Uygulama ve Gerçekleştirdikleri Mobilizasyon Uygulamalarının Tartışılması

Bu çalışmada girişim grubu hastaları ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. günde kontrol grubu hastalarına göre derin solunum egzersizini daha fazla ve sık uyguladığı saptandı. Girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. günde kontrol grubu hastalarına göre öksürük egzersizini daha fazla uyguladığı belirlendi. Girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. günde triflo uyguladığı saptandı. Kavlak (2017) çalışmasında girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. gün derin solunum egzersizi yapma sıklığının daha fazla olduğu bildirilmektedir. Egzersiz öğretiminin yapılması ameliyat sonrası dönemde hastaların egzersizleri uygulama sıklığını arttırmaktadır. Buna ek olarak ameliyat sonrası ilk günler egzersizlerin sonraki günlere göre daha sık yapıldığı bildirilmektedir (Yavuz ve diğerleri, 2015). Egzersizlerin uygulanma durumu ve sıklığının yanı sıra etkili ve doğru yapılması önemlidir. Yavuz ve diğerlerinin (2015) çalışmasında hastaların yarısından fazlasının derin solunum egzersizini, yaklaşık yarısının öksürme egzersizini ve dörtte birinden fazlasının spirometre kullanımını etkili yaptığı bildirilmektedir. Bu çalışmada hasta öğretiminde kullanılan Öğrendiğini Anlat metodu ile hastalara yaptırılan beceri tekrarlarının egzersizleri uygulama sıklığına olumlu yansıdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre ameliyat sonrası 0. günde yatak içi dönme egzersizlerini daha fazla ve sık uyguladığı; ameliyat sonrası 1. günde daha fazla hasta tarafından uygulandığı belirlendi. Girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastaları arasında ameliyat sonrası 2. günde uygulanma durumu ve sıklığı yönünden fark olmadığı saptandı. Girişim grubu hastalarının kontrol grubuna göre ameliyat sonrası 0. günde ayak bileği-ayak egzersizini daha sık uyguladığı; ameliyat sonrası 1. günde daha fazla hasta tarafından uygulandığı belirlendi. Girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastaları arasında ameliyat sonrası 2. Günde uygulanma durumu ve sıklığı yönünden fark olmadığı saptandı. Kavlak (2017) çalışmasında girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına

göre ameliyat sonrası 0. gün yatak içi egzersiz sayılarının daha fazla olduğu, ameliyat sonrası 1. gün ve 2. gün de yatak içi egzersiz sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bildirilmektedir. Hastaların ameliyat sırasında genel anestezi alması, çoğunluğunun transvers kesisinin olması ve ağrı düzeylerinin ameliyattan sonraki ilk gün daha yüksek olması nedeniyle yatak içi hareketliliğin zaman içerisinde artması beklenen bir durumdur. Girişim grubu hastalarının mobilizasyona yapılan hasta eğitimi ile teşvik edilmesi ve özellikle yatak içi dönme sırasında beden mekaniklerinin gösterilmesi, yaptırılması ve yatak içinde dönme sırasında insizyonun desteklenmesine ilişkin önerilerin yatak içi mobilizasyonun uygulanma durumu ve sıklığına olumlu yansıdığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre ameliyat sonrası 0. günde yatak kenarında oturma mobilizasyon türü yönünden fark olmadığı saptandı. Girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 1. günde yatak kenarında oturma sıklığı ve süresi yönünden kontrol grubuna göre daha fazla olduğu belirlendi. Girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 2. günde girişim grubu hastaların kontrol grubu hastalarına göre daha fazla süre yatak kenarında oturduğu belirlendi. Hastaların ameliyat sonrasında ilk ayağa kalkma süreci için ortostatik hipotansiyonun önlenmesinde öncelikli olarak yatak kenarında oturtulması ve kan basıncında anormal bir düşüş veya hastanın bildirdiği bir semptom olmaması halinde aşamalı ve destekli olarak ayağa kaldırılması önemlidir. Bu araştırmanın yürütüldüğü klinikte ilk ayağa kaldırma klinik hemşireleri tarafından gerçekleştirildiğinden benzer zamanlarda hastaların ilk ayağa kaldırılma için yatak kenarında oturduğu belirlendi.

Bu çalışmada girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. günde tuvalete yürüme sıklığı ve süresi yönünden fark olmadığı belirlendi. Liebermann ve diğerlerinin (2013) açık ve minimal invaziv yöntemle jinekolojik cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası adımlarını kaydettiği çalışmasında %12'sinin hiç adım atmadan taburcu edildiği bildirilmektedir. Çalışma bulguları literatürden farklılık göstermektedir. Bunun nedeni minimal invaziv cerrahi geçiren hastalar ile geleneksel yöntemle ameliyat geçiren hastaların mobilizasyon süreçlerinin birbirinden farklı olması olabilir. Ek olarak bu çalışmada girişim ve kontrol grubu hastaları arasında farkın olmamasının nedenleri; klinik özelliklerinin homojen ve klinikte uygulanan mobilizasyon sürecinin aynı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 1. günde koridorda yürüme sıklığı ve süresinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı; ameliyat sonrası 2. günde girişim grubu hastalarının kontrol grubuna göre daha sık koridorda yürüdüğü

belirlendi. King ve diğerleri (2016) hastalarda mobilizasyonu arttırıcı bir hemşirelik programı uygulamasında hastaların mobilizasyon sıklığını arttırdığı bildirilmektedir. Hastaların mobilizasyonunu arttırmada kendilerinin ve başkalarının deneyimleri ile hemşirelerin hastaya verdikleri bilgiler ve motivasyon desteğinin önemli faktörler olduğu bildirilmektedir (Svensson-Raskh ve diğerleri, 2020). Chen ve diğerleri (2022) sezaryen ameliyatı geçiren kadınlarda ameliyat öncesi eğitim, ağrı yönetimi, güvenlik önlemleri gibi başlıkların bulunduğu kanıta dayalı önerileri uygulamadığı çalışmada hastalar verilen ameliyat öncesi eğitimin hastaların mobilizasyona başlama süresini kısalttığı ve hastaların mobilizasyon sıklığını arttırdığı bildirilmektedir. Hastaların ameliyat sonrası mobilizasyon için motivasyonlarının eksik olması mobilizasyonun önündeki engellerden biridir. Ameliyat öncesi dönemde verilen erken mobilizasyon eğitiminin hastaların ameliyat sonrası dönemdeki mobilizasyon süreçlerinde davranışlarını değiştirmede etkili olduğu düşünülmektedir.

5.4. Öğrendiğini Anlat Yöntemi İle Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarda HHÖ ve GHÖ Puanı Üzerine Etkisinin Tartışılması

Bu araştırmanın sonucuna göre ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. günde girişim grubu hastalarına göre mobilizasyon sırasında daha az ağrı ve zorlanma bildirdikleri saptandı. Bu sonuca ek olarak girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. günden ameliyat sonrası 2. güne dek mobilizasyon sırasında ağrı ve zorlanmanın düzeyinin azaldığı saptandı. Bu çalışmada hastaların mobilizasyon sırasında ağrı ve yorgunluk hissini daha az bildirilmiş olmasının nedeni hastalara verilen mobilizasyon eğitimi hastaların mobilizasyon sürecini desteklemiş olabilir. Kavlak (2017) çalışmasında histerektomi geçiren kadınların ameliyat sonrası 0. gün HHÖ puan ortalamasının girişim grubunda $31,71 \pm 2,91$ ve kontrol grubu hastalarında $34,46 \pm 4,39$ olduğu; girişim grubu hastalarının mobilizasyon sırasında daha az zorluk ve ağrı bildirdiği raporlanmaktadır. Kavlak (2017) çalışmasında histerektomi geçiren kadınların ameliyat sonrası 1. gün HHÖ puan ortalamasının girişim grubunda $25,29 \pm 3,3$ ve kontrol grubu hastalarında $27,03 \pm 4,56$ olduğu; ameliyat sonrası 2. Gün HHÖ puan ortalamasının girişim grubunda $18,97 \pm 2,56$ ve kontrol grubu hastalarının $20,29 \pm 3,88$ olduğu; girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı bildirilmektedir. Liebermann ve diğerleri (2013) çalışmasında mobilize olan ve olmayan hastalar arasında ameliyat öncesi ve sonrası yürümede zorluk yönünden anlamlı bir fark olmadığı bildirilmektedir. Yayla (2016) çalışmasında erken mobilizasyon

protokolü uygulamasının hastaların ameliyat sonrası 1. gün ve 2. gün hareketlilik düzeyleri üzerinde etkisi olmadığı bildirilmektedir. Literatürde yer alan çalışmalar ile bu çalışmanın sonuçları farklılık göstermektedir. Bunun sebebi hastaların farklı nedenlerle ve yöntemlerle cerrahi tedavi almış olmasının yanı sıra yaş, komorbidite varlığı, postoperatif ağrı şiddeti ya da iyileşme düzeyi gibi özelliklerinin farklılığından da kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmanın sonucuna göre ameliyat sonrası 0. gün, 1. gün ve 2. günde girişim grubu hastalarına göre mobilizasyon sırasında bağımlılık durumlarının daha düşük düzeyde olduğu belirlendi. Bu sonuca ek olarak girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 0. günden ameliyat sonrası 2. güne dek mobilizasyon sırasında bağımlılık durumlarının düzeyinin azaldığı saptandı. Kavlak (2017) çalışmasında histerektomi geçiren kadınların ameliyat sonrası 0. gün GHÖ puan ortalamasının girişim grubunda $29,83 \pm 3,27$ ve kontrol grubu hastalarının $34,6 \pm 10,32$ olduğu; ameliyat sonrası 1. gün GHÖ puan ortalamasının girişim grubunda $24,06 \pm 3,71$ ve kontrol grubu hastalarının $26,17 \pm 4,18$ olduğu; girişim grubu hastalarının mobilizasyon sırasında daha az bağımlılık bildirdiği raporlanmaktadır. Kavlak (2017) çalışmasında histerektomi geçiren kadınların ameliyat sonrası 2. gün GHÖ puan ortalamasının girişim grubunda $17,6 \pm 3,72$ ve kontrol grubu hastalarının $18,86 \pm 3,47$ olduğu; girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının GHÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı bildirilmektedir. Kavlak (2017) çalışmasında ameliyat sonrası HHÖ ve GHÖ puan ortalamalarının en fazla ameliyat günü bildirildiği ve gün geçtikçe puan ortalamalarında azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmektedir. Ameliyat sonrası erken mobilizasyon, hastaların taburculuğu için önemli kriterlerden biri olarak kabul edilmektedir (Santiago ve diğerleri, 2022). Hastaların mobilizasyon sürecini kolaylaştırma, mobilizasyon sürecinde güvenlik önlemlerini bilme ve mobilizasyonun sürece faydaları konusunda bilgilendirilmek istedikleri bildirilmektedir. Bu tür eğitimler hastaların kendi süreçleri hakkında daha fazla katılım sağlamalarını ve hemşirelere daha fazla güvenmelerini sağlamış olabilir.

5.5. Öğrendiğini Anlat Yöntemi İle Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarda ASİİ Puanı Üzerine Etkisinin Tartışılması

Karından ameliyat geçiren hastalarda ameliyat sonrası iyileşmenin uzun sürdüğü ve genelde 3-4 gün gerektirdiği rapor edilmektedir (Cortes ve diğerleri, 2019; Chen ve diğerleri, 2022; Arslan ve Gezer, 2023). Bu çalışmanın sonuçlarına göre verilen mobilizasyon

eğitiminin girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası 2. gün ve ameliyat sonrası 15. gün iyileşme durumlarını olumlu etkilediği saptandı. Ameliyat sonrası erken mobilizasyonun fizyolojik, psikolojik ve emosyonel yararı olduğu birçok araştırmada raporlanmıştır (Akkaya ve diğerleri, 2022; İbrahim ve diğerleri, 2021; Jadhav ve Gosavi, 2023; Johnson ve diğerleri, 2018; Jones ve diğerleri, 2019; Svensson-Raskh ve diğerleri, 2020) Ameliyat sonrası erken mobilizasyon sadece fiziksel değil duygusal ve sosyal iyiliği de arttıran bir hemşirelik girişimidir (Kırtıl ve Kanan, 2023). Bu çalışmada da hastaya Öğrendiğini Anlat metodu ile verilen mobilizasyon eğitiminin hastanın ameliyat sonrası dönemde hareketliliğini arttırarak iyileşme sürecini desteklediği düşünülmektedir.

5.6. Öğrendiğini Anlat Yöntemi İle Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarda NHBMÖ Puanı Üzerine Etkisinin Tartışılması

Jinekolojik onkoloji ameliyatları geçiren hastalarda kanser sürecinin hastaya getirdiği fizyolojik ve psikolojik yükler hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (De Almeida ve diğerleri, 2017). Bu çalışmada girişim grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan çalışmalar erken mobilizasyonun konfor, bağımsız hissi ve yaşam kalitesini arttırarak hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini arttırdığı bildirilmektedir (Kırtıl ve Kanan, 2023). İbrahim ve diğerleri (2021) çalışmasında hasta memnuniyetinin ameliyat öncesi hasta eğitimi ve danışmanlığı ile yakından ilgili olduğu bildirilmektedir. Gröndahl ve diğerleri (2019) çalışmasında cerrahi geçiren hastalarının cerrahi süreçte aldıkları bilgilendirmenin arttıkça hasta memnuniyetinin arttığı bildirilmektedir. Ameliyat sonrası erken mobilizasyonun hastaya fiziksel, ruhsal, duygusal olarak iyi hissettirdiği ve hemşireye güvenini arttırdığı hemşirelik bakım memnuniyetini arttırdığı düşünülmektedir. Benzer şekilde hastaların klinik özelliklerinin homojen olduğu düşünüldüğünde hastalara Öğrendiğini Anlat yöntemi ile desteklenen mobilizasyon eğitiminin hastaların bilgi ve beceri düzeylerini de arttırdığını ve ve kendi bakımından daha fazla sorumluluk almasını sağladığı düşünülmektedir. Öğrendiğini Anlat yönteminin kullanıldığı çalışmalardan birinde hastayla etkili iletişim kurularak hastanın öğretim sürecinde Öğrendiğini Anlat yöntemiyle verilen eğitimin hasta memnuniyetini olumlu etkilediği bildirilmektedir (Johnson ve diğerleri, 2018). Ameliyat öncesi ve sonrası süreç bir bütün olarak düşünüldüğünde hastalara süreç boyunca ihtiyacı olan bilgilerin kazandırılmasının

önemli olduğu ve hemşirelik bakım memnuniyetini arttırdığı düşünülmektedir. Bu nedenle hastaların algıladıkları hemşirelik bakım kalitesinin iyileştirilmesinde hasta eğitimine odaklanmak önemlidir.

5.7. Öğrendiğini Anlat Yöntemi ile Güçlendirilmiş Mobilizasyon Eğitiminin Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarda Komplikasyon Gelişimi ve Taburculuk Süresi Üzerine Etkisinin Tartışılması

Bu çalışmanın sonucuna göre girişim ve kontrol grubu hastalarının komplikasyon gelişimi ve hastanede kalış süresi değişkenleri yönünden istatistiksel bir fark olmadığı ancak her iki grupta da en sık görülen komplikasyonun anastomoz kaçağı olduğu belirlendi. Yapılan çalışmalardan bazılarında erken mobilizasyonun hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon gelişimini azalttığı bildirilmektedir (No ve diğerleri, 2021; Rivas ve diğerleri, 2022; Whitney ve diğerleri, 2004). Çalışmanın bulguları literatür ile farklılık göstermektedir. Bunun nedeni literatürde yer alan çalışmalarda farklı etiyolojilerle ameliyat geçirmiş olmaları veya farklı yöntemlerle cerrahi geçirmiş olmaları olabilir. Jinekolojik cerrahilerde hastalar yaşamı tehdit edebilecek birçok komplikasyon görülebilmektedir. Bu komplikasyonların azaltılabilmesi için hastaların erken ayağa kaldırılması ve mobilizasyon süreçlerinin desteklenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada girişim ve kontrol grubu hastalarının hastanede kalış süresinin benzer olduğu belirlendi. Literatürde yer alan farklı hasta gruplarıyla yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası mobilizasyonun hastanede kalış süresini kısalttığı (Stolbrink ve diğerleri, 2014; Turan ve diğerleri, 2023; Whitney ve diğerleri, 2004; Wolk ve diğerleri, 2018) çalışmalardan birinde ise mobilize olan ve olmayan hastalar arasında hastanede kalış süresi yönünden anlamlı bir fark olmadığı (Liebermann ve diğerleri, 2013) bildirilmektedir. Çalışma bulguları literatür ile farklılık göstermektedir. Jinekolojik onkoloji ameliyatları günümüzde açık veya minimal invaziv yöntemlerle gerçekleştirilebilmektedir. Minimal invaziv yöntemle gerçekleştirilen ameliyatlarda hastalar hastanelerde daha az kalmaktadır (Laurion ve Fetzer, 2003; Santiago ve diğerleri, 2022). Bu çalışmanın sonuçlarının literatürdekilerden farklı olmasının nedeni hastaların tümünün açık yöntemle cerrahi geçirmiş olması olabilir. Günümüzde ameliyat sonrası mobilize olma hastaların taburculuk kriterlerinden biri olarak ele alınmaktadır (Jakobsen ve diğerleri, 2021). Jinekolojik cerrahi sonrası hastaların hastanede kalış süresinin kısalması yönündeki yaklaşımlar nedeniyle cerrahi hemşirelerinin hastaları

ameliyat öncesi dönemde planlı ve aşamalı mobilizasyon için hastaları hazırlama, motive etme ve hasta eğitimi verme gibi temel hemşirelik uygulamalarını daha etkili şekilde gerçekleştirmeleri gerekmektedir.

5.8. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Çalışmanın güçlü yönlerini; jinekolojik cerrahi geçiren kadınlarda ameliyat sonrası erken mobilizasyona yönelik müdahalelerin kanıt düzeylerinin ve hastalarda mobilizasyon engeli olarak görülebilecek BKİ, yorgunluk, ağrı, hipotansiyon gibi durumların belirlenmesi, çalışmada kullanılan ölçeklerin genel itibarıyla iç geçerliliklerinin istenen düzeyde olması ve girişim grubu hastaları ile kontrol grubu hastaları arasında sosyodemografik ve klinik özellikler açısından homojenitenin varlığı oluşturmaktadır. İngilizce ve Türkçe dışındaki dillerde yayınlanan çalışmaların metodolojik aşamaya dahil edilememesi, az sayıda ve değişken örneklem hacmine sahip çalışmalara dayalı olması ise çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ameliyat sonrası erken mobilizasyonu arttırmada kullanılacak müdahalelerin yer aldığı bir KUR geliştirilmesi ve etkinliğinin test edilmesini amaçlayan bu doktora tez çalışmasında KUR’da yer alan hasta eğitimi müdahalesi Öğrendini Anlat metodu ile güçlendirilerek jinekolojik onkoloji ameliyatı geçiren hastalarda randomize kontrollü olarak Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde yatan 102 hasta ile gerçekleştirildi. Bu çalışmanın sonuç ve önerileri aşağıda verildi.

6.1. Sonuçlar

- Literatürde jinekolojik cerrahi geçiren kadınlarda ameliyat sonrası erken mobilizasyonun hasta sonuçları üzerine etkisine dair çalışmaların kanıtlarının düşük düzeyde olduğu bulundu.
- Mevcut kanıtlar “eğitimsel müdahale” ve “kombine müdahale” başlıkları altında değerlendirildi. KUR’da yer alan müdahalelerin öneri düzeyleri ise “eğitimsel müdahale” için “önerilir” ve “kombine müdahale” için “belli durumlarda önerilir” olarak belirlendi.
- Çalışmanın randomize kontrollü aşamasında Öğrendiğini Anlat metodu ile güçlendirilerek verilen hasta eğitiminin tez çalışmasının birincil sonuçları olan hasta mobilizasyonu, ameliyat sonrası iyileşme ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini arttırdığı saptandı. Çalışmanın ikincil sonuçları olan hastanede kalış süresi ve komplikasyon gelişme durumu üzerinde bir etkisi olmadığı belirlendi.

6.2. Öneriler

Uygulayıcı hemşirelere yönelik;

- Ameliyat sonrası erken mobilizasyonda hastaları ameliyat öncesi dönemde risklerinin belirlenmesi, mobilizasyon sürecine dair bilgilendirmenin ameliyat öncesi dönemden başlanarak planlı ve yapılandırılmış olarak gerçekleştirilmesi,

- Ameliyat sonrası erken mobilizasyon konusunda var olan kanıtların yol gösterici olarak kullanılması,

- Ameliyat sonrası erken mobilizasyonu başlatma, sürdürme ve takip etme sürecinde aktif rol alması,

- Ameliyat sonrası erken mobilizasyonu arttırıcı hemşirelik müdahaleleri planlaması, uygulaması ve etkinliğini değerlendirmesi,

Yöneticilere yönelik;

- Ameliyat sonrası mobilizasyonun geciktirilmesi halinde hastada ortaya çıkan komplikasyonlar nedeni ile jinekolojik onkoloji ameliyatları sonrası hastaların risk grubunda olduğunun bilinmesi ve kurum politikalarının bu yönde geliştirilmesi,

- Ameliyat sonrası mobilizasyonu arttırmada kullanılacak müdahalelere fizyoterapistler, hekimler ve hemşirelerin işbirliği yapabileceği ortamların sağlanması, stratejilerin geliştirilmesi ve desteklenmesi,

Eğitimcilere ve araştırmacılara yönelik;

- KUR’da yer alan müdahalelere ilişkin sonuçların düşük kanıt düzeyinde olması ve dahil edilen çalışmaların sayıca az olması nedeniyle daha kaliteli ve fazla çalışmaların yapılması,

- Ameliyat sonrası erken mobilizasyonu etkileyecek BKİ, beslenme durumu, egzersiz alışkanlıkları gibi parametrelerin hastaların ameliyat sonrası erken mobilizasyonuna etkisini inceleyen güncel çalışmaların yapılması ve bu çalışmaların sonuçlarının meta-analizler ile birleştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abela, G. (2017). The potential benefits and harms of early feeding post-surgery: A literature review. *International Wound Journal*, 14(5), 870-873.
- Ahtisham, Y. ve Jacoline, S. (2015). Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443-450.
- Akgül, A. (2005). *Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri SPSS uygulamaları*. Ankara: Emek Ofset.
- Akın, S., Erdoğan, S. (2007). The Turkish version the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 646-653.
- Akkaya, S. B. ve Karacabay, K. (2022). Investigation of the effect of time to ambulation on patient outcomes, anxiety and depression. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 6(1), 217-224.
- Aksoy, A. ve Vefikuluçay Yılmaz, D. (2018). Jinekolojik Cerrahide Kanıta Dayalı Uygulamalarda Yeni Bir Yaklaşım: ERAS Protokolü ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(1), 49-59.
- Aktaş, D. ve Yılmaz, K. (2023). ERAS'ta Hemşirenin Rolü. Gündoğdu HR, Alkış N. (Eds), *ERAS Kitabı Kanıta Dayalı Cerrahi* içinde. (1. bs., ss. 169-174). Ankara: Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şt.
- Akten, M. ve Aba, Y.A. (2024). Jinekolojik Onkoloji Cerrahisinde ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Protokolü Doğrultusunda Hemşirelik Yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 10 (1), 36-42.
- Alpar, R. (2018). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Andrews, J., Guyatt, G., Oxman, A. D., Alderson, P., Dahm, P., Falck-Ytter, Y., ... Schünemann, H. J. (2013). GRADE guidelines: 14. Going from evidence to

recommendations: the significance and presentation of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(7), 719-725.

- Arslan, E. ve Gezer, N. (2023). The effect of discharge training developed based on nursing interventions classification (NIC) on surgical recovery in oncology patients: Randomized controlled trial-A pilot study. *Nursing Open*, 10 (2), 1151-1162.
- Arslan, E. ve Özkan, S. (2023). Cerrahide Hasta Eğitiminde Teach-Back Metodu. *Sağlık Bilimlerinde Güncel Tartışmalar 11* içinde. (1. bs., ss. 27-34). Ankara: BİDGE Yayınları.
- Attia, A. (2013). Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: The ADAPTE process. *Middle East Fertility Society Journal*, 18(2), 123-126.
- Ayoğlu, T. *Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisi*. İstanbul Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Tezi. İstanbul: 2011
- Basse, L., Raskov, H. H., Hjort D. J., Sonne, E., Billesbolle, P., Hendel, H. W., ... Kehlet, H. (2002). Accelerated postoperative recovery programme after colonic resection improves physical performance, pulmonary function and body composition. *British Journal of Surgery*, 89(4), 446–453.
- Başer, D. A., Kahveci, R., Aksoy, H., Yaşar, İ., Koç, M., Özkara, A. (2015). Klinik uygulama rehberi geliştirme yöntemlerine bakış. *Yeni Tıp Dergisi*, 32, 186-190.
- Baytaş, V., Özcan, M. S., Çatav, S., Başaran, C., Uysalel, A., Özgencil, G. E. (2011). Anaesthesia and basic principles in gynecologic malignancies. *Anestezi Dergisi*, 19(4), 195-200.
- Bekmezci, E. ve Meram, H. E. (2022). Jinekolojik Kanserlerde ERAS Protokolü Çerçevesinde Güncel Hemşirelik Yaklaşımı. *Journal of Nursology*, 25 (2), 106-110.
- Bhandoria, G. P., Bhandarkar, P., Ahuja, V., Maheshwari, A., Sekhon, R. K., Gultekin, M., ... Nelson, G. (2020). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in gynecologic oncology: an international survey of peri-operative practice. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 30(10), 1471-1478.
- Bilgiç, D., Yağcan, H., Güler, B., Aypar, N. N. (2019). Jinekolojik cerrahide ameliyat öncesi ve sonrası kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 114-121.

- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 1-18.
- Braga, M., Pecorelli, N., Ariotti, R., Capretti, G., Greco, M., Balzano, G, ... Beretta, L. (2014). Enhanced Recovery After Surgery Pathways in patients undergoing pancreaticoduodenectomy. *World Journal of Surgery*, 38 (11), 2960-2966.
- Butler, S.F, Black, R.A., Techner, L., Fernandez, K.C., Brooks, D., Wood, M., Katz, N. (2012). Development and validation of the Post-Operative Recovery Index for measuring quality of recovery after surgery. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*, 3(12), 1-8.
- Carbone, É. D. S. M., Takaki, M. R., Uyeda, M. G. B. K., Sartori, M. G. F. (2018). Early physical therapy intervention in gynaecological surgery: "Case series". *International Journal of Surgery Case Reports*, 52, 95-102.
- Cengiz, H. ve Aygin, D. (2019). Validity and reliability study of the Turkish version of the Postoperative Recovery Index of patients undergoing surgical intervention. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 49(2), 566-573.
- Chen, Y., Wan, J., Zhu, Z., Su, C., Mei, Z. (2022). Embedding evidence of early postoperative off-bed activities and rehabilitation in a real clinical setting in China: an interrupted time-series study. *BMC nursing*, 21(98), 1-11.
- Cohen J. (2013). *A Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Cortes, O. L., Delgado, S., Esparza, M. (2019). Systematic review and meta-analysis of experimental studies: In-hospital mobilization for patients admitted for medical treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 75(9), 1823-1837.
- Çelik, S. Yoğun bakım ünitesinde erken mobilizasyon uygulamaları ve etkileri. Durmaz Akyol A (Ed.). *Yoğun Bakım Hemşireliği* içinde. (1. bs., ss. 40-47). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Çilingir, D. ve Uzun Şahin, C. (2020). Erken kalktım yol aldım: Postoperatif planlı mobilizasyonda kanıta dayalı uygulamalar. Gürsoy A (Ed.). *Perioperatif Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar* içinde. (1. baskı, ss. 35-39). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- De Almeida, E. P. M., De Almeida, J. P., Landoni, G., Galas, F. R. B. G., Fukushima, J. T., Fominskiy, E., ... Hajjar, L. A. (2017). Early mobilization programme improves

- functional capacity after major abdominal cancer surgery: a randomized controlled trial. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 119(5), 900-907.
- Deshler, B. J., Rockenbach, E., Patel, T., Monahan, B. V., Poggio, J. L. (2023). Current update on multimodal analgesia and nonopioid surgical pain management. *Current Problems in Surgery*, 60 (2023), 1-32.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral and biomedical sciences. *Behaviour Research Methods*, 39 (2), 175-191.
- Freeman, R. ve Koerner, E. (2018). Instituting a standardized mobility aid in the cardiovascular intensive care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 41(3), 289-296.
- Gabrielle, B. R. (2010). *Speaking PowerPoint: The new language of businesses*. Kirkland, WA: Insights Publishing.
- Garrett, J. H. (2016). Effective perioperative communication to enhance patient care. *AORN Journal*, 104 (2), 111-120.
- Gosselink, R., Bott, J., Johnson, M., Dean, E., Nava, S., Norrenberg, M., ... Vincent, J. L. (2008). Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the european respiratory society and european society of intensive care medicine task force on physiotherapy for critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 34 (7), 1188-1199.
- Graham, I. D. ve Harrison, M. B. (2005). Evaluation and adaptation of clinical practice guidelines. *Evidence-based Nursing*, 8(3), 68-72.
- Gröndahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. (2019). Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. *BMJ Open*, 9(4), 1-9.
- Gök, F. (2018). Ameliyat öncesi aç kalma: Sistemik derleme. *Pamukkale Medical Journal*, 11 (2), 183-194.
- Gözüküçük, R. ve Kula Sahin, S. (2021). *Yoğun bakım ünitesinde erken ayağa kaldırmada rehber kullanımının bağırsak hareketi, hemodinami, konfor ve yorgunluk düzeyine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., ... Ljungqvist, O. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced

- Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*, 37(2), 259–284.
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., ... Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383-394.
- Henecke, L., Hessler, K. L., LaLonde, T. (2015). Inpatient ambulation use of an ambulation platform apparatus. *The Journal of Nursing Administration*, 45(6), 339-344.
- Heye, M.L., Foster, L., Bartlett, M.K., Adkins, S. A Preoperative intervention for pain reduction, improved mobility and self-efficacy. *Applied Nursing Research*, 15(3), 174-83.
- Ibrahim, H. A. F., Elgzar, W. T., Hablas, R. M. (2021). The effect of Jacobson's progressive relaxation technique on postoperative pain, activity tolerance, and sleeping quality in patients undergoing gynecological surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(4), 295-302.
- Jadhav, C.V. ve Gosavi, A. (2023). To assess the effect of early ambulation and progressive exercise on post-cesarean section recovery among women at selected hospitals of the city. *International Journal of Nursing Research*, 9 (1), 22-28.
- Jakobsen, D.H., Høgdall, C., Seibæk, L. (2021). Postoperative mobilisation as an indicator for the quality of surgical nursing care. *British Journal of Nursing*, 30(4), 4-15.
- Johnson, K., Razo, S., Smith, J., Cain, A., Soper, K. (2019). Optimize patient outcomes among females undergoing gynecological surgery: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 45, 39-44.
- Jones, A. S., Kleinstäuber, M., Akroyd, A., Mittendorf, A., Bognuda, P., Merrie, A. E., ... Petrie, K. J. (2019). Using animated visualization to improve postoperative mobilization: A randomized controlled trial. *Health Psychology*, 38(8), 748.
- Kahveci, R., Koç, E. M., Aksoy, H., Ayhan Başer, D. (2020). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın klinik uygulama rehberleri alanındaki faaliyetleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 737-755.
- Kavlak, T. (2017). *Histerektomide preoperatif solunum, yatak içi egzersiz ve mobilizasyon eğitiminin postoperatif ağrı ve mobilizasyon düzeyine etkisinin belirlenmesi*. Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Kehlet, H. (2011). Fast-track surgery—an update on physiological care principles to enhance recovery. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 396(5), 585–590.
- Kırtıl, İ. ve Kanan N. (2023). Early and targeted mobilization after surgical interventions. *Balıkesir Medical Journal*, 7 (2), 41-55.
- Kirmayr, M., Quilodr  n, C., Valente, B., Loezar, C., Garegnani, L., ... Franco, J. V. A. (2021). The GRADE approach, Part 1: how to assess the certainty of the evidence. *Medwave*, 21(02), e8109.
- King, B. J., Steege, L. M., Winsor, K., VanDenbergh, S., Brown, C. J. (2016). Getting patients walking: A pilot study of mobilizing older adult patients via a nurse-driven intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(10), 2088-2094.
- Kocaman, G. (2003). Hem  şirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hem  şirelikte Ara  tırma Geli  tirme Dergisi*, 5(2), 61-69.
- Lakens D. (2022). Sample size justification. *Collabra: Psychology*, 8 (1), 33267.
- Laurion, S. ve Fetzer, S. J. (2003). The effect of two nursing interventions on the postoperative outcomes of gynecologic laparoscopic patients. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 18(4), 254-261.
- Liebermann, M., Awad, M., Dejong, M., Rivard, C., Sinacore, J., Brubaker, L. (2013). Ambulation of hospitalized gynecologic surgical patients: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 121(3), 533-537.
- Mahmudova, R. ve D  nmez, Y. C. (2019). Ameliyat sonrası hastaların aya  a kalkma durumlarını etkileyen fakt  rlerin incelenmesi. *T  rkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri*, 11(1), 1-16.
- Miller, M. ve Kearney, N. (2004). Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation. *International Journal of Nursing Studies*, 41(7), 813-821.
- Miller, S., Lattanzio, M., Cohen, S. (2016). “Teach-back” from a patient's perspective. *Nursing2023*, 46(2), 63-64.
- Miralpeix, E., Nick, A. M., Meyer, L. A., Cata, J., Lasala, J., Mena, G. E., ... Ramirez, P. T. (2016). A call for new standard of care in perioperative gynecologic oncology practice: impact of enhanced recovery after surgery (ERAS) programs. *Gynecologic Oncology*, 141(2), 371-378.

- Morris, B. A., Benetti, M., Marro, H., Rosenthal, C. K. (2010). Clinical practice guidelines for early mobilization hours after surgery. *Orthopaedic Nursing*, 29(5), 290-316.
- Muallem, M. Z., Dimitrova, D., Pietzner, K., Richter, R., Feldheiser, A., Scharfe, I., ... Sehouli, J. (2016). Implementation of enhanced recovery after surgery (ERAS) pathways in gynecologic oncology. A NOGGO-AGO* survey of 144 gynecological departments in Germany. *Anticancer Research*, 36(8), 4227-4232.
- Nelson, G., Bakkum-Gamez, J., Kalogera, E., Glaser, G., Altman, A., Meyer, L. A., ... ve Dowdy, S. C. (2019). Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations—2019 update. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 29(4), 651-668.
- No, J. H., Kim, K., Kim, Y. B., Suh, D. H., Yang, E. J., Hwang, H., Yoo, S. (2021). Effects of an activity tracker with feedback on physical activity in women after midline laparotomy: a randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(7), 2544-2550.
- Nowak, M., Sayers, P., Ashton, K. (2014). A School Nurse's Guide to PowerPoint Presentations. *NASN School Nurse*, 29(4), 175-177.
- Nowak, M. K., Speakman, E., Sayers, P. (2016). Evaluating PowerPoint presentations: A retrospective study examining educational barriers and strategies. *Nursing Education Perspectives*, 37(1), 28-31.
- Nygren, J., Thacker, J., Carli, F., Fearon, K.C., Norderval, S., Lobo, D.N., ... Ramirez, J. (2012). Guidelines for perioperative care in elective rectal/pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations. *Clinical Nutrition*, 37 (2), 285-305.
- Odicino, F., Favalli, G., Zigliani, L., Pecorelli, S. (2001). Staging of gynecologic malignancies. *Surgical Clinics of North America*, 81(4), 753-770.
- Orgun, F., ve Paylan Akkoç, C. (2020). Hasta Eğitim Materyallerinin Değerlendirilmesi: Okunabilirlik Formülleri ve Materyal Değerlendirme Araçları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(3), 412-418.
- Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M. A., Tolpin, D. A. (2015). Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety? *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65, 7-13.

- Owens, W. D., Felts, J. A., Spitznagel Jr, E. L. (1978). ASA physical status classifications: a study of consistency of ratings. *Anesthesiology*, 49(4), 239-243.
- Özbayır T. (2021). Beyin tümörü cerrahisi sonrası iyileşmenin hızlandırılması protokolü ve hemşirelik. Özbayır T (Ed.). *Cerrahi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması Protokolü ve Hemşirelik içinde*. (1. bs., ss. 79-82). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Öztürk, G. (2020). Doğum korkusuyla baş etme rehberi geliştirme ve etkinliğini değerlendirme. Doktora Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, 1-9. Doi: 10.1136/bmj.n71
- Rafael, P.G.O. (2023). Perioperative Care of the Surgical Cancer Patient: Gynecologic Cancers. In: *Perioperative Care of the Cancer Patient* (Pg. 313-321). Doi:10.1016/B978-0-323-69584-8.00027-X
- Rivas, E., Cohen, B., Pu, X., Xiang, L., Saasouh, W., Mao, G., ... & Turan, A. (2022). Pain and opioid consumption and mobilization after surgery: Post hoc analysis of two randomized trials. *Anesthesiology*, 136(1), 115-126.
- Ryan, R. ve Hill, S. (2016). How to GRADE the quality of the evidence. Cochrane Consumers and communication Group. <https://cccr.org.cochrane.org/author-resources> Erişim tarihi: 15.05.2024.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> Erişim tarihi: 4.6.2024.
- Sancı, M. ve Güngördük, K. (2021). Jinekolojik onkolojide cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. Sancı M (Ed.). *Jinekolojik Onkolojide Tartışmalı Konular içinde*. (1. bs., ss. 78-82). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Santiago, A. E., Silva Filho, A. L. D., Cândido, E. B., Ribeiro, P. A., Primo, W. Q. S. P., Carvalho, J. P., ... & Brito, L. G. O. (2022). Perioperative management in gynecological surgery based on the ERAS program. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 44, 202-209.

- Shoemaker, S.J., Wolf, M.S., Brach, C. (2014). Development of the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): A new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information. *Patient Educ Couns*, 96(3), 395-403.
- Stolbrink, M., McGowan, L., Saman, H., Nguyen, T., Knightly, R., Sharpe, J., ... Turner, A. M. (2014). The Early Mobility Bundle: a simple enhancement of therapy which may reduce incidence of hospital-acquired pneumonia and length of hospital stay. *Journal of Hospital Infection*, 88(1), 34-39.
- Svensson-Raskh, A., Schandl, A. R., Ståhle, A., Nygren-Bonnier, M., Fagevik Olsén, M. (2021). Mobilization started within 2 hours after abdominal surgery improves peripheral and arterial oxygenation: a single-center randomized controlled trial. *Physical Therapy*, 101(5), 1-11. Doi: 10.1093/ptj/pzab094
- Tabachnick, B.G. ve Fidell, U.S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson Publication.
- Thomas, L.H., McColl, E., Priest, J., Bond, S., Boys, J.R. (1996). Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*, 5, 67-72.
- Turan, A., Khanna, A.K., Brooker, J., Saha, A.K., Clark, C. J., Samant, A., ... Sessler, M. D. (2023). Association Between Mobilization and Composite Postoperative Complications Following Major Elective Surgery. *JAMA Surgery*, 158 (8), 825-830. Doi: 10.1001/jamasurg.2023.1122
- Turner, T., Misso, M., Harris, C., Green, S. (2008). Development of evidence-based clinical practice guidelines (CPGs): comparing approaches. *Implementation Science*, 3, 1-8.
- Uğurlu, A. K., Kula Şahin, S., Seçginli, S., Eti Aslan, F. (2017). Ameliyat sonrası ilk 24 saatte erken ayağa kaldırmanın hızlı iyileşmeye etkisi: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(4), 280-288. Doi: 10.5336/nurses.2016-53678
- Van der Leeden, M., Huijsmans, R., Geleijn, E., de Lange-de Klerk, E.S., Dekker, J., Bonjer, H.J., Van der Peet, D. L. (2016). Early enforced mobilisation following surgery for gastrointestinal cancer: feasibility and outcomes. *Physiotherapy*, 102, 103-110. Doi: 10.1016/j.physio.2015.03.3722

- Vermişli, S. ve Çam, K. (2015). Ürolojik radikal cerrahi sonrası erken mobilizasyonun etkinliği. *Bulletin of Urooncology*, 14, 324-326.
- Vlug, M.S., Wind, J., Hollmann, M.W., Ubbink, D. T., Cense, H. A., Engel, A. F., Gerhards, M. F., Bemelman, W. A. (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). *Annals of Surgery*, 254(6), 868–875. Doi:10.1097/SLA.0b013e31821fd1ce
- Whitney, J. D. ve Parkman, S. (2004). The effect of early postoperative physical activity on tissue oxygen and wound healing. *Biological Research for Nursing*, 6(2), 79-89.
- Wolf, J. S., Hubbard, H., Faraday, M. M., Forrest, J. B. (2011). Clinical practice guidelines to inform evidence-based clinical practice. *World Journal of Urology*, 29, 303-309.
- Wolk, S., Linke, S., Bogner, A., Sturm, D., Meißner, T., Müssle, B., ... Welsch, T. (2019). Use of activity tracking in major visceral surgery—the Enhanced Perioperative Mobilization trial: a randomized controlled trial. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 23(6), 1218-1226.
- World Health Organization (WHO). (2014). *WHO Handbook for Guideline Development*. Geneva.
- Yağcan, H., Dönmez, S., Şatır, D. G., Öztürk, R., Eminov, A., Saruhan, A., Terek, M. C. (2014). Jinekolojik Operasyon Geçiren Kadınların Taburculuk Öncesi Öğrenim Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 49-59.
- Yakışan, R. Ş. ve Set, T. (2013). Klinik uygulama rehberleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(2), 26-28.
- Yayla, A. (2016). *Erken mobilizasyon protokolünün hasta bakım sonuçlarına etkisi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Yavuz, M., Köze, B.Ş., Alkan, D., Özkan, D.M. (2015). Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Solunum Egzersizlerini Uygulama Durumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31 (2), 1-7.
- Yolcu, S., Akin, S., Durna, Z. (2016). The evaluation of mobility levels of postoperative patients and associated factors. *Journal of Education and Research in Nursing*, 13(2), 129-139.

Zhu, Q., Yang, J., Zhang, Y., Ni, X., Wang, P. (2021). Early mobilization intervention for patient rehabilitation after renal transplantation. *American Journal of Translational Research*, 13 (6), 7300-7305.