



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRELERİ İLE AMELİYAT
ÖNCESİ VE SONRASI DÖNEMDEKİ İYİLİK HALLERİNİN İNCELENMESİ**

BURÇE GÖZDE BAYRAMOĞLU

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. NURAY AKYÜZ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 03.05.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğı Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğı Tezli
Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Nuray AKYÜZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Nevin KANAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Selda RIZALAR
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağık Bilimleri Fakültesi-Hemşirelik
Bölümü

BEYAN

iii

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Burçe Gözde BAYRAMOĞLU

İTHAF

Aileme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Çalışmam sırasında büyük bir titizlikle beni yönlendiren, kendisinden çok şey öğrendiğim tez danıőmanım Doç. Dr. Nuray AKYÜZ'e,

Yüksek lisans eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Nevin KANAN, Prof. Dr. Neriman AKYOLCU, Prof. Dr. S. Deniz ÖZTEKİN, Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ, Prof. Dr. İkbal ÇAVDAR ve Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimim süresince benden ilgi ve desteklerini esirgemeyen sevgili aileme ve arkadaşlarım İlknur ÖLKER ve Cemal SEYHUN'a teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Cerrahinin Tarihçesi.....	3
2.2. Cerrahinin Sınıflandırılması.....	4
2.3. Hastaları Ameliyat Öncesi, Sırası Ve Sonrası Dönemde Etkileyen Faktörler.....	5
2.4. Ameliyat Öncesi Açlık Kavramı Ve Ameliyat Öncesi Açlık Sürecinde Yeni Yaklaşımlar	8
2.4.1. Ameliyat Öncesi Açlık Kavramı	8
2.4.2. Aspirasyon Pnömonisi Riski	9
2.4.3. Mide Boşalma Hızı	10
2.4.4. Uzun Süre Açlığın Metabolizmaya Etkileri	11
2.4.5. Ameliyat Öncesi Dönemde Beslenme	12
2.4.6. Ameliyat Öncesi Açlık ile İlgili Uygulama Rehberleri	13
2.5. Hızlandırılmış Cerrahi (Fast Track Surgery-FTS), Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileştirme Protokolü (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS)	16
2.6. Cerrahi Hemşireliği	19
2.7. Ameliyat Öncesi, Sırası Ve Sonrası Hemşirelik Bakımı	20
2.7.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	21
2.7.2 Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı	22
2.7.3. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	22

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Amacı Ve Şekli.....	27
3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	27
3.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	28
3.4. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	28
3.4.1. Araştırmanın Evreni.....	28
3.4.2. Araştırmanın Örneklemi	28
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	29
3.5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Bilgi Formu.....	29
3.5.2. İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire QoR-40)....	30
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	30
3.7. ETİK KONULAR.....	30
3.8. VERİLERİN ANALİZİ	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular.....	33
4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular.....	34
4.3. Hastaların Ameliyat Sonrası Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular.....	38
5. TARTIŞMA	48
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri Nelerdir?	49
5.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Tanımlayıcı Özellikleri Nelerdir?.....	49
5.3. Hastaların Ameliyat Sonrası Tanımlayıcı Özellikleri Nelerdir?.....	53
5.4. Hastaların Ameliyat Öncesi Açlık Süreleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemdeki İyilik Halleri Arasında İlişki Var Mıdır?.....	55
KAYNAKLAR	60
FORMLAR	71
ETİK KURUL KARARI	80
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	81
ÖZGEÇMİŞ	82

TABLULAR LİSTESİ

- Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı
- Tablo 4.2. Hastaların Klinik Tanıları ve Yapılan Ameliyatlara Göre Dağılımları
- Tablo 4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi Özelliklerinin Dağılımı
- Tablo 4.4. Ameliyat Öncesi Tedavilere İlişkin Dağılımlar
- Tablo 4.5. Hastaların Ameliyat Öncesi Aç Kalma ile İlgili Yaşanacak Durumlara ve İyilik Hallerine Göre Dağılımları
- Tablo 4.5.1. Hastaların Ameliyat Öncesi Şikâyet Puanlarının Dağılımları
- Tablo 4.6. Hastaların Ameliyat Sonrası Özelliklerine İlişkin Dağılımlar
- Tablo 4.7. Hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme Kalitesi Anketine Göre Dağılımları (Bölüm A)
- Tablo 4.8. Hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme Kalitesi Anketine Göre Dağılımları (Bölüm B)
- Tablo 4.9. Hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme Kalitesi Anketi Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımları
- Tablo 4.10. Ameliyat Öncesi ve Sonrası İyileşme Kalitesi Anketi Toplam Puan Ortalamalarının Değerlendirmesi
- Tablo 4.11. Hastaların Ameliyat Öncesi Açlık Süreleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme Kalitesi Anketi Alt Boyut ve Toplam Puanlarının İlişkisi
- Tablo 4.12. Hastaların Ameliyat Öncesi Açlık Hissetme Durumuna Göre Açlık Sürelerinin Değerlendirmesi
- Tablo 4.13. Hastaların Ameliyat Öncesi Susuzluk Hissetme Durumuna Göre Açlık Sürelerinin Değerlendirmesi
- Tablo 4.14. Hastaların Ameliyat Öncesi Ağız Kuruluğu Hissetme Durumuna Göre Açlık Sürelerinin Değerlendirmesi
- Tablo 4.15. Hastaların Ameliyat Öncesi Açlık Süreleri ile Açlık, Susuzluk, Ağız Kuruluğu Hissetme Derecelerinin ve Ameliyat Sonrası Yatış Sürelerinin İlişkisi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. İyileşme Kalitesi Anketi Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımları

Şekil 4.2. Açlık Hissetme Durumuna Göre Aç Kalma Sürelerinin Dağılımları

Şekil 4.3. Susuzluk Hissetme Durumuna Göre Aç Kalma Sürelerinin Dağılımları

Şekil 4.4. Ağız Kuruluğu Hissetme Durumuna Göre Aç Kalma Sürelerinin Dağılımları



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ANZCA: Australian and New Zealand College of Anaesthetists (Avustralya ve Yeni Zelanda Anesteziistler Koleji)

ASA: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anesteziyologlar Birliği)

ASBÜ: Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi

ERAS: Enhanced Recovery After Surgery (Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileştirme Protokolü)

ESA: European Society of Anaesthesiology (Avrupa Anesteziyoloji Derneği)

ESPEN: European Parenteral and Enteral Nutrition National Societies (Avrupa Parenteral ve Enteral Nütrisyon Ulusal Toplulukları)

FTS: Fast Track Surgery (Hızlandırılmış Cerrahi)

GİS: Gastrointestinal Sistem

NPO: Nil Per Os (Ağız Yoluyla Birşey Alınmaması Uygulaması)

RCN: The Royal College of Nursing (İngiliz Kraliyet Hemşirelik Koleji)

SSAI: Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (İskandinav Yoğun Bakım ve Anestezi Birliği)

TARD: Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği

ÖZET

Bayramoğlu, B.G. (2019). Hastaların Ameliyat Öncesi Açlık Süreleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemdeki İyilik Hallerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki iyilik hallerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Ocak-Haziran 2016 tarihleri arasında İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniğinde laparoskopik ve robotik teknikle ameliyat olmuş 130 hasta araştırma kapsamına alındı. Verilerin toplanmasında, literatürden yararlanılarak oluşturulan hastaların tanıtıcı özellikleri ve cerrahi girişim bilgilerini içeren bilgi formu ve Myles ve ark. tarafından 2000 yılında geliştirilen, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karaman ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan “İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire QoR-40)” kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizleri NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı ile yapıldı.

Yaş ortalaması 57.48 ± 11.12 olan hastaların %79,2’sinin erkek olduğu; tamamının ameliyat öncesi açlık konusunda bilgilendirildiği; %63,8’inin prostat tümörü nedeniyle klinikte tedavi gördüğü ve %63,8’ine robotik prostatektomi yapıldığı görüldü. Hastaların ameliyat öncesi açlık sürelerinin oldukça uzun olduğu; ameliyat öncesi ortalama 11.26 ± 2.17 saat aç kaldıkları, 12.56 ± 2.47 saat katı, 11.26 ± 2.17 saat sıvı gıda almadıkları; %30,8’inin açlık, %48,5’inin susuzluk, %40’ının ağız kuruluğu hissettiği ve bulantı, kusma, yorgunluk, kaygılı hissetme gibi şikayetlerinin olduğu belirlendi.

Ameliyat öncesi dönemde katı gıdalar için altı, sıvılar için iki saatlik bir açlık süresinin yeterli olduğu belirtilmesine rağmen, hastaların ameliyat öncesi gece yarısından sonra aç bırakıldıkları, uzun süre aç kaldıkları, açlık, susuzluk ve ağız kuruluğu hissettikleri ve iyilik hallerinin olumsuz yönde etkilendiği; ancak hastaların ameliyat öncesi dönemde aç kalma süreleri ile ameliyat sonrası dönemdeki iyilik halleri arasında ve ameliyat sonrası yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p > 0.05$) belirlendi.

Ameliyat öncesi aç kalma ile ilgili rehberlerin gözden geçirilmesi ve çalışmaların artırılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Ameliyat, açlık, hemşirelik, iyilik hali

ABSTRACT

Bayramoğlu, B.G. (2019). Investigation of Preoperative Fasting Time and Preoperative and Postoperative Well-being of Patients. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Surgical Diseases Nursing Program. Master's Thesis. İstanbul.

This study was conducted as a descriptive to investigate preoperative fasting time and preoperative and postoperative well-being of patients.

Between January and June 2016, 130 patients who underwent laparoscopic and robotic surgery under general anesthesia in İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital Urology Clinic were included in study.

In collecting the data of the research was used the information form including the descriptive features and surgical intervention information of the patients which created by using the literature together with "Quality of Recovery-40 Questions (QoR-40)" which developed in 2000 by Myles et al. and made the Turkish validity and reliability study developed in 2014 by Karaman et al. The statistical analysis of the data was made with NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) program.

The mean age was 57.48 ± 11.12 and 79.2 percent of the patients were male; all patients were informed about pre-operative fasting; 63.8 percent of the patients were treated in the clinic with the diagnosis of prostate tumor and 63.8 percent of them underwent robotic prostatectomy. It was observed that the preoperative fasting times of the patients were quite long; the mean preoperative fasting times was 11.26 ± 2.17 hours, mean 12.56 ± 2.47 hours solid, mean 11.26 ± 2.17 hours were not taken liquid food, 30.8 percent of patients felt hungry, 48.5 percent of them felt thirsty and 40 percent of them had dry mouth, patients had complaints such as nausea, vomiting, fatigue, feeling anxious before surgery.

It was observed that although in pre-operative period six hours for solid foods and two hours for liquids for fasting time were reported to be adequate, patients were still hungry after midnight to surgery and remained hungry for a long time; felt hunger, thirst, dry mouth; the pre-operative and post-operative well-being was adversely affected; however there was no statistically significant relationship between the preoperative fasting time and in the postoperative period duration of hospitalization and the state of well-being ($p > 0.05$).

It may be advisable to review the guidelines regarding the pre-operative fasting and increase the studies.

Key Words: Surgery, fasting, nursing, well-being.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada her 20 kişiden biri yani popülasyonun %5'i yaşamının bir döneminde elektif cerrahi girişim geçirmektedir (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Elektif ameliyattan önceki gece yarısından sonra hastaların aç kalması pratikte uzun süredir uygulanmaktadır. Bu uygulamanın nedeni, 1840'larda genel anestezi uygulamasından kısa bir süre sonra tanımlanan ve korkulan bir komplikasyon olan aspirasyon riskini azaltmak amacıyla mideyi boşaltmaktır. Geçtiğimiz on yıl içinde, ameliyattan önce gece yarısından sonra aç kalma uygulaması batı dünyasında pek çok ülke tarafından değiştirilmektedir (Yılmaz 2009). Yapılan çalışmalar sonucunda, ameliyat öncesi açlık durumu ile ilgili son yıllarda yayımlanan rehberlerde hastanın alabileceği katı ve sıvı gıdalarla ilgili değişiklikler yer almaktadır. Amerikan Anesteziyologlar Birliği'nin (The American Society of Anesthesiologists-ASA) ameliyat olacak hastalar için aç kalma ile ilgili önerilerine göre, ameliyatın altı saat öncesinde katı gıdaların iki saat öncesinde ise berrak sıvıların kesilmesinin yeterli olduğu belirtilmektedir (Dolgun ve ark. 2011).

Ameliyat öncesi açlık süresinin uzaması hastalarda açlık, susuzluk, huzursuzluk, hipovolemi, dehidratasyon ve insülin direncine ve yaşanan cerrahi stresin artmasına neden olabilmektedir (Yılmaz 2009). 1987 yılında Sutherland ve arkadaşları dehidratasyonun, özellikle gününbirlik vakalarda cerrahi sonrası kusma insidansını arttırdığını ortaya koymuşlardır (Sutherland ve ark 1987). Uygun aç kalma süresinin hastada olası riskleri ve anksiyeteyi azaltıp, ameliyat sonrası iyileşmeyi ve konforu artıracığı da vurgulanmaktadır (Yılmaz 2009).

Yeni cerrahi yaklaşımlar ve kanıta dayalı çalışmalar, cerrahi sonrası hasta bakımında bazı geleneksel yaklaşımların değiştirilmesi ile iyileşmenin hızlanabileceğini, morbidite ve mortalitenin azaltılabileceğini göstermiştir (Demirhan ve Pınar 2014). Ülkemizde bu konu ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. Klinikte halen hastaların gece 12'den sonra aç kalma ilkesi uygulanmaktadır. Bazı durumlarda hastaların ameliyata alınması öğleden sonraki saatlere kadar gecikmekte ve bundan dolayı hastalar uzun süre aç kalmaktadırlar (Dolgun ve ark. 2011). Ülkemizde cerrahi hastalarının ameliyat öncesi dönemde aç kalma süreleri ile ilgili yapılacak yeni düzenlemeler ile hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde yaşayacağı komplikasyonların azalması, metabolizmanın cerrahi strese daha iyi hazırlanması, ameliyat sonrası dönemde iyileşmenin hızlanması, buna bağlı olarak hastanede kalış

süresinin azalmasıyla maliyetin düşmesi gibi birçok faktör iyileşmeyi hızlandıracak ve hasta bakım kalitesini yükseltecektir. Cerrahi girişim için hastaneye başvuran hastaların kabulünden taburculuk sürecine kadar ekip içinde etkin ve önemli rolleri olan cerrahi hemşirelerinin hastanın bakım kalitesini arttırmak için gerekli bilgi ve deneyime sahip olmasının yanı sıra, güncel gelişmeleri de bilmeleri oldukça önemlidir. Bu konu ile ilgili ülkemizde araştırmaların yapılarak sonuçlarına göre uygulamalarda değişiklik yapılması ve ameliyat öncesi aç kalma süreleri ile ilgili uygulamaların yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma, hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki iyilik durumu arasındaki ilişkiyi incelemek üzere tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Çalışma sonuçlarıyla ülkemizde ameliyat öncesi aç kalma süreleri konusundaki uygulamalar ile hastaların iyilik hallerine olan etkisine dikkat çekilebileceği ve sağlık çalışanlarının bu konu ile ilgili güncel verilere kolayca ulaşabileceği düşünüldü.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. CERRAHİNİN TARİHÇESİ

Cerrahi, sözlük anlamı “yaralanma” olan “cerh” kelimesinden türetilmiştir. Cerrahi insan organizmasında ortaya çıkan patolojik olayları durdurmak, hafifletmek ya da bazı yapıları çıkararak sorunu ortadan kaldırmak amacıyla yapılan, planlı anatomik değişimler olarak ele alınır (Aksoy 2012). Cerrahi tedavi; organizmanın anatomik ve fizyolojik temel yapısını olabildiğince koruyarak hastalık, travma ve deformitelerle bozulan beden fonksiyonlarının organ üzerinde ya da organlar arasında uygun düzenlemelerle eski anatomik ve fizyolojik yapısına en uygun duruma getirilmesine ya da dayanılır sınırlarda yaşamın sürdürülmesinde uygulanan el becerisine dayalı bir tedavi yöntemi olarak tanımlanır (Aksoy 2012). Cerrahi girişim, hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek “kontrollü travma” olarak da kabul edilmektedir (Eti Aslan 2009).

Tıbbi tarihçe konusuna ışık tutacak yazılı belgelerin elde edilmiş olmasının yanı sıra arkeologlar tarafından yapılan çeşitli kazılardan elde edilen bilgiler, ilk çağlarda tıbbi alandaki uygulamaların çoğunlukla cerrahi tedavi niteliği taşıdığını göstermektedir (Eti Aslan 2009; Aksoy 2012). 1845-1945 yılları arası ve 1945 sonrası modern cerrahinin başlangıcını başlatan çok önemli buluşlar olmuştur. Bu buluşların arasında cerrahide başarı ve ilerlemenin en önemli dalı olan anesteziadaki buluşlar ve modern anesteziye geçiş evreleri ve uygulamaları başlatılmıştır (Ceylan 2012).

Cerrahinin başarısı üzerinde olumsuz etki oluşturan infeksiyon, ağrı, kanama ve şoka ilişkin bilgi içeriğinin yanı sıra bulgu ve belirtilere duyarlılığın artması, modern cerrahiye geçişte yol gösterici olmuştur. Son 20-30 yılda anesteziyoloji alanında önemli adımların atılmış olması sonucu ağrı algılamasının en aza indirilmesi, hastalar tarafından cerrahinin kabulünde ve bu yöntemle tedaviye başvuru sayısının artmasında etkin olmuştur (Eti Aslan 2009; Aksoy 2012).

19. yüzyılın başlarında minimal invaziv cerrahi ile ilgili gelişmeler başlamıştır. 1902 yılında Georg Kelling, köpeklerde ilk laparoskopik uygulamaları başlatmıştır (Schollmeyer ve ark. 2007). 1910 yılında Hans Christian Jacobaeus, ilk kez insan

üzerinde laparoskopik girişimi gerçekleştirmiştir (Hatzinger ve ark. 2006). Modern minimal invaziv cerrahi Phillipe Mouret'in 1987 yılında ilk video-laparoskopik kolesistektomiye Lyon-Fransa'da yapması ile başlamıştır (Bedirli ve ark. 2012). Bu tarihten itibaren minimal invaziv cerrahi hızla gelişmiş ve birçok cerrahi girişim daha kolay ve güvenle yapılabilir hale gelmiştir.

Robotik cerrahi, minimal invaziv cerrahinin gelişmesinde önemli bir etken olan teknolojinin en büyük örneğidir. Cadiere robot yardımcı fundoplikasyon yaptığı ilk iki olguyu 1999 yılında, Weber ilk robot yardımcı kolektomi'yi 2002 yılında rapor etmişlerdir (Cadiere ve ark. 1999; Weber ve ark. 2002). Laparoskopik uygulamaların komplikasyon oranlarının düşük olması, ameliyat sonrası ağrının daha az olması, daha iyi kozmetik sonuç sağlaması ve hastaların gündelik yaşama daha erken dönebilmeleri nedeniyle günümüzde açık teknikle yapılan cerrahi uygulamalara alternatif olarak tercih edilmektedir (Umut ve ark. 2009).

2.2. CERRAHİNİN SINIFLANDIRILMASI

Cerrahi girişim olayın nedenine, aciliyetine, risk derecesine ve kapsamına göre sınıflandırılabilir (Yavuz 2010; Aksoy 2012).

Nedenine Göre: Tanısal (örn; biyopsi veya tanı amaçlı laparotomi), tedavi edici (küratif) (tümörün veya inflamasyonlu appendiksin alınması), tamir edici (multipl yara tamiri) ya da kozmetik (mamoplasti, yüz gerdirme) rahatlatıcı (palyatif) (örn; ağrıyı azaltmak veya yemekleri yutamayan bir hastaya yardımcı olabilmek için gastrotomi tüpü takmak gibi) olabilir (Yavuz 2010).

Aciliyetine Göre: Akut olmayan ancak sorunun düzeltilmesine gereksinim olduğu ve bireyin istemine bağlı olarak bir süre girişimi geciktirmenin sorun olmayacağı durumları çözümlenmek üzere elektif, cerrahi girişimin 24-48 saatten daha fazla geciktirilmesinin yaşamı tehdit edebileceği durumlar acil, yaşamın tehdit edilmesinin söz konusu olduğu ve derhal yaklaşım gerektiren durumlar çok acil olarak sınıflandırılır (Yavuz 2010; Aksoy 2012).

Risk Derecesine Göre: Mitral kapak replasmanı, karaciğer transplantasyonu, açık kalp ameliyatı gibi kapsamı geniş, süresi uzun, önemli derecede yaşamı tehdit edici

girişimler majör, küçük bir insizyon ve az anestezi alınmasıyla genellikle de lokal anestezi ile yapılan önemli yaşam tehdidi olmayan cerrahi girişimler ise minör ameliyatlara olarak sınıflandırılır (Aksoy 2012; Kavrazlı 2015).

Kapsamına Göre: Parsiyel mastektomi gibi yalnızca etkilenen alanı içeren ameliyatlara geniş olmayan, radikal mastektomi, radikal histerektomi gibi etkilenen alanın ötesinde geniş bir alanı kapsamına alan ameliyatlara radikal (köklü çözüm) girişimler olarak ele alınır. Ayrıca, uygulanacak cerrahi girişimde alan ya da sistemi temel alan bir ayırım söz konusu olduğunda kardiyovasküler cerrahi, torasik cerrahi, abdominal cerrahi vb. olarak bir sınıflama da yapılır (Aksoy 2012).

2.3. HASTALARI AMELİYAT ÖNCESİ, SIRASI VE SONRASI DÖNEMDE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Günümüzde cerrahi girişimler cerrahi alanındaki hızlı teknolojik gelişmeler, ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımındaki ve anesteziye ilişkin ilerlemelere bağlı olarak en son başvurulan tedavi yöntemi olmaktan çıkmış ve yaygın olarak uygulanır hale gelmiştir. Cerrahi girişimlerde ameliyat sonrası sorun gelişme riskinin her zaman var olduğu gerçeği unutulmamalıdır (İzveren ve Dal 2011).

Cerrahi girişimler ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açabilirler. Hastada, hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybı korkusuna neden olabilir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların psikolojik olarak hazırlanmasında, hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim, ameliyat sonrası dönemle ilgili konularda kaygısını arttırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirme hasta için oldukça önemli ve yararlıdır (Turhan 2007). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde beslenme ve sıvı durumu, solunum durumu, kardiyovasküler durum, karaciğer, böbrek fonksiyonu, endokrin fonksiyonu, immun fonksiyon, ilaç ve alkol kullanımı, psikososyal faktörler, ruhsal ve kültürel inanışlar gibi hastayı etkileyen birçok faktör değerlendirilmelidir (Yavuz 2010).

Beslenme ve Sıvı Durumu: Ameliyatın başarısı ve ameliyat sonrası iyileşme beslenme durumuyla doğrudan ilişkilidir. Ameliyat öncesi beslenmesi iyi olan hasta ameliyat stresiyle daha kolay baş edebilir (Yavuz 2010). İster beslenme yetersizliği

(malnutrisyon) ister aşırı beslenme (obezite) olsun, her iki durumun da cerrahi girişim açısından sorun yaratabileceği ve çözümlenmesi için ciddi bir zamana gereksinim olduğu kabul edilir (Aksoy 2012). Beslenme yetersizliği olan hastalara enerji ihtiyacını karşılamak ve yara iyileşmesini kolaylaştırmak amacıyla ameliyat öncesi dönemde karbonhidrat ve proteinden zengin, yeterli vitamin ve mineralleri içeren besinler verilmelidir (Yavuz 2010). Obezite ise ameliyat sonrası eviserasyon, yara enfeksiyonu ve insizyonel herni için hazırlayıcı faktördür. Obez hastalarda hipertansiyon, diyabet gibi metabolik sorunlar ameliyatta ve ameliyat sonrası dönemde komplikasyon riskini artırır (Yavuz 2010; Aksoy 2012). Özellikle zayıf hastalarda kilo kaybedilmesinin önlenmesi ve beslenme yetersizliklerinin düzeltilmesi; obez hastalarda ise beklenen kilonun elde edilmesi için elektif ameliyatlarda erteleme söz konusu olabilir (Aksoy 2012).

Sıvı kaybı (dehidratasyon), hipovolemi ve elektrolit dengesizlikleri yaşlı ve tıbbi problemleri olan hastalarda önemli sorunlara yol açabilir. Sıvı ve elektrolit dengesizliğinin ciddiyetini saptamak çoğu zaman zordur. Hafif volüm azalmaları ameliyat sırasında tedavi edilebilir, ancak belirgin bozuklukların ameliyat öncesi dönemde düzeltilmesi zaman gerektirmektedir (Yavuz 2010).

Solunum Durumu: Kronik solunum hastalığı, yaşlılık, sigara kullanımı ameliyat sırası ve sonrasında pulmoner sorunlara ortam hazırlayabilir. Bu nedenle altta yatan hastalığı olanlar (Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı-KOAH gibi) mevcut riskler açısından değerlendirilip, sorun düzeltilmeye ya da kontrol altına alınmaya çalışılmalıdır (Yavuz 2010; Aksoy 2012). Sigara içen hastaların sigarayı ameliyattan 2 ay öncesinde bırakması istenir. Yapılan çalışmalarda pek çok hastanın sigarayı 24 saat önce bıraktığı belirtilmektedir. Sadece bunun bile solunum yolu, kalp damar ve immün sistemde yaratacağı riski azalttığı gösterilmiştir (Yavuz 2010).

Kardiyovasküler Durum: Ameliyat öncesi kalp damar sisteminin değerlendirilmesinde amaç, ameliyat evresinde hastanın oksijen, sıvı ve beslenme gereksinimlerini karşılamak için gereken kalp damar sistemini sağlamaktır. Ameliyat riskini arttıran kalbe ilişkin sorunlar arasında angina pectoris, son 6 ay içinde geçirilmiş miyokard infarktüsü, hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliği sayılabilir (Yavuz 2010).

Karaciğer ve Böbrek Fonksiyonu: Karaciğer ve böbrek fonksiyonları sıvı elektrolit dengesinin korunması, ilaçlar, anestezi ajanları, metabolizmanın atık ürünlerinin, toksinlerin bedenden atılabilmeleri için yeterli olmalıdır. Örneğin; yaşlı erkeklerde prostat hipertrofisi idrar akışını engelleyerek üriner enfeksiyona neden olur. Karaciğer fonksiyonları yetersiz ise yara iyileşmesi gecikir ve enfeksiyon riski artar. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde böbrek ve karaciğer fonksiyonları değerlendirilir ve yetersizlik durumu tedavi edilir (Yavuz 2010; Yavuz 2004).

Endokrin Fonksiyon: Ameliyat girişimine karar verilen hastada endokrin sisteme ilişkin sorunlar arasında yer alan diyabet öyküsü sorgulanmalıdır. Yetersiz karbonhidrat alımına ya da aşırı insülin uygulanmasına bağlı olarak anestezi ya da ameliyat sırasında hipoglisemi gelişebilir. Ameliyat sırasında yükselen katekolamin düzeylerine bağlı olarak ise hiperglisemi ortaya çıkabilir. Ameliyat sırasında kan şekerinin yüksek olması yara enfeksiyon riskini de artırır (Aksoy 2012; Yavuz 2010). Kortikosteroid kullanan hastalar adrenal yetmezlik açısından risk altındadır. Hipertroidizm ameliyat sırasında ve sonrasında troid krizine, hipotroidizm ise anestezi sırasında hipotansiyon ve kardiyak arreste neden olabilir. Bu nedenle hasta öyküsü alınıp değerlendirilmelidir (Yavuz 2010).

İmmün Fonksiyon: Ameliyat öncesi hastanın immunolojik fonksiyonları değerlendirilmeli, alerjik reaksiyonlar, ilaçlara karşı aşırı duyarlılık ve ters reaksiyonlar belirlenmelidir. Hastada transfüzyon, kontrast madde, lateks, polen ve yiyeceklere karşı aşırı duyarlılık belirtileri sorgulanmalıdır. İmmunosüpresyon, kortikosteroid uygulaması, kemoterapi, beden sıcaklığının yükselmesi vb durumlar araştırılmalı ve mutlaka asepsi kurallarına uyulmalıdır (Aksoy 2012).

İlaç ve Alkol Kullanımı: İlaç veya alkolü kötüye kullanan kişiler bu durumu saklamak amacıyla inkar ederler. Böyle durumlarda hasta ile sakin, yakın ve yargılamayan bir üslupla konuşulmalıdır. İlaç ya da alkol intoksikasyonu olan kişiler yaralanmaya daha yatkın oldukları için ameliyat ertelenmelidir (Yavuz 2010). Olası istenmeyen etkiler ve cerrahi risk nedeniyle hastanın kullandığı ilaçlar (antikoagülan, antibiyotik, trankilizanlar, tiazid diüretikler, steroidler vb.) ve bitkisel maddeler mutlaka ameliyat öncesinde değerlendirilmelidir (Yavuz 2010).

Psikososyal Faktörler- Ruhsal ve Kültürel İnanışlar: Herhangi bir cerrahi girişimden önce tüm hastalarda bir çeşit duygusal reaksiyon olur. Ameliyat öncesi dönemde psikolojik hazırlık anksiyeteyi gidermeye, ameliyatta daha az anestezi kullanılmasına, ameliyat sonrasında yaşam bulgularının kısa sürede düzelmesine, strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonların daha az salınmasına, ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olmaktadır (Yavuz 2010). Ruhsal inanışların insanların korku ve anksiyete ile olan mücadelesinde önemli rolleri vardır. Hastanın dini eğilimleri ve ruhsal inanışları da tedavide ilaçlar kadar etkili olabilir. Bu nedenle hastanın inançlarına saygı duyulmalı ve gerektiğinde destek alması sağlanmalıdır (Yavuz 2010).

2.4. AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK KAVRAMI VE AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRECİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR

2.4.1. AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK KAVRAMI

Yaşam süresinin uzaması ve yeni tedavi seçeneklerinin uygulamaya başlanması sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde geleneksel göstergelerin yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Sağlık girişiminin başarısı hastalığın yol açtığı ağrı, halsizlik ve yetersizlik, daha geniş olarak da bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile değerlendirilmelidir (Eser 2012).

Her 20 kişiden biri yani popülasyonun %5 i yaşamının bir döneminde elektif bir cerrahi girişim geçirmektedir. Bu ameliyatlarda geleneksel olarak Nil Per Os (NPO), yani ameliyat öncesi gece yarısından itibaren oral yoldan katı ve sıvı alımı kesilerek gerçekleştirilmektedir (Ersoy ve Gündoğdu 2005). NPO uygulaması 1800'lü yıllarda aspirasyon nedeni ile kaybedilen bir hasta sonrası kullanıma girmiş ve yakın döneme kadar son derece katı bir şekilde uygulanmıştır (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Ameliyat öncesi açlığın amacı anestezi öncesi mide içeriğinin hacmini ve asitliğini azaltarak aspirasyon riskini en aza indirmektir (Aguilar ve Dock 2010). Fakat uzun süreli açlığın mide içeriğinin boşaltılmasını tam olarak sağlayamadığı, mide sıvısı hacmi ve asiditesini ve buna bağlı aspirasyon riskini azaltmadığı görülmüştür. Uzun süre aç kalan hastaların susuzluk ve ağız kuruluğu şikayeti olmuş, buna bağlı olarak dehidratasyon riskinin arttığı gözlenmiştir (Phillips ve ark. 1993).

Ameliyat öncesi açlık konusu sadece aspirasyon riskine yönelik incelenirken, yakın geçmişte bu durumun metabolik etkileri de araştırılmaya başlanmıştır. Ameliyat öncesi açlığın ameliyat sonrası insülin direncinin gelişmesinde en önemli faktör olduğu vurgulanmaktadır (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Cerrahi öncesi açlık hasta için sıkıntıya neden olmakta, anksiyeteyi arttırmakta ve hastada oluşturduğu dehidratasyona bağlı olarak sorunlar oluşturmaktadır. 1987 yılında Sutherland ve ark. dehidratasyonun, özellikle gününbirlik vakalarda cerrahi sonrası kusma insidansını arttırdığını belirlemiştir (Shutherland ve ark. 1987).

Batı dünyasında pek çok ülkede ameliyattan önceki gece yarısından sonra aç kalma uygulaması değiştirilmekte ve güncellenmektedir. Uygun aç kalma süresinin hastada oluşabilecek riskleri azaltacağı ve ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandıracağı belirtilmektedir (Yılmaz 2009).

2.4.2. ASPİRASYON PNÖMONİSİ RİSKİ

Ameliyat sırasında en korkulan komplikasyonlardan biri aspirasyon pnömonisidir. Bilincin kapalı olduğu ve larinksin koruyucu reflekslerinin baskılandığı anestezi alınan durumlarda, intragastrik basınç alt özofagus basıncını geçerse, pasif regürjitasyon ya da aktif kusma ile mide içeriği akciğerlere aspire edilebilir (Yıldız 2006).

1946 yılında Mendelson, doğum sırasında acil genel anestezi uygulanan kadınlarda oluşan aspirasyonun akciğer ödemi ve anne ölümünde katkısı olduğunu belirtmiştir. 44016 hastayla yaptığı çalışmada, 5'i ölümcül olmak üzere 66 aspirasyon vakası görülmüştür (Mendelson 1946). Gerçekleşen ölümlerin tümünde katı besin maddelerinin aspire edilmesi etken olmuştur. Bu nedenle obstetrik anestezi öncesinde oral alımdan kaçınılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Daha sonraları bu uygulama obstetrik dışı cerrahilere de genellenmiş, elektif anestezi ve cerrahi öncesinde gece boyu açlık rutin bir uygulama haline gelmiştir (Mendelson 1946).

Roberts ve Shirley'in hayvanlar üzerinde yaptıkları çalışmalarda, mide sıvısı pH değeri 2.5'in altında ve volümü 25 ml bulunan hastaların aspirasyon pnömonisi riski taşıdığı sonucuna ulaşılmıştır (Roberts ve Shirley 1974). Anestezi sırasında oluşan aspirasyonun gerçek insidansını gösteren pek fazla veri olmamakla birlikte, Olsson ve arkadaşlarının 1986 yılında 185.358 vakaya ait bilgisayar destekli çalışmalarında,

aspirasyon sıklığının her 10.000 anestezi işleminde 4.7 olduğu belirtilmiştir (Olsson ve ark 1986).

Aspirasyon pnömonisi risk faktörleri arasında;

- Özofagus hastalığı (hiatus hernisi, özafajit ve akalazya)
- Paralitik ya da mekanik ileus
- Pilor stenozu
- Çok küçük ya da çok ileri yaş
- Acil cerrahi girişimler
- Nörolojik bozukluklar
- Obezite
- Peptik ülser ya da gastrit öyküsü
- Geçirilmiş üst gastrointestinal cerrahi girişim (gastrektomi gibi)
- Aşırı anksiyete
- Narkotik premedikasyon (Yıldız 2006) yer almaktadır.

2.4.3. MİDE BOŞALMA HIZI

Mide boşalma hızı mide ve duodenumdan gelen uyarılarla düzenlenir. Mide içeriğinin bileşimi, yağ ve aminoasit içeriği, mide hacmi, mide pH'sı ve osmolaritesi bu hızı etkileyen en önemli faktörlerdendir. Açlık sırasında midede saatte birkaç ml sıvı salgılanırken, emosyonel uyarı olduğunda ve hipoglisemi durumunda bu miktar saatte 50 ml'ye kadar çıkabilir. Uzun süreli açlığın midenin boşalmasını tam olarak sağlamadığı gibi, mide sıvısı hacmi ve asiditesini azalttığı konusunda da bir kesinlik olmadığı belirtilmektedir (Ersoy ve Gündoğdu 2005).

Araştırmacılar, aspirasyon riskini azaltmak için gece boyu aç kalmanın gerekliliğini sorgulamışlardır (Yıldız 2006). Miller ve arkadaşları anestezi sırasında mide hacmi ve mide pH'ındaki farklılıkları incelemek için gece boyu açlık, cerrahi öncesi alınan oral berrak sıvılar ve hafif standart bir kahvaltı olarak grupları değerlendirmiştir. Araştırma sonucunda gruplar arasında rezidüel mide hacmi ve mide pH'ı yönünden bir farklılık görülmemiştir (Miller ve ark. 1983).

Yapılan çalışmalarda, ameliyattan 2-3 saat öncesine kadar alınan su ve benzeri sıvıların (çay, elma suyu) aspirasyon riskini arttırmadığı belirlenmiştir (Warner ve ark 1999). Süt ve sütlü içecek alanlarda yağ içeriklerinden dolayı mide boşalması

gecikmektedir. Anne sütünün ameliyattan 4 saat öncesine kadar verilebileceği, inek sütü ve formül mamaların ise katı gıda gibi değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bütün bunlar gastrik boşalmanın volüme ve öğünün içeriğine bağlı olduğunu göstermektedir (Warner ve ark 1999).

2.4.4. UZUN SÜRE AÇLIĞIN METABOLİZMAYA ETKİLERİ

Ameliyat öncesi açlık “gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey alınmaması” şeklinde uygulanmaktadır. Son yapılan çalışmalarda uzun süren açlığın gereksiz ve zararlı olduğu yönünde bilgiler bulunmaktadır (Saqr ve Chambers 2006).

Ameliyat öncesi uzun süren açlığa bağlı olarak hastaların genellikle açlık, susuzluk, ağız kuruluğu; ameliyat sonrasında ise bulantı ve kusma şikayetlerinin olduğu görülmüştür. Ameliyat ve anestezi sırasında ve sonrasında uzun süren açlık sonucu ortaya çıkan dehidratasyon hasta için zararlı olabilir (Sutherland ve ark. 1986). Ayrıca, ortaya çıkış mekanizması tam olarak açıklanamasa da, ameliyat sonrası insülin direncinin nedeninin ameliyat öncesi açlık olduğu belirtilmektedir (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Cerrahi travma sonrası 24 saat içinde insülin düzeyinde anlamlı bir artış olduğu, bu artışa rağmen glukoz klirensinin artmayıp aksine düştüğü ve plazma glikoz düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir. Hiperglisemiye rağmen glukoneogenez ve glikojenolizin artmasıyla sorun daha da derinleşmektedir. Bu durum insülin direnci ile açıklanabilmiştir (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Gece boyu açlık sırasında karaciğerdeki glikojenin yarıdan fazlası kaybedilir ve cerrahi girişim sırasında da kayıp artarak devam eder. İnsülin düzeyi düşer ve kas proteinleri yıkılmaya başlar. Bu istenmeyen etkileri ortadan kaldırmak amacıyla karbonhidrat yönünden zengin olan ve güvenilirlik açısından risk taşımayan berrak sıvılar geliştirilmiştir. Oral berrak sıvılarla birlikte karbonhidrat kullanımı hem midenin boş olmasını hem de hastanın cerrahi sırasında katabolik durumdan anabolik duruma geçmesini ve glikojen depolarının doldurulmasını sağlamaktadır (Yıldız 2006). Ameliyat öncesi dönemde uzun süre aç kalma yerine metabolizmanın karbonhidratlarla hazırlanması ile insülin direnci önlenebilir ya da metabolizmaya etkisi azaltılabilir. Böylelikle azot kaybı azalır, kas kütlesi ve gücü artar, hastanede kalış süresi kısalmaya başlar ve mortalite oranı azalır (Saqr ve Chambers 2006; Jiang ve ark. 2009).

2.4.5. AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEMDE BESLENME

Ameliyat öncesi uzun süre açlığın hastalar için olumsuz etkilerinin olduğuna dair birçok çalışma bulunmaktadır. Ameliyat öncesi katı gıdaların alınması anestezi sırasında risk yaratsa da planlı cerrahi işlem geçirecek hastaların çoğunda anestezi indüksiyonundan 2 saat öncesine kadar berrak sıvıların alınmasına dair güvenli kanıtlar bulunmaktadır. Su, çay gibi sıvıların susuzluğu gidermenin dışında açlık, cerrahi girişim ve cerrahinin metabolik değişiklikleri üzerine herhangi bir olumlu etkisi yoktur. Bu nedenle ameliyat öncesi hastaların alabileceği karbonhidrattan zengin sıvılar geliştirilmiştir (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Ameliyat öncesi dönemde hastalara oral yoldan karbonhidrat içeren sıvıların verilmesinin ameliyat sonrası dönemde insülin direncini ve kas zayıflığını azalttığı ifade edilmektedir. Yine açlık, susuzluk, anksiyete, bulantı kusma ve hastanede kalış süresinin anlamlı derecede azaldığı, ameliyat sonrası iyilik halinin ve hasta konforunun arttığı vurgulanmaktadır (Yılmaz 2009, Ersoy ve Gündoğdu 2005). Ameliyat sonrası beslenme desteği verilmesiyle kilo kaybı da önlenmekte ve komplikasyon oranları azalmaktadır (Hardman ve Carlson 2008).

Hausel ve arkadaşlarının (Hausel ve ark. 2001), planlı abdominal cerrahi uygulanacak 252 hastayı ameliyat öncesinde karbonhidrattan zengin içecek alan, placebo alan ve aç kalan grup olarak ayırıp inceledikleri araştırmada, hastaları konsantrasyon güçlüğü, bulantı, yorgunluk, güçsüzlük gibi parametreler üzerinden değerlendirmişler ve beslenen grupta parametrelerin daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Ameliyat öncesi açlığın, çoğu metabolik dengesizlik sonucu gelişen birçok rahatsızlığa neden olabileceğini belirtmişlerdir (Hausel ve ark. 2001).

Cerrahiden iki saat öncesine kadar berrak sıvıların alınmasıyla;

- Cerrahi öncesi susuzluğun azaldığı,
- Çocuklarda huzursuzluğun azaldığı,
- Mide içeriğinde ve pH'ında bir fark görülmediği,
- Mide boşalma hızının etkilenmediği,
- Mide içeriğinin aspirasyon riskinin artmadığı ifade edilmektedir (Yıldız 2006).

Dünyada ilk kez 1993 yılında Norveç'te hastalara ameliyat öncesi iki saate kadar belirli gıdalar verilmeye başlanmış, Amerika ve diğer Avrupa ülkeleri Norveç'i izlemiş ve bu konuda rehberler geliştirilmiştir (Ersoy ve Gündoğdu 2005).

2.4.6. AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK İLE İLGİLİ UYGULAMA REHBERLERİ

Ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili farklı ülkelerde ve yıllarda rehberler geliştirilmiştir. Yayınlanan rehberler şunlardır:

- İngiliz Kraliyet Hemşirelik Koleji (The Royal College of Nursing- RCN) 2005
- İskandinav Yoğun Bakım ve Anestezi Birliği (Scandinavian Society Of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine- SSAI) 2005
- Avrupa Anesteziyoloji Derneği (European Society of Anaesthesiology-ESA) 2011
- Avustralya ve Yeni Zelanda Anestezist Koleji (Australian and New Zealand College of Anaesthetists-ANZCA) 2016
- Avrupa Parenteral ve Enteral Nutrisyon Ulusal Toplulukları (European Parenteral and Enteral Nutrition National Societies-ESPEN) 2017
- Amerikan Anesteziyologlar Birliği (American Society of Anesthesiologists - ASA) 2011-2017
- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) 2015 (Gök ve Yavuz 2018)

Ameliyat öncesi açlık ile ilgili 2003 yılında Avrupa Konseyi Bakanlar Kurulu Üyesi ülkeler için bir dizi öneri kararı almıştır. Özetle; gece aç bırakma, NPO uygulaması, beslenme düzeni ile ilgili kısıtlamalar ve bağırsak temizleme yöntemlerine zorunlu olduğu durumlarda başvurulması, bu işlem ve uygulamaların hangi durumlarda ne kadar sürede ve nasıl yapılması gerektiğine literatür incelenerek karar verilmesi önerilmiştir (Avrupa Konseyi Bakanlar Kurulu 2003).

İngiliz Kraliyet Hemşirelik Koleji'nin 2005 rehberinde ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili;

- Elektif cerrahi uygulanacak yetişkin hastaların, anestezi indüksiyonundan 2 saat öncesine kadar sınırsız miktarda su ve diğer berrak sıvıları alabilecekleri,
- Katı gıdalar, süt ve süt ürünü içeren gıdalar için ise ameliyat öncesi 6 saatlik açlık süresinin yeterli olduğu belirtilmektedir (RCN 2005).

İskandinav Yoğun Bakım ve Anestezi Birliği'nin (SSAI) 2005 rehberinde elektif hastalar için ameliyat öncesi aç kalma süreleri ile ilgili;

- Su, meyve suyu, açık çay veya kahve gibi partikül içermeyen yağlı olmayan berrak sıvıların anestezi 2 saat öncesine kadar tüm hastalar tarafından (yetişkin/ çocuk) alınabileceği,
- Katı gıda (inek sütü ve süt tozu katı gıda olarak kabul edilir) alımının anestezi uygulamasından 6 saat öncesine kadar alınabileceği,
- Emzirmenin ve mama verilmesinin anestezi uygulamasından 4 saat önce yapılması,
- Yetişkin hastaların anestezi uygulamasından 1 saat öncesine kadar ağızdan ilaçlarını 150 ml su ile, çocuk hastaların ise 75 ml su ile alabileceği,
- Anestezi indüksiyonundan önceki son 2 saat boyunca sakız çiğnenmemesi ve sigara içilmemesi,
- Acil vakalar için gastrik boşalma beklenmeden hastanın ameliyata alınması önerilmektedir (SSAI 2005).

Avrupa Anesteziyoloji Derneği üyelerinin 2011 rehberinde; berrak sıvılar için 2 saatlik, katı gıdalar için 6 saatlik açlık süresinin yeterli olduğu belirtilmektedir (ESA 2011).

Önceki önerilerden farklı olarak ESA 2011 önerileri:

- Hastaların gereğinden fazla sıvı almamaları konusunda uyarılması gerektiği,
- Anestezi indüksiyonundan hemen önce sakız çiğnenmesi ya da sigara içilmesi durumunda ameliyatın ertelenmesine gerek olmadığı,
- Karbonhidrattan zengin içeceklerin elektif ameliyattan 2 saat öncesine kadar, tüm hastalar (şeker hastaları dahil) tarafından alınmasının güvenli olduğu, hastalarda susuzluk ve açlık hissini, aynı zamanda ameliyat sonrası dönemde insülin direncini azalttığı ve konforu arttırdığı,
- Bebeklerin berrak sıvıları 2 saat, anne sütünü 4 saat, inek sütünü ameliyattan 6 saat öncesine kadar güvenli bir şekilde alabileceği belirtilmektedir (ESA 2011).

Avustralya ve Yeni Zelanda Anestezist Koleji (ANZCA) 2016 rehberine göre ameliyat öncesi açlık süresi;

- Ameliyattan önce 6 saatten fazla sıvı alımının kısıtlanmamasını,
- Ameliyattan 2 saat öncesine kadar karbonhidrat içerikli sıvıların alınmasının risk oluşturmadığı, ameliyat öncesi 2 saat açlık süresinin yeterli olduğu,

- Ameliyattan 2 saat öncesine kadar, çocukların 200 ml, yetişkinlerin 400 ml'ye kadar berrak sıvı almalarında bir sakınca olmadığı belirtilmektedir (ANZCA 2016).

Avrupa Parenteral ve Enteral Nutrisyon Ulusal Toplulukları'nın (ESPEN) 2017 rehberinde ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili;

- Ameliyattan 2 saat öncesine kadar oral karbonhidratlı içeceklerin verilmesi,
- Ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonların önlenmesi için ameliyat öncesi uzun süreli açlıktan kesinlikle kaçınılması gerektiği önerilmektedir (ESPEN 2017).

Amerikan Anesteziyologlar Birliği (American Society of Anesthesiologists-ASA) tarafından güncelleştirilen ve 2011 yılında yayınlanan ameliyat öncesi açlık uygulamaları ile ilgili rehberlere göre;

- Ameliyat öncesi anestezi uygulamasından 2 saat öncesine kadar berrak sıvıların (su, meyve suyu, çay gibi) serbest olduğu,
- Katı gıdalar, süt ve süt içeren içecekler için açlık süresinin 6, anne sütü için 4 saat, yeni doğanlarda anne sütü hariç hazır mamalar ve inek sütü için açlık süresinin ise 6 saat olduğu,
- Ameliyat öncesi 6 saate kadar hafif gıdalar alınabileceği,
- Midede diğer yiyeceklerden daha uzun süre kaldıklarından dolayı kızarmış gıdalar, yağlı yiyecekler veya et gibi besinler için açlık süresinin 8 saat veya daha fazla olması gerektiği belirtilmektedir (ASA 2017).

Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği'nin (TARD) 2015 yılında hazırladığı Anestezi Uygulama Kılavuzları Preoperatif Değerlendirme Kılavuzu'na göre, ameliyat öncesi açlık süresi literatürde yer alan rehberlerdeki açlık süreleri ile uyumludur. Bu rehberlere göre belirlenen öneriler şunlardır:

- Ameliyat öncesi değerlendirmeyi içeren anestezi uygulama rehberinde ameliyat öncesi açlık süresi; berrak sıvılar sonrası 2 saat (herkes için geçerli), yeni doğan ve infantlarda emzirme sonrası 4 saat, mama ve katı gıda sonrası 6 saat, yetişkinlerde hafif yiyecek sonrası 6 saat, yağlı ve kızarmış yiyecek için 8 saattir. Emziren hastalara cerrahi ve anestezi öncesi sütün sağılıp depolanması ve ilk 24 saatte bu sütün kullanılması, anestezi sonrası ilk 24 saatteki sütün atılması önerilmektedir.

- Ameliyathane dışı anestezi uygulamaları kılavuzunda işlem öncesi açlık süresi; berrak sıvılar 2 saat, anne sütü 4 saat, mama/inek sütü 6 saat, hafif yiyecekler 6 saat, kontrast madde 1 saat olarak ifade edilmekte, risk faktörü olmayan hastaların 1 saat öncesine kadar 150 ml berrak sıvı alabilecekleri belirtilmektedir.
- Günübürlük anestezi uygulama kılavuzunda açlık süresi; berrak sıvılar 2 saat, anne sütü 4 saat, mama/inek sütü 6 saat, hafif yiyecekler 6 saat, kontrast madde 1 saat olarak önerilmektedir. Risk faktörü olmayan hastaların 1 saat öncesine kadar 150 ml berrak sıvı (kahve dahil) alabileceği ifade edilmektedir.
- Çocuk hastada ameliyat öncesi değerlendirilmede açlık süresi; berrak sıvı 2 saat, anne sütü 4 saat, formül mama 6 aydan küçük bebeklerde 4 saat, 6 aydan büyük bebeklerde 6 saattir. Katı gıda için, ESA 6 saat açlık, ASA hafif yemek ve inek sütü için 6 saat, gastrik boşalmanın uzadığı yağlı, et içeren yemekler için 8 saat açlık önermektedir (TARD 2015).

2.5. HIZLANDIRILMIŞ CERRAHİ (FAST TRACK SURGERY-FTS), CERRAHİ SONRASI HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞTİRME PROTOKOLÜ (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY-ERAS)

Son yıllardaki cerrahi uygulamalar ve anestezi tekniklerindeki ilerlemeler morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır. Ancak, yine de elektif şartlarda ameliyat olacak hastalarda uzamış hastanede kalış süresi ve ameliyat sonrası morbidite hâlâ sorun olarak görülmektedir (White ve ark 2007; Kehlet ve Wilmore 2008). 1990'lı yılların başında cerrahi kliniklerde perioperatif bakımın iyileştirilmesine bir yaklaşım olarak hızlandırılmış cerrahi (Fast Track Surgery-FTS) geliştirilmiş ve başarılı bir şekilde uygulanmaya başlamıştır (Kehlet ve Wilmore 2008; White ve ark 2007). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS) protokolü ise; 2001 yılında Kuzey Avrupa ülkelerinden İskoçya, İsveç, Danimarka, Norveç ve Hollanda bir araya gelerek elektif kolon cerrahisi geçirecek hastaların iyileşmesinin hızlandırılması için ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemi kapsayan 21 başlıktan oluşturulmuştur (Demirhan ve Pınar 2014; Harlak ve ark 2008). Hızlandırılmış cerrahinin (FTS) diğer adıyla ERAS protokollerinin ortaya çıkmasındaki ve uygulanmasındaki öncelikli amaç, cerrahi stres yanıtının (endokrin, metabolik ve immünolojik gibi) fizyopatolojisini

anlamak, ameliyattan sonra hastayı hastanede tutan faktörleri belirlemek, hastanın en kısa zamanda iyileşmesini ve normal fonksiyonlarına dönmesini sağlamaktır (Kehlet ve Wilmore 2010). Ameliyat öncesi kısaltılmış açlık ve karbonhidrat yükleme, ameliyat sonrası alınan analjezikler, erken mobilizasyon ve erken enteral beslenme gibi uygulamalar hızlandırılmış iyileşme stratejilerindedir (Kehlet ve Wilmore 2002).

Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri 1990'lardan bu yana, kolorektal cerrahi, kalp damar cerrahisi, göğüs cerrahisi, üroloji ve jinekolojik cerrahinin perioperatif yönetimde özellikle Kuzey Avrupa ve Amerika'da birçok merkezde başarıyla uygulanmaktadır (Kabataş ve Özbayır 2016).

ERAS Protokolü Kriterleri;

- Hastanın bilgilendirilmesi
- Ameliyat öncesi bağırsak temizliği
- Ameliyat öncesi açlık
- Anestezi öncesi medikasyon
- Antitrombotik profilaksi
- Antimikrobiyal profilaksi
- Anestezi protokolü
- Cerrahi kesilerin seçimi
- Nazogastrik sonda kullanımı
- Ameliyat sırası hipotermimin önlenmesi
- Perioperatif sıvı yönetimi
- Drenlerin kullanımı
- Mesane sondası
- Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın engellenmesi
- Gastrointestinal motilitenin uyarılması
- Ameliyat sonrası analjezi
- Ameliyat sonrası beslenme
- Erken mobilizasyon
- Taburculuk
- Taburculuk sonrası izlem
- Sonuçların denetimi (Bozkırlı ve ark 2012) olarak sıralanabilir.

Bayar ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada (Bayar ve ark. 2013), majör karaciğer rezeksiyonu planlanan 40 hastanın 20'sine klasik bakım yöntemleri, 20'sine

ise ERAS protokolü uygulanarak hastanede kalış süreleri karşılaştırılmıştır. Bunun yanı sıra hastalarda idrar sondası çekilme, sulu ve katı gıdaya başlama, ameliyat sonrası erken mobilizasyon, ameliyat öncesi hareketliliğe ulaşma zamanları da incelenmiştir. Çalışma sonunda, majör karaciğer rezeksiyonu ile beraber ERAS protokolü uygulanan hastaların hastanede kalış sürelerinin kısaldığı ve ameliyat sonrası iyileşme durumlarının hızlandığı görülmüştür (Bayar ve ark 2013). Kennedy ve arkadaşlarının (Kennedy ve ark 2007) pankreas cerrahisi yapılan 91 hastayla yaptıkları çalışmada ise ortalama hastanede kalış süresi klasik yöntem uygulananlarda 13 gün, ERAS protokolü uygulananlarda ise 7 gün olarak bulunmuştur. Klasik yöntem uygulanan hastalarda morbidite %44, ERAS protokolü uygulananlarda %37 olarak saptanmıştır (Kennedy ve ark. 2007).

Günümüzde bazı merkezler eski klasik protokollerini ERAS protokolüne göre değiştirmeye başlamışlar, hatta bazı ülkeler ameliyat öncesi açlık ve bağırsak temizliği ile ilgili kriterleri resmi uygulama haline getirmişlerdir. Örneğin; Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, İsveç, Norveç ve Danimarka'da bu konudaki uygulamalar devlet politikası haline gelmiştir. Kanıt düzeyi yüksek ve olumlu sonuçlar bildiren yayınların gün geçtikçe artmasına karşın, ülkemiz de dahil olmak üzere protokolün dünya çapında yaygınlaştığını söylemek mümkün değildir. Çünkü gelenekler ve kurallar üzerine kurulmuş bir bütün olan cerrahide radikal sayılabilecek değişikliklerin hızla yaygınlaşması biraz güç olabilmektedir. Uygulamaya geçmek için bu konuda başta cerrah ve anesteziyologlar olmak üzere sağlık çalışanları bilgilendirilmeli ve konunun bilimsel ortamlarda tartışılması sağlanmalıdır (Demirhan ve Pınar 2014; Ersoy ve Gündoğdu 2007).

ERAS protokolü cerrah, anesteziyolog, hemşire, fizyoterapist ve diyetisyeni içeren multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu multidisipliner yaklaşım içerisinde cerrahi hemşiresi ameliyat öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere cerrahi sürecin her aşamasında aktif rol almaktadır. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin eğitim düzeyi ve uzmanlaşma durumunun ameliyat sonrası dönemdeki morbidite ve mortalite oranları üzerinde önemli etkileri vardır. Bu nedenle cerrahi hemşiresi ERAS protokolündeki bağımlı ve bağımsız rollerini bilerek bunları hasta bakımına yansıtmalı, bu konuya ilişkin güncel yayınları izlemeli ve gelişime açık olmalıdır (Çilingir ve Candaş 2017; Güçlü ve Kurşun 2015).

2.6.CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ

Hastalıkların insanlık tarihi kadar eski olduğunu ve hastalık için yapılan cerrahi tedavinin de insanlığın başlangıcından beri var olduğunu bilinmesi cerrahinin tarihsel süreçteki önemini belirlemektedir. Yaralanan ilk insanla başlayan cerrahi tedavi aslında hep uygulanmıştır. Dolayısıyla da cerrahi hemşireliğinin yaralanan ilk insanla başladığı ve çok hızla geliştiği söylenebilir (Eti Aslan 2009).

Cerrahi hemşireliğinin gelişiminde temel alınması gereken en önemli parametre hemşirelik uygulamalarına ilişkin yapılan araştırmaların artırılmasıdır. Günümüzde ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakımın gerçekleştirilmesine önemli bir katkı sağlayan cerrahi hemşiresi veri toplama, tanılama, öncelikleri belirleme, hemşirelik tanısı koyma, beklenen hedefleri belirleme, bakım planını uygulama ve geliştirme ve belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirme sorumluluklarını üstlenir (Aksoy 2012).

Çağdaş hemşirelik çeşitli alanlarda bilgi ve beceriye sahip olmayı gerektirir. Bu bağlamda cerrahi hemşiresi, hemşirelik bakım aktivitelerinin gerek bağımsız gerekse bağımlı fonksiyonlarını gerçekleştirerek, diğer sağlık bakım profesyonelleri ile iş birliği içinde hastanın nitelikli bakım almasını sağlayan profesyonel bir meslek üyesidir (Kuğuoğlu ve ark 2010, Aksoy 2012). Hemşireler sağlık profesyonelleri içinde bireyi tüm boyutları ve çevresi ile birlikte ele alan ve hemşirelik yaklaşımı/bakımını yalnızca cerrahi kliniklerde değil, hastanın evine kadar uzanan geniş bir yelpazede gerçekleştiren tek gruptur (Alkan 2016; Aksoy 2012).

Hemşireler sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesini, hastalık durumunda yeniden kazanılmasını ve hastalığa bağlı eksikliklerin, yetersizliklerin, sınırlamaların oluşturduğu/oluşturabileceği etkilerin en alt düzeyde kalmasını ve bireyin fonksiyonlarını en üst düzeyde sürdürülmesini amaçlar. Bu amaç doğrultusunda uygulayıcı, liderlik, araştırmacı, yönetici, hasta hakları savunucusu gibi çağdaş rolleri ile profesyonel olarak görevlerini yerine getirir (Alkan 2016; Alpar ve Dursun 2011).

Son yıllarda teknolojiye sayısız ilerleme hemşirelerin mesleki bilgilerinin yanında bilgi teknolojileri konusunda da kendilerini eğitmelerini gerektirir. Yeni teknolojik gelişmeler, dijital cihazlar ameliyat süresini kısaltmakta, cerrahi ekip için daha güvenli ortam sağlamaktadır. Bu nedenle cerrahi hemşireleri teknolojik gelişime açık olmalı, gerekli bilgi ve becerilerin yanı sıra, teknoloji kullanımını içeren yöntem ve uygulamaların geliştirilmesine de katkı sağlamalıdır (Sweeney 2010). Cerrahi

hemşiresinin hastalara, bağlı bulunduğu kuruma, nitelikli bakımı gerçekleştirerek mesleğine, kendi sağlığını korumak için bireyselliğine, diğer ekip üyelerine karşı sorumluluğu vardır. Cerrahi hemşiresi elde bulunan kaynakları kullanma yoluyla hasta, ekip ve kurum yararına, bakımda etkili yeni yöntemler geliştirmede yaratıcılık yeteneğini kullanması, bakımın niteliğini yükseltmede etkilidir (Aksoy 2012). Eleştirel düşünme, sorun çözme ve karar verme yetilerinin de gelişmiş olması gerekir. Etik değerler doğrultusunda hasta bakımını ve savunuculuğunu benimsemeli, mesleki araştırmalar ve kanıta dayalı uygulamalar konusunda meslektaşlarıyla iş birliği yapmalı ve mesleğine olan bağlılığıyla rol model oluşturmalıdır (Kuğuoğlu ve ark 2010; Whiteside 2016).

Cerrahi hemşireliğinde etik konusu önemli yer tutmaktadır. Cerrahi ortam, teknolojik olarak son derece karmaşık; enfeksiyon, yaralanma, tehlikeli maddelerle karşılaşma olasılığı nedeniyle bakım veren personel ve cerrahi girişim uygulanacak hasta için yüksek riskli; ekip ile uzun süreli fiziksel yakınlığı gerektirmesi, yaşamı tehdit eden durumların bulunması ve hızlı karar vermeyi gerektirmesi nedeniyle stresli bir ortamdır. Bu nedenle cerrahi alanda etik sorunlar hızla gelişebilir ve bu sorunlar sıklıkla farklı disiplinleri içerir (Karaöz 2000).

Cerrahi hemşiresi uygulamalarının ve hasta bakımının niteliğinden, hemşirelik ahlakı ve ilkeleri doğrultusunda yasal olarak da sorumludur. Alanında yeterli bilgiye sahip ve yol gösterici olmalıdır (Aksoy 2012). Yeni/kanıta dayalı gelişmeleri izlemeli, uygulamaya aktarmalı; bu bağlamda FTS-ERAS protokolleri konusunda da bilgi sahibi olmalıdır.

2.7.AMELİYAT ÖNCESİ, SIRASI VE SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrasındaki hemşirelik bakımında amaç; hastaya, ailesine ameliyattan önce ve iyileşinceye kadar gereksinim duyduğu bakımın verilmesidir. Cerrahi tedavinin başarısı uygulamayı yapan hekimin bilgi ve becerisi kadar, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakım ve izleminin yeterli olmasına da bağlıdır (Alpar ve Dursun 2011).

2.7.1. AMELİYAT ÖNCESİ HEMŞİRELİK BAKIMI

Ameliyat öncesi dönem ameliyat kararının verilmesi ile başlayıp, hastanın cerrahi servise kabulü, ameliyattan önceki gece hazırlığı, ameliyat günü hazırlığı, hastanın ameliyathaneye transferi ve ameliyat masasına yatırılmasına kadar geçen süredeki hemşirelik girişimlerini içerir (Özbaş 2011).

Ameliyat öncesi dönemde hastanın kliniğe uyumu sağlanır ve klinik ortam hakkında bilgilendirilir. Hasta bilgileri ve hastanın geçmiş sağlık öyküsü alınır. Hastanın demografik bilgileri (ad, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek vb.), ameliyatı, ameliyatın planlandığı tarih, geçmiş sağlık öyküsü, alerjileri, boy-kilo bilgileri, kan grubu, akut-kronik hastalık durumu, kullanılan ilaçlar, daha önce hastaneye yatış durumu, geçirilen ameliyatlar, daha önce anestezi ile ilgili herhangi bir sorun yaşanıp yaşanmadığı, sigara ve alkol kullanımı, aile sağlık öyküsü, solunum, dolaşım, sindirim, kas-iskelet, ürogenital, endokrin, immun sistem öyküsü, cilt ve mukoza durumu ile ruhsal durumu değerlendirilir (Özbaş 2011; Williams L 2007).

Ameliyat öncesi hasta eğitimi yapılır. Hasta eğitiminin amacı ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hastanın gereksinimi olan bilgi ve becerileri hastaya kazandırmaktır. Bu konuda cerrahi hemşirelerine büyük rol ve sorumluluklar düşmektedir (Uzun 2000). Ameliyat öncesi hastaya derin solunum ve öksürme egzersizleri, cerrahi insizyon yerini koruyup destekleme, erken ayağa kalmanın önemi ve diğer egzersizler konusunda eğitim verilir (Özbaş 2011).

Hasta ameliyattan önceki gece ameliyattan 6-8 saat öncesine kadar ağızdan yiyecek-içecek almaması gerektiği konusunda bilgilendirilir. Hasta karın ve pelvik ameliyatı geçirecekse bağırsak hazırlığı gerekebilir. Ağız bakımı verilir, vücut banyosu yapılır. Ameliyat bölgesinin tüylerden arındırılması gerekirse girişimden hemen önce elektrikli traş makinesi ile temizlenmesi önerilir (Özbaş 2011).

Ameliyat sabahı hastanın bilgilendirilmiş izninin alınıp alınmadığı kontrol edilir, takma diş, gözlük, protez gibi kişisel eşyaların teslimi sağlanır. Ameliyat önlüğü ve bonesi giydirilerek, ameliyathaneye transferi sağlanır (Yavuz 2010, Özbaş 2011).

2.7.2. AMELİYAT SIRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Cerrahi girişimin gerçekleştirildiği bu dönem, hastanın ameliyathaneye alınmasıyla başlar, anestezinin verilmesinden, anestezi sonrası bakım ünitesine (ASBÜ) ya da yoğun bakım ünitesine transferine kadar devam eder (Özbayır 2010). Ameliyat sırası hemşirelik bakımı kişinin konforu, güvenliği, mahremiyeti, onuru ve psikolojik durumu üzerine temellendirilen tüm gereksinimleri kapsar (Özbayır 2010).

Ameliyat sırası hemşirelik bakımında hasta için güvenli bir ortam oluşturulur, hastanın emosyonel iyiliği sağlanır. Hastaya uygun ve doğru pozisyon verilir ve ameliyat bölgesi hazırlığı yapılır. Steril ve sirküler hemşire ameliyat ortamını kontrol eder, hasta ve cerrahi ekibin gereksinimlerini giderir, malzeme ve aletleri sağlar. Ameliyathane ekip üyeleri ve diğer bölümlerdeki sağlık çalışanları arasında tüm aktiviteleri kontrol eder. Cerrahi asepsiyi, bone ve maskenin uygun şekilde takılmasını, cerrahi el yıkama, steril gömlek ve eldiven giyme, cerrahi alet, gaz ve kompres sayımlarının doğru bir şekilde yapılmasını sağlar. Hastanın dosyasındaki bilgileri kontrol eder ve kimlik tespitini yaparak cerrahi güvenliği sağlar. Ameliyat sonunda hastanın cilt bütünlüğü kontrol edilir, pozisyona ya da aletlere bağlı olarak yaralanma durumu değerlendirilir, gaz bezi-iğne ve alet sayımları kaydedilir. Hasta güvenli bir şekilde anestezi sonrası bakım ünitesine teslim edilir (Akyüz 2011).

2.7.3. AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Ameliyat sonrası dönem hastanın ameliyathaneden ayrılması ile başlar ve taburcu oluncaya kadar geçen süreyi içerir (Eti Aslan 2010). Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımının amacı, hastanın hemodinamik dengesinin sağlanması, ağrının giderilmesi, komplikasyonların önlenmesi, öz bakımına olabildiğince katılımının sağlanması ve taburculuk işlemlerine yönelik hasta eğitiminin verilmesini kapsar (Öztekin 2011).

Ameliyat sonrası dönem erken dönem ve geç dönem olmak üzere iki evreyi içerir. Cerrahi girişim sonrası hastanın anestezinin etkisinden çıktığı ilk birkaç saat ameliyat sonrası erken dönem; cerrahi girişim sonrası birkaç hafta ya da ay sürebilen, komplikasyonların önlenmesi ve iyileşmenin sağlandığı evre ameliyat sonrası geç dönem olarak adlandırılır (Akyolcu 2012).

Ameliyat Sonrası Erken Dönem: Hastalar anestezinin etkisi geçinceye kadar anestezi sonrası bakım ünitesinde izlenir (Eti Aslan 2010).

- Anestezi sonrası bakım ünitesinde; hastanın hava yolu açıklığı, solunum sayısı ve niteliği tanınır, solunum sesleri dinlenir. Oksijen ve ventilasyon yetersizliği belirlenerek gerekli önlemler alınır.
- Kalp hızı ve ritmini belirlemek için EKG izlemi yapılır, ameliyat öncesi bulgulardan sapma olduğunda hekime rapor edilir. Hipotansiyon ve şok, hipertansiyon ve disritminin önlenmesi açısından da hasta değerlendirilir.
- İlk nörolojik tanılama yapılır. Hastanın bilinç durumu, oryantasyon, duyarlılık ve hareket etme, pupillaların reaksiyonu, çapı ve eşit olma durumu değerlendirilir.
- Ağrı tanılması yapılır. Hasta henüz anesteziklerin etkisi altındayken olası ilaç reaksiyonları ve solunum depresyonu yönünden değerlendirilir.
- Üriner sistem tanılması yapılır. Aldığı çıkardığı ve sıvı dengesi üzerinde durulur.
- Ameliyat bölgesi, pansumanın durumu, drenajın tipi ve miktarı tanınır. Kanama açısından hasta değerlendirilir.
- Bulantı ve kusma olabilir. Hastanın özellikleri ve uygulanan cerrahi girişim türü ve süresi göz önünde bulundurularak, istemi yapılan antiemetikler uygulanır ve etkileri izlenir (Akyolcu 2012; Eti Aslan 2010).

ASBÜ'den ayrılma kriterleri ise şu şekilde sıralanabilir:

- ✓ Yaşam bulgularının düzenli/stabil olması,
- ✓ Hastanın uyanık, yer, zaman, olay ve kişilere oryantasyonunun tam olması,
- ✓ Solunum fonksiyonlarının normal olması,
- ✓ Oksijen satürasyonunun %90'dan yüksek olması,
- ✓ Saatlik idrar miktarının en az 30 ml olması,
- ✓ Bulantı ve kusmanın olmaması ya da kontrol altında olması,
- ✓ Ağrısının azalması ya da kontrol altına alınması,
- ✓ Drenlerden anormal/aşırı drenaj ve kanamanın olmaması (Eti Aslan 2010; Williams L. 2007).

Ameliyat Sonrası Geç Dönem: Ameliyat sonrası ilk 24 saatte klinikte bakım; hastanın anestezinin etkisinden kurtulmasının sağlanması, sık aralıklarla fizyolojik durumunun

ve olası komplikasyonların izlenmesi, ağrı kontrolünün sağlanması, hastanın kendi bakımını sürdürebilir duruma gelmesi ve taburculuk planlamasının yapılmasını içerir (Eti Aslan 2010).

- Ameliyat sonrası analjeziklerin etkisiyle solunum sıklıkla yavaşlar. Bu nedenle hava yolu açıklığı ve solunum sesleri dikkatlice izlenir ve değerlendirilir. Opioidlerin solunum merkezine etkisi akciğerlerin ekspansiyonunu azaltır, atelektazi, pnömoni ve hipoksemi gibi komplikasyonlara neden olabilir. Derin solunum/öksürme egzersizleri ve spirometre kullanımı ile olası komplikasyonlar önlenmeye çalışılır (Eti Aslan 2010).
- Ağrı ameliyat sonrası görülen en yaygın ve önemli yakınmalardan birisidir. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde farmakolojik yöntemler, cerrahi yöntemler ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılır (Çelebioğlu ve Arslan 2004). Hastaya herhangi bir analjezik verilmeden önce ağrının kaynağı, lokalizasyonu ve niteliği değerlendirilir (Akyolcu 2012). Derhal analjezi sağlamayı ve analjezik ajanın kandaki düzeyini sürekli ve sabit tutan hasta kontrollü analjezi (HKA), analjezik ilaçların spinal kordun çevresindeki epidural boşluğa yerleştirilen bir kateter yolu ile infüzyonu içeren epidural anestezi, lokal anesteziklerin bir kateter aracılığı ile paryetal ve visseral plevra arasına verilmesini içeren intraplevral anestezi ağrı kontrolünde kullanılan yöntemlerdir (Akyolcu 2012). Nonfarmakolojik yöntemler ise analjezikler kullanılmadığında ve/veya etkileri yetersiz kaldığında, ilaçların etkisini artırmak için farmakolojik yöntemler ile birlikte ya da tek başlarına kullanılırlar. Kullanılan nonfarmakolojik girişimler ağrıyı azaltır, yan etkileri azdır ve hastanın öz bakımını güçlendirmesinde önemli rol oynar (Çelebioğlu ve Arslan 2004). Gevşeme, dikkati başka yöne çekme ve hipnoz gibi bilişsel tekniklerin yanında; transkütan sinir stimülasyonu (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS), sıcak soğuk uygulamalar, egzersizler, pozisyon verme, hareket kısıtlama/dinlendirme ve masaj ameliyat sonrası ağrıyı gidermede kullanılan fiziksel tekniklerdendir (Çelebioğlu ve Arslan 2004).
- Ameliyat sonrası gözlenen sıvı elektrolit dengesizlikleri, kalp damar fonksiyonlarında değişiklik oluşturan faktörlerdir. Hastanın aldığı çıkardığı sıvı

izlemi yapılmalıdır. Hasta hipokalemi, derin ven trombozu, senkop gibi kardiyovasküler komplikasyonlar açısından izlenmelidir (Akyolcu 2012).

- Ameliyat sonrası dönemde bacak egzersizleri ve pozisyon değişimi dolaşımı hızlandırır. Dizlerin altına yastık yerleştirilmesi, uzun süre aynı pozisyonda kalma, bacakları aşağı sarkıtma gibi venöz dönüşü engelleyen pozisyonlardan sakınılmalıdır.

Erken ayağa kalkmanın iyileşme ve komplikasyonları önlemede olumlu etkileri vardır:

- ✓ Erken ayağa kalkma ateletazi, pnömoni, gastrointestinal sistem (GİS) ve dolaşım sorunlarını azaltır.
 - ✓ Aktivite solunumu düzenler, akciğerlerde sekresyon birikimini azaltır. Peristaltizmi hızlandırarak, abdominal duvar tonüsü ve GİS fonksiyonlarını artırarak ameliyat sonrası abdominal distansiyonu azaltır.
 - ✓ Ekstremitelerde dolaşımı hızlandırarak venöz dönüşü hızlandırır. Bu hastalarda tromboflebit ve venöz tromboemboli (VTE) daha az görülür.
 - ✓ Erken ayağa kalkma ile ağrı azalır, hastanede kalış süresi kısalmır, bakım maliyeti azalır. Bu nedenle hastalar erken ayağa kalkma ve aktivite açısından desteklenmelidir (Eti Aslan 2010).
- Cerrahi yara bakımı ve tedavisinde ya da pansuman değiştirirken mutlaka aseptik tekniğe uyulmalı, maske ve eldiven kullanılmalıdır. Pansuman değiştirilirken insizyon bölgesi dikkatlice gözlenmeli, kızarıklık, ağrı, ödem ve ateş gibi infeksiyon belirtileri açısından değerlendirilmelidir. Drenaj gözlendiğinde tipi, miktarı, rengi, içeriği ve kokusu kaydedilmelidir (Akyolcu 2012).
 - Ameliyat sonrası hastayı rahatsız eden ve en sık rastlanan sorunlardan biri bulantı kusmadır (Demirhan ve Pınar 2014). Cerrahiden sonra hasta uygun olan en kısa sürede beslenmeye başlanmalıdır. Bu, hastanın GİS fonksiyonlarının kısa sürede normale dönmesini sağlar. Aynı zamanda hasta üzerinde olumlu psikolojik etki de yaratır (Eti Aslan 2010).
 - Cerrahi girişim sonrası çeşitli nedenlerle üriner retansiyon oluşabilir. Cerrahi sonrası hastanın 8 saat içinde idrar yapması beklenir. Hastanın idrar yapamaması durumunda; musluktan su sesi dinletme, perianal bölgeye ılık su dökme,

pozisyonu değiştirme gibi girişimlere başvurulabilir. İdrar ıkışı olmadığı ve mesanede distansiyon geliştiği durumda üretral kateter takılır (Öztekin 2011, Eti Aslan 2010).

- Ameliyat sonrası dönemde hasta psikolojik, sosyal ve kültürel açıdan duygusal durumu tanımlanır, hasta ve ailenin bilgi gereksinimleri doğrultusunda evde bakım ve taburculuk eğitimi verilir (Öztekin 2011).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu araştırma, hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki iyilik hallerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Hastaların ameliyat öncesi açlık sürelerine bağlı olarak ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yaşadıkları sorunlar ve iyilik halleri; hastaların deneyimledikleri bulantı, kusma, ağrı ve yorgun hissetme gibi fiziksel semptomlar ve duygu durumlarıyla ilgili değişkenleri ifade etmelerine göre belirlendi ve çalışmada ameliyat öncesi aç kalma süreleri ile ameliyat öncesi ve sonrası iyilik hali olarak ifade edildi.

Araştırmanın Değişkenleri:

1. Bağımlı Değişkenler:

Ameliyat öncesi aç kalma süresine bağlı olarak, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bulantı, kusma, öğürme, yorgun hissetme, baş dönmesi, ağrı, uykusuzluk gibi semptomlar ve duygu durumlarıyla ilgili kaygı, endişe yaşama durumu.

2. Bağımsız Değişkenler:

Ameliyat öncesi aç kalma süresine bağlı olarak, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların iyilik hallerini etkileyen faktörler: Sosyodemografik özellikler ve aç kalma süresi.

3.2. ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

Araştırmada yanıt bekleyen sorular şunlardır:

- Hastaların ameliyat öncesi aç kalma süreleri ne kadardır?
- Hastaların ameliyat öncesinde dönemde aç kalma süreleri ile açlık, susuzluk, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, yorgun hissetme gibi semptomlar yaşama durumu arasında bir ilişki var mı?
- Hastaların ameliyat öncesi dönemde aç kalma süreleri ile ameliyat sonrası iyilik hali arasında bir ilişki var mı?
- Hastaların ameliyat öncesi dönemde aç kalma süreleri ile ameliyat sonrası dönemde taburcu olma süreleri arasında bir ilişki var mı?

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniğinde, 6 Ocak 2016-12 Haziran 2016 tarihleri arasında yapıldı.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini üroloji kliniğinde yatmakta olan, laparoskopik ve robotik teknikle ameliyatı gerçekleştirilmiş cerrahi hastaları oluşturdu.

3.4.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde teorik güç analizi kullanılarak 128 hastaya ulaşılması hedeflendi.

Örneklem Büyüklüğü Hesaplaması:

Bağımsız örneklem t testi kullanılarak gerçekleştirilecek olan analizler için belirli Tip 1 hata ve Tip 2 hata düzeylerinde gerekli olan minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için kullanılan formül aşağıdaki şekildedir:

$$N = \frac{(r+1)^2 * (z_{\alpha} + z_{\beta})^2}{r(d)^2}$$

N = Örneklem büyüklüğü = $n_1 + n_2$

δ : Delta değeri

d : Etki büyüklüğü = $\frac{\Delta}{S}$

Δ : Fark ortalaması

S : Farkın standart sapması

r : n_2/n_1 (gruplardaki örnek sayısı oranı)

Tip 1 hata olasılığı (α) 0,05 (%95 güven düzeyinde), Tip 2 hata olasılığı (β) 0,20 (%80 güç düzeyinde) olarak kabul edildiğinde $z_{\alpha}=1.96$, $z_{\beta}=0.85$ 'dir. Gruplar arasında iyileşme kalitesi toplam puanı bakımından 10 birimlik farkın klinik olarak anlamlı olacağı öngörülmüştür. Machin ve ark. (1997) ile Zar, Jerrold (1984) yayınında kontrol grubu için elde edilen ortalama değer 160'dır. Standart sapmanın 20 olacağı varsayımıyla etki büyüklüğü (d) 0,5 olarak hesaplanmıştır. İki grupta da eş sayıda örnek olacağı varsayılmıştır, bu nedenle $r=1$ 'dir. Yukarıda belirtilen formül kullanılarak

hesaplandığında; gerekli minimum örneklem büyüklüğünün her bir grupta 64 örnek olarak saptanmıştır (Machin ve ark. 1997; Zar, Jerrold 1984).

Araştırmanın örneklemine, 6 Ocak 2016-12 Haziran 2016 arasında üroloji kliniğinde genel anestezi altında laparoskopik ve robotik teknikle ameliyat olmuş, ameliyat sonrası dönemde en az 2 gün cerrahi servisinde tedavi ve bakımı devam eden, okur yazar, genel durumu görüşmeye uygun ve araştırmaya katılmaya gönüllü 130 hasta oluşturdu.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında hastaların sosyodemografik özelliklerini, yapılan cerrahi girişimle ilgili bilgileri, ameliyat öncesi dönemde aç kalma sürelerine bağlı olarak yaşanabilecek durumları içeren tanıtıcı özellik ve bilgi formu ile ameliyat sonrası dönemde iyileşme kalitesini ölçen İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire QoR-40) kullanıldı (Ek 1). Çalışmada kullanılan İyileşme Kalitesi Anketi hastaların sadece ameliyat sonrası dönemini değerlendirdiği için, ameliyat öncesi dönemdeki fiziksel ve duygusal iyilik hallerini ölçmek amacıyla 7 sorudan oluşan tablo araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak geliştirildi. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerindeki iyilik hallerinin karşılaştırılması hedeflendi.

3.5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulan hastaların tanıtıcı özellikleri ve bilgi formu ile;

- Hastaların sosyodemografik bilgileri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence ve ekonomik durum,
- Yapılan cerrahi girişimle ilgili yapılan ameliyat, klinik tanı/endikasyon, ameliyat tarihi, hastanın yatış ve taburculuk tarihi,
- Ameliyat öncesi aç kalma konusunda bilgilendirilme durumu,
- Ameliyat öncesi açlık süresi, en son sıvı ve katı gıda alma zamanı,
- Ameliyat öncesi dönemde açlık, susuzluk ve ağız kuruluğu yaşama durumu ve bunların derecesi (görsel skaladan yararlanıldı)
- Ameliyat öncesi dönemde hastaların bulantı, kusma, öğürme, yorgun hissetme, baş dönmesi, kaygılı olma ve uyku durumu (1 hiçbir zaman, 2 bazen, 3

genellikle, 4 çoğu zaman, 5 her zaman şeklinde derecelendirilmesini sağlamak için oluşturulan bir tablodan yararlanıldı).

- Ameliyat sonrası dönemde ise beslenme, boşaltım ve ameliyat öncesi ile sonrası dönemde uygulanan tedaviler, ameliyat süresi ve hastayla görüşülme zamanı sorgulandı.

3.5.2. İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire QoR-40)

Myles ve ark. tarafından 2000 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Karaman ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılmıştır. İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire, QoR-40) kişinin kendi durumunu değerlendirdiği 40 maddelik bir anket olup, hastaların ağrı düzeyleri ile fiziksel ve duygusal durumlarını değerlendirmeye yönelik 5 alt boyuttan (duygusal durum, fiziksel konfor, hasta desteği, fiziksel bağımsızlık ve ağrı) oluşmaktadır. Her bir madde 1 ile 5 arasında değişen beşli Likert ölçeği ile değerlendirilmektedir. Beşli Likert ölçeğindeki öğelerle daha kapsamlı hale gelen anket pozitif maddeler için “hiçbir zaman:1”, “her zaman:5” ve negatif maddeler için ise ters çevrilerek puanlanmaktadır. Alt boyut puanları ilgili maddelerin toplamıyla, toplam puan ise tüm maddelerin toplanmasıyla elde edilir. Toplam puan 40 ile 200 arasında değişmektedir. İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire, QoR-40) hastanın kendi başına kısa sürede yapabilmesi ve özel bir eğitim gerektirmemesi açısından avantajlıdır (Myles ve ark. 2000; Karaman ve ark 2014).

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler; kurum ve etik kurul izni alındıktan sonra araştırmacı tarafından ameliyat sonrası ikinci ya da üçüncü günde hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Verilerin toplanması 15-20 dakika sürdü.

3.7. ETİK KONULAR

Çalışma için Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alındı. Verilerin toplanması öncesinde hastalar bilgilendirilerek yazılı ve sözlü izinleri alındı (Ek 2). Araştırmada kullanılan ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan ölçeğin kullanılabilmesi için izin alındı (Ek 3).

3.8. VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ameliyat öncesi ve sonrası değerlendirmelerinde Paired Samples T Test kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki iyilik hallerinin incelenmesi amacıyla planlanan çalışmanın bulguları üç bölümde incelendi.

Bölüm 1: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri: Bu bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, ekonomik durum) ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Bölüm 2: Hastaların Ameliyat Öncesi Tanımlayıcı Özellikleri: Bu bölümde hastaların klinik tanıları, yapılan ameliyat bilgileri, ameliyat öncesi tedavileri, ameliyat öncesi aç kalma konusunda bilgilendirilme durumları, aç kalma süreleri, en son gıda alım zamanları, ameliyat öncesi yatış süreleri, ameliyat öncesi açlığa bağlı olarak yaşadıkları durumlar (açlık, susuzluk, ağız kuruluğu, bulantı, kusma vs.) ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Bölüm 3: Hastaların Ameliyat Sonrası Tanımlayıcı Özellikleri: Bu bölümde hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları durumlar (beslenme, boşaltım, görüşme zamanı, ameliyat süreleri, yatış zamanları vs.), ameliyat sonrası iyileşme kalitesi ölçeğine göre değerlendirme bulguları, ameliyat öncesi açlık sürelerine bağlı olarak yaşadıkları durumlar ve açlık süreleri ile iyileşmeleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular yer almaktadır.

4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Bu bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, ekonomik durum) ile ilgili tanımlayıcı veriler yer almaktadır. Hastaların sosyodemografik özellikleri tablo 4.1’de gösterildi.

Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	18-70 (60,0)
	<i>Ort±Ss</i>	57,48±11,12
Cinsiyet; n (%)	Erkek	103 (79,2)
	Kadın	27 (20,8)
Medeni durum; n (%)	Evli	118 (90,8)
	Bekar	4 (3,1)
	Dul	7 (5,4)
	Boşanmış	1 (0,8)
Eğitim durumu; n (%)	İlkokul	75 (57,7)
	Lise	22 (16,9)
	Üniversite	32 (24,6)
	Yüksek lisans ve üzeri	1 (0,8)
Meslek; n (%)	İşçi	3 (2,3)
	Memur	3 (2,3)
	Ev hanımı	19 (14,6)
	Öğrenci	1 (0,8)
	Serbest meslek	33 (25,4)
	Emekli	53 (40,8)
	Diğer	18 (13,8)
Çalışma durumu; n (%)	Çalışıyor	57 (43,8)
	Çalışmıyor	73 (56,2)
Sosyal güvence; n (%)	SGK	81 (62,3)
	BAĞ-KUR	21 (16,2)
	Özel sigorta	1 (0,8)
	Emekli sandığı	17 (13,1)
	Devlet memuru	7 (5,4)
	Yeşil kart	2 (1,5)
	Yok	1 (0,8)
Ekonomik durum; n (%)	Gelir giderden az	30 (23,1)
	Gelir gidere denk	80 (61,5)
	Gelir giderden fazla	20 (15,4)

Çalışma 6 Ocak-12 Haziran 2016 tarihleri arasında, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniğinde, %79.2’si (n=103) erkek, %20.8’i (n=27) kadın olmak üzere toplam 130 hasta ile yapıldı. Hastaların yaşları 18 ile 70

arasında değişmekte olup, ortalama yaş 57.48 ± 11.12 olarak bulundu. Hastaların %90.8'nin (n=118) evli, %57.7'nin (n=75) ilkokul mezunu olduğu görüldü. Meslekleri incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%40.8; n=53) emekli, %14.6'sının (n=19) ev hanımı, %25.4'nün (n=33) serbest meslek ve %13.8'nin diğer meslek grubundan olduğu belirlendi. Hastaların %43.8'i (n=57) herhangi bir işte çalışırken, %56.2'si (n=73) ise çalışmamaktaydı. Sosyal güvenceleri incelendiğinde %62.3'nün (n=81) SGK'lı; ekonomik durumları incelendiğinde %61.5'nin (n=80) gelirinin giderine denk olduğu görüldü.

4.2. HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Bu bölümde hastaların klinik tanıları, yapılan ameliyat bilgileri, ameliyat öncesi tedavileri, ameliyat öncesi aç kalma konusunda bilgilendirilme durumları, aç kalma süreleri, en son gıda alım zamanları, ameliyat öncesi yatış süreleri, ameliyat öncesi açlığa bağlı olarak yaşadıkları durumlar (açlık, susuzluk, ağız kuruluğu, bulantı, kusma vs.) ile ilgili bulgular yer almaktadır. Bu bulgular Tablo 4.2, Tablo 4.3, Tablo 4.4 ve Tablo 4.5'de gösterildi.

Tablo 4.2: Hastaların Klinik Tanıları ve Yapılan Ameliyatlara Göre Dağılımları

Klinik tanı; n (%)	Prostat tümörü	83 (63,8)
	Böbrekte kitle	5 (3,8)
	Üreteropelvik darlık	3 (2,3)
	Böbrek yetmezliği	14 (10,8)
	Böbrek nakil verici	18 (13,8)
	Üreter taşı	5 (3,8)
	Böbrek yetmezliği, üreter darlığı	1 (0,8)
	Böbrek üstü bezi tümörü	1 (0,8)
	Yapılan ameliyat; n (%)	Robotik prostatektomi
Robotik parsiyel nefrektomi		4 (3,1)
Robotik radikal nefrektomi		1 (0,8)
Laparoskopik pyeloplasti		1 (0,8)
Laparoskopik radikal nefrektomi		30 (23,1)
Robotik Böbrek nakil		2 (1,5)
Laparoskopik üretrolitotomi		5 (3,8)
Laparoskopik pyeloplasti		2 (1,5)
Robotik nefroüreterektomi		1 (0,8)
Laparoskopik sürrenalektomi		1 (0,8)

Hastaların klinik tanıları incelendiğinde; %63.8'inin (n=83) Prostat Tümörü, %3.8'inin (n=5) Böbrekte Kitle, %2.3'ünün (n=3) Üretropelvik Darlık, %10.8'inin (n=14) böbrek yetmezliği, %13.8'inin (n=18) böbrek nakil verici, %3.8'inin (n=5) üreter taşı, %0.8'inin (n=1) böbrek yetmezliği, üreter darlığı ve %0.8'inin (n=1) böbrek üstü bezi tümörü olduğu saptandı. Yapılan ameliyatlar incelendiğinde; %63.8'inin (n=83) Robotik Prostatektomi, %3.1'nin (n=4) Robotik Parsiyel Nefrektomi, %0.8'nin (n=1) Robotik Radikal Nefrektomi, %0.8'nin (n=1) Laparoskopik Pyeloplasti, %23.1'nin (n=30) Laparoskopik Radikal Nefrektomi, %1.5'nin (n=2) Robotik Böbrek Nakil, %3.8'nin (n=5) Laparoskopik Üretrolitotomi, %1.5'nin (n=2) Laparoskopik Pyeloplasti, %0.8'nin (n=1) Robotik Nefroureterektomi ve %0.8'nin (n=1) Laparoskopik Sürrenalektomi olduğu belirlendi.

Tablo 4.3: Hastaların Ameliyat Öncesi Özelliklerinin Dağılımı

Bilgi alma; n (%)	Evet	130 (100,0)
Bilgilendiren kişi; n (%)	Hekim	0 (0,0)
	Hemşire	27 (20,8)
	Hekim ve hemşire	103 (79,2)
Aç kalma süresi (saat)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	8-16 (11)
	<i>Ort±Ss</i>	11,26±2,17
Katı gıda almama süresi (saat)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	8,5-19 (12)
	<i>Ort±Ss</i>	12,56±2,47
Sıvı gıda almama süresi (saat)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	8-16 (11)
	<i>Ort±Ss</i>	11,26±2,17
Açlık hissetme; n (%)	Evet	40 (30,8)
	Hayır	90 (69,2)
Açlık hissetme derecesi (n=40)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	3-7 (4,0)
	<i>Ort±Ss</i>	4,73±1,13
Susuzluk hissetme; n (%)	Evet	63 (48,5)
	Hayır	67 (51,5)
Susuzluk hissetme derecesi (n=63)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	4-8 (6,0)
	<i>Ort±Ss</i>	6,35±1,18
Ağız kuruluğu hissetme; n (%)	Evet	52 (40,0)
	Hayır	78 (60,0)
Ağız kuruluğu hissetme derecesi (n=52)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	2-7 (4,50)
	<i>Ort±Ss</i>	4,60±1,40
Yatış süresi (gün)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	3-20 (5)
	<i>Ort±Ss</i>	6,14±3,30

Hastaların tamamı (n=130) ameliyat öncesi aç kalma konusunda bilgilendirilmiş olup, %20.8'nin (n=27) hemşire tarafından ve %79.2'sinin (n=103) ise hem hekim hem de hemşire tarafından bilgilendirildiği belirlendi.

Aç kalma süreleri 8-16 saat arasında değişmekte olup ortalama 11.26 ± 2.17 saat; katı gıda almama süreleri 8,5-19 saat arasında değişmekte olup ortalama 12.56 ± 2.47 saat ve sıvı gıda almama süreleri ise 8-16 saat arasında değişmekte olup ortalama 11.26 ± 2.17 saat olarak bulundu.

Açlık hissetme oranı %30.8 (n=40), bu olguların açlık hissetme derecesi 3-7, ortalama 4.73 ± 1.32 ; susuzluk hissetme oranı %48.5 (n=63), bu olguların susuzluk hissetme derecesi 4-8, ortalama 6.35 ± 1.18 ; ağız kuruluğu hissetme oranı %40.0 (n=52), bu olguların ağız kuruluğu hissetme derecesi 2-7, ortalama 4.60 ± 1.40 olarak bulundu.

Olguların ameliyat öncesi yatış süreleri ise 3-20 gün arasında değişmekte olup, ortalama 6.14 ± 3.30 gün olarak saptandı.

Tablo 4.4: Ameliyat Öncesi Tedavilere İlişkin Dağılımlar

	n (%)
Ameliyat öncesi tedavi uygulamaları;	
Lavman	30 (23,0)
Lavman, Antitrombotik	80 (61,5)
Lavman, IV tedavi	10 (7,7)
Lavman, Antitrombotik, Inhaler	3 (2,3)
Lavman, IV tedavi, Antibakteriyel, Antitrombotik	2 (1,5)
Nakil alıcı robotic	1 (0,8)
Lavman, Levotiron	1 (0,8)
Lavman, IV tedavi, Inhaler	1 (0,8)
Lavman, IV tedavi, mide, kalp, Inhaler	1 (0,8)
Lavman, IV tedavi, Levotiron	1 (0,8)

Hastalara ameliyat öncesinde uygulanan tedavilere ilişkin dağılımlar Tablo 4.4'te verildi. Sıklıkla lavman ve antitrombotik tedavi uygulandığı belirlendi.

Tablo 4.5: Hastaların Ameliyat Öncesi Aç Kalma ile İlgili Yaşanacak Durumlara ve İyilik Hallerine Göre Dağılımları

	Hiçbir Zaman		Bazen		Genellikle		Çoğu Zaman		Her Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bulanti	56	43,1	58	44,6	16	12,3	0	0,0	0	0,0
Kusma	130	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Öğürme	120	92,3	10	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yorgun hissetme	69	53,1	31	23,8	28	21,5	2	1,5	0	0,0
Baş dönmesi	92	70,8	36	27,7	2	1,5	0	0,0	0	0,0
Kaygılı hissetme	8	6,2	35	26,9	30	23,1	47	36,2	10	7,7
Uykuya dalmada güçlük çekme	5	3,8	34	26,2	41	31,5	34	26,2	16	12,3

Hastaların ameliyat öncesi aç kalma ile ilgili yaşanacak durumlara ve iyilik hallerine ait dağılımlar Tablo 4.5’de verildi.

Ameliyat öncesi hastaların %44,6’sı (n= 58) bulantı; %7,7’si (n= 10) öğürme şikayetini “bazen” yaşadıklarını belirtti. Ameliyat öncesi hastaların hiçbirinde (n: 130) kusma görülmedi. Hastaların %53,1’i (n=69) ameliyat öncesi yorgunluk hissetmediğini; %70,8’i (n= 92) baş dönmesi yaşamadığını ifade etti.

Hastaların ameliyat öncesi dönemde %36,2’si (n= 47) “çoğu zaman” kaygılı hissettiğini belirtirken; %6,2’si (n=8) hiç kaygı yaşamadıklarını belirtti. Hastaların %31,5’inin (n= 41) ameliyat öncesi dönemde “genellikle” uykuya dalmada güçlük yaşadığı saptandı.

Tablo 4.5.1: Hastaların Ameliyat Öncesi Şikâyet Puanlarının Dağılımları

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Şikâyet puanı	7	7-22 (13)	13,08±3,43

Ameliyat öncesi aç ve susuz kalma ile ilgili yaşanacak durumlardan bir şikâyet puanı hesaplanması düşünüldü. Hesaplanan bu puanlar 7 ile 22 arasında değişmekte olup, ortalama 13.08±3.43 bulundu.

4.3. HASTALARIN AMELİYAT SONRASI TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Bu bölümde hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları durumlar (beslenme, boşaltım, mide ilacı kullanımı, görüşme zamanı, ameliyat süreleri, yatış zamanları vs.), ameliyat sonrası iyileşme kalitesi ölçeğine göre değerlendirme bulguları, ameliyat öncesi açlık sürelerine bağlı olarak yaşadıkları durumlar ve açlık süreleri ile iyileşmeleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular yer almaktadır. Bu bulgular tablo 4.6, tablo 4.7, tablo 4.8, tablo 4.9, tablo 4.10, tablo 4.11, tablo 4.12, tablo 4.13, tablo 4.14 ve tablo 4.15'te gösterildi.

Tablo 4.6: Hastaların Ameliyat Sonrası Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Ameliyat Sonrası Özellikler		
Gıda alma süresi (saat)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	8-13 (8)
	<i>Ort±Ss</i>	8,87±1,19
Alınan gıda; n (%)	Su, çorba	47 (36,2)
	Su	20 (15,4)
	Çorba, patates	1 (0,8)
	Su, bisküvi	12 (9,2)
	Su, çay, bisküvi	9 (6,9)
	Yoğurt, muhallebi	1 (0,8)
	Çay, bisküvi	25 (19,2)
	Komposto	12 (9,2)
	Bisküvi, meyve suyu	3 (2,3)
	İdrar çıkışı; n (%)	Var
Sonda		86 (66,2)
Diyaliz		1 (0,8)
İdrar çıkış zamanı (saat) (n=43)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	24-48 (24)
	<i>Ort±Ss</i>	28,46±9,45
Ameliyat süresi (saat)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	2-10 (4)
	<i>Ort±Ss</i>	4,36±1,01
Görüşme zamanı; n (%)	2.gün	88 (67,7)
	3.gün	42 (32,3)
Mide ilacı kullanımı; n (%)	Yok	7 (5,4)
	Var	123 (94,6)
Yatış süresi (gün)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	2-20 (3)
	<i>Ort±Ss</i>	3,94±2,16

Hastaların ameliyat sonrası gıda alma süreleri 8 ile 13 saat arasında değişmekte olup, ortalama 8.87±1.19 saattir. Hastaların aldığı gıdalar incelendiğinde; %36.2' sinin

(n=47) su ve çorba, %15.4'ünün (n=20) su; %0.8'inin (n=1) çorba ve patates, %9.2'sinin (n=12) su ve bisküvi, %6.9'unun (n=9) su, çay ve bisküvi, %0.8'inin (n=1) yoğurt ve muhallebi, %19.2'sinin (n=25) çay ve bisküvi, %9.2'sinin (n=12) komposto ve %2.3'ünün (n=3) bisküvi ve meyve suyu aldığı saptandı. İdrar çıkışı %33.0'ünde (n=43) gözlenirken; %66.2'sinde (n=86) sonda kullanılmış ve %0.8'i (n=1) diyalize alınmıştır. İdrar çıkış zamanı 24 ile 48 saat arasında değişmekte olup, ortalama 28.46 ± 9.45 saattir. Ameliyat süreleri 2 ile 10 saat arasında değişmekte olup, ortalama 4.36 ± 1.01 saattir. Ameliyat sonrası görüşme zamanı incelendiğinde; %67.7'sinin (n=88) 2. günde ve %32.3'ünün (n=42) 3. günde olduğu saptandı. Hastaların ameliyat sonrası yatış süreleri 2 ile 20 gün arasında değişmekte olup, ortalama 3.94 ± 2.16 gün olarak belirlendi.

Tablo 4.7: Hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme Kalitesi Anketine Göre Dağılımları (Bölüm A)

	Hiçbir Zaman		Bazen		Genellikle		Çoğu Zaman		Her Zaman	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Konfor/ Rahatlık										
Rahatça nefes alıp verebiliyorum	0	0,0	0	0,0	5	3,8	23	17,7	102	78,5
İyi bir uyku uyudum	2	1,5	20	15,4	91	70,0	17	13,1	0	0,0
Yediklerimden tat alabiliyorum	3	2,3	42	32,3	68	52,3	17	13,1	0	0,0
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	0	0,0	31	23,8	84	64,6	15	11,5	0	0,0
Duyular										
Genel olarak kendimi iyi hissediyorum	0	0,0	10	7,7	88	67,7	32	24,6	0	0,0
Kendime hakimim	0	0,0	6	4,6	73	56,2	50	38,5	1	0,8
Kendimi rahat hissediyorum	0	0,0	7	5,4	81	62,3	42	32,3	0	0,0
Fiziksel Bağımlılık/ Hareket Özgürlüğü										
Normal konuşabiliyorum	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,3	127	97,7
Yüzümü yıkayabiliyorum, dişlerimi fırçalayabiliyorum, tıraş olabiliyorum	0	0,0	4	3,1	64	49,2	57	43,8	5	3,8
Kendi görünümümü kendim düzeltebiliyorum	0	0,0	0	0,0	45	34,6	77	59,2	8	6,2
Yazı yazabiliyorum	0	0,0	1	0,8	3	2,3	46	35,4	80	61,5
İşime dönebilirim ya da gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum	0	0,0	38	29,2	63	48,5	29	22,3	0	0,0
Hasta Desteği										
Hastane personeli ile iletişim kurabiliyorum (Hastanedeyken)	0	0,0	0	0,0	7	5,4	26	20,0	97	74,6
Ailem ve arkadaşlarımla iletişim kurabiliyorum	0	0,0	0	0,0	10	7,7	28	21,5	92	70,8
Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum	0	0,0	0	0,0	18	13,8	38	29,2	74	55,9
Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum	0	0,0	0	0,0	20	15,4	36	27,7	74	56,9
Ailem veya arkadaşlarımdan destek alabiliyorum	0	0,0	0	0,0	11	8,5	35	26,9	84	64,6
Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum	0	0,0	0	0,0	4	3,1	41	31,5	85	65,4

İyileşme Kalitesi Anketi A Bölümü; “Konfor/Rahatlık”, “Duygular”, “Fiziksel Bağımlılık/Hareket Özgürlüğü” ve “Hasta Desteği” alt başlıklarına ilişkin dağılımlar Tablo 4.7’de verildi.

“Konfor/Rahatlık” durumları ile ilgili hastaların %78,5’i (n= 102) “her zaman” rahatça nefes alıp verebildiklerini; %70’i (n= 91) “genellikle” iyi bir uyku uyduğunu; %52,3’ü (n=68) “genellikle” yediklerinden tat alabildiğini; %64,6’sı (n= 84) “genellikle” kendini dinlenmiş hissettiğini ifade etti.

“Duygular” ile ilgili hastaların %67,7’si (n=88) “genellikle” genel olarak kendini iyi hissettiği; %56,2’si (n= 73) “genellikle” kendine hakim olduğu; %62,3’ü (n= 81) “genellikle” kendini rahat hissettiği belirlendi.

“Fiziksel Bağımlılık/Hareket Özgürlüğü” ile ilgili hastaların %97,7’si (n= 127) “her zaman” normal konuşabildiğini; %49,2’si (n= 64) “genellikle” yüzünü yıkayabildiğini, dişlerini fırçalayabildiğini, tıraş olabildiğini; %59,2’si (n= 77) “çoğu zaman” kendi görünümünü kendisi düzeltebildiğini; %61,5’i (n= 80) “her zaman” yazı yazabildiğini; %48,5’i (n= 63) “genellikle” işine dönebileceğini ya da gündelik hayatta yaptığı işleri yapabileceğini ifade etti.

“Hasta Desteği” ile ilgili hastaların %74,6’sı (n= 97) “her zaman” hastane personeli ile iletişim kurabildiğini; %70,8’i (n= 92) “her zaman” ailesi ve arkadaşları ile iletişim kurabildiğini; %55,9’u (n= 74) “her zaman” hastanedeki doktorlardan destek alabildiğini; %56,9’u (n= 74) “her zaman” hastanedeki hemşirelerden destek alabildiğini; %64,6’sı (n=84) “her zaman” ailesi ve arkadaşlarından destek alabildiğini; %65,4’ü (n= 85) “her zaman” komutları ve tavsiyeleri anlayabildiğini belirtti.

Tablo 4.8: Hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme Kalitesi Anketine Göre Dağılımları (Bölüm B)

	Hiçbir Zaman		Bazen		Genellikle		Çoğu Zaman		Her Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Konfor/ Rahatlık										
Bulantı	12	9,2	76	58,5	33	25,4	9	6,9	0	0,0
Kusma	71	54,6	53	40,8	5	3,8	1	0,8	0	0,0
Öğürme	67	51,5	54	41,5	7	5,4	2	1,5	0	0,0
Huzursuzluk hissetme	53	40,8	32	24,6	35	26,9	10	7,7	0	0,0
Sallanma ya da seğirme	93	71,5	33	25,4	3	2,3	1	0,8	0	0,0
Titreme	73	56,2	52	40,0	4	3,1	1	0,8	0	0,0
Üşüdüğünü hissetme	72	55,4	54	41,5	4	3,1	0	0,0	0	0,0
Baş dönmesi hissetme	61	46,9	58	44,6	11	8,5	0	0,0	0	0,0
Duygular										
Kötü rüya görme	100	76,9	29	22,3	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Kaygılı hissetme	3	2,3	53	40,8	45	34,6	26	20,0	3	2,3
Öfkeli hissetme	51	39,2	64	49,2	9	6,9	6	4,6	0	0,0
Depresif (ruhsal sıkıntı) hissetme	42	32,3	67	51,5	16	12,3	5	3,8	0	0,0
Kendini yalnız hissetme	70	53,8	58	44,6	2	1,5	0	0,0	0	0,0
Uykuya dalmakta güçlük çekme	0	0,0	26	20,0	45	34,6	53	40,8	6	4,6
Hasta Desteği										
Kafası karışık hissetme	25	19,2	79	60,8	25	19,2	1	0,8	0	0,0
Ağrı										
Orta şiddette ağrı	0	0,0	21	16,2	49	37,7	58	44,6	2	1,5
Şiddetli ağrı	15	11,5	105	80,8	10	7,7	0	0,0	0	0,0
Baş ağrısı	38	29,2	79	60,8	13	10,0	0	0,0	0	0,0
Kas ağrısı	25	19,2	39	30,0	63	48,5	3	2,3	0	0,0
Sırt ağrısı	24	18,5	32	24,6	64	49,2	10	7,7	0	0,0
Boğaz ağrısı	110	84,6	18	13,8	1	0,8	1	0,8	0	0,0
Ağızda yaraya bağlı ağrı	125	96,2	4	3,1	1	0,8	0	0,0	0	0,0

İyileşme Kalitesi Anketi B Bölümü; “Konfor/Rahatlık”, “Duygular”, “Hasta desteği” ve “Ağrı” alt başlıklarına ilişkin dağılımlar Tablo 4.8’de verildi.

“Konfor/Rahatlık” ile ilgili hastaların %58,5’i (n= 76) “bazen” bulantı yaşadıklarını; %54,6’sı (n= 71) “hiçbir zaman” kusmadığını; %51,5’i (n= 67) “hiçbir zaman” öğürmediğini, %40,8’i (n= 53) “hiçbir zaman” huzursuzluk hissetmediğini; %71,5’i (n= 93) “hiçbir zaman” sallanma ya da seğirme durumu yaşamadığını; %56,2’si (n= 73) “hiçbir zaman” titreme yaşamadığını; %55,4’ü (n= 72) “hiçbir zaman” üşümediğini; %49,9’u “hiçbir zaman” baş dönmesi hissetmediğini ifade etti.

“Duygular” ile ilgili hastaların %76,9’u (n= 100) “hiçbir zaman” kötü rüya görmediğini; %40,8’i (n= 53) “bazen” kaygılı hissettiğini; %49,2’si (n= 64) “bazen”

öfkeli hissettiğini; %51,5'i (n= 67) “bazen” depresif hissettiğini; %53,8'i (n= 70) “hiçbir zaman” kendini yalnız hissetmediğini; %40,8'i (n= 53) “çoğu zaman” uykuya dalmakta güçlük çektiğini belirtti.

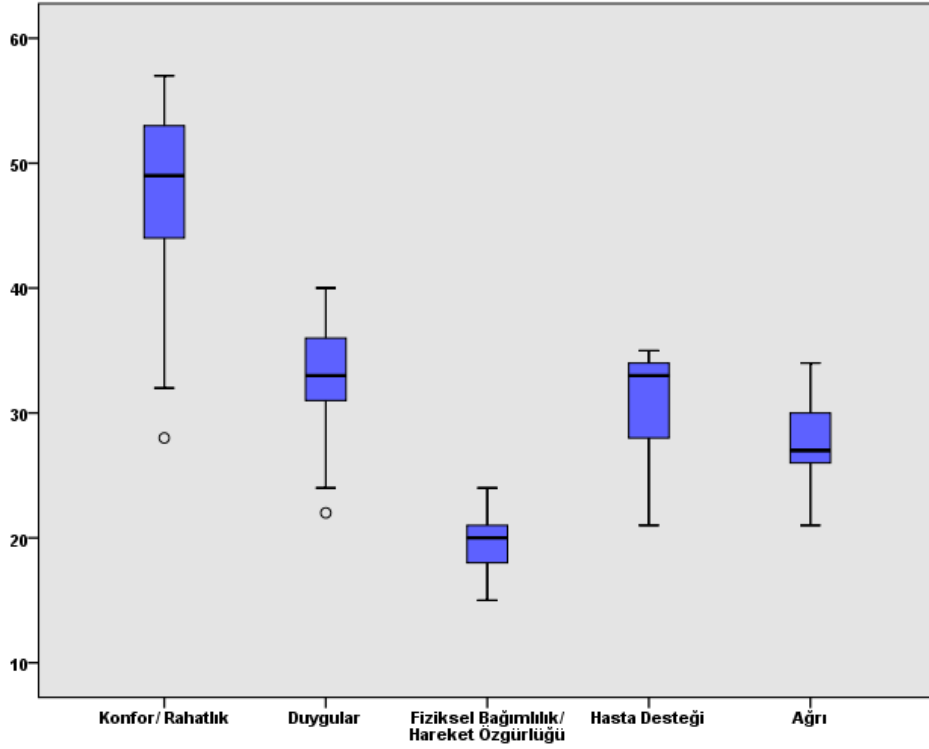
“Hasta Desteği” ile ilgili hastaların %60,8'i (n= 79) “bazen” kafası karışık hissettiğini ifade etti.

“Ağrı” ile ilgili hastaların %44,6'sının (n= 58) “çoğu zaman” orta şiddette ağrı yaşadığı; %80,8'inin (n= 105) “bazen” şiddetli ağrı yaşadığı; %60,8'inin (n= 79) “bazen” baş ağrısı yaşadığı; %48,5'inin (n= 63) “genellikle” kas ağrısı yaşadığını, %49,2'sinin (n= 64) “genellikle” sırt ağrısı yaşadığını; %84,6'sının (n= 110) “hiçbir zaman” boğaz ağrısı yaşamadığı; %96,2'sinin (n= 125) “hiçbir zaman” ağızda yaraya bağlı ağrı yaşamadığı saptandı.

Tablo 4.9: Hastaların Ameliyat Sonrası İyileşme Kalitesi Anketi Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımları

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Konfor/Rahatlık	12	28-57 (49)	48,04±5,71
Duygular	9	22-40 (33)	33,32±3,96
Fiziksel Bağımlılık/ Hareket Özgürlüğü	5	15-24 (20)	19,68±1,99
Hasta Desteği	7	21-35 (33)	31,34±3,65
Ağrı	7	21-34 (27)	27,89±2,80
Toplam	40	120-185 (161)	160,28±13,37

İyileşme Kalitesi Anketi Konfor/Rahatlık alt boyut puanları 28 ile 57 arasında değişmekte olup, ortalama 48.04±5.71; Duygular alt boyut puanları 22 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama 33.32±3.96; Fiziksel Bağımlılık/ Hareket Özgürlüğü alt boyut puanları 15 ile 24 arasında değişmekte olup, ortalama 19.68±1.99; Hasta Desteği alt boyut puanları 21 ile 35 arasında değişmekte olup, ortalama 31.34±3.65 ve Ağrı alt boyut puanları 21 ile 34 arasında değişmekte olup, ortalama 27.89±2.80 olarak saptandı. İyileşme Kalitesi Anketi Toplam puanları ise 120 ile 185 arasında değişmekte olup, ortalama 160.28±13.37'dir.



Şekil 4.1: İyileşme Kalitesi Anketi Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımları

Tablo 4.10: Ameliyat Öncesi ve Sonrası İyileşme Kalitesi Anketi Toplam Puan Ortalamalarının Değerlendirmesi

	İyileşme Kalitesi Anketi Toplam Puan Ortalamaları		Test değeri ^b p
	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	
	Ameliyat öncesi şikayet puanı	1-3,14 (1,86)	
Ameliyat sonrası şikayet puanı	3-4,63 (4,02)	4,01±0,33	

^bPaired Samples t Test

**p<0,01

Ameliyat öncesi toplam puan ortalamaları 1.87±0.49; ameliyat sonrası toplam puan ortalamaları ise 4.01±0.33'tür. Ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.001; p<0.01).

Tablo 4.11: Hastaların Ameliyat Öncesi Açlık Süreleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme Kalitesi Anketi Alt Boyut ve Toplam Puanlarının İlişkisi

	Aç kalma süresi (saat)	
	R	P
Konfor/Rahatlık	-0,001	0,987
Duygular	-0,055	0,538
Fiziksel Bağımlılık/ Hareket Özgürlüğü	-0,060	0,500
Hasta Desteği	0,000	1,000
Ağrı	0,056	0,525
Toplam	-0,014	0,876

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Hastaların aç kalma süreleri ile İyileşme Kalitesi Anketi Konfor/Rahatlık, Duygular, Fiziksel Bağımlılık/ Hareket Özgürlüğü, Hasta Desteği ve Ağrı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Hastaların aç kalma süreleri ile İyileşme Kalitesi Anketi toplam puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

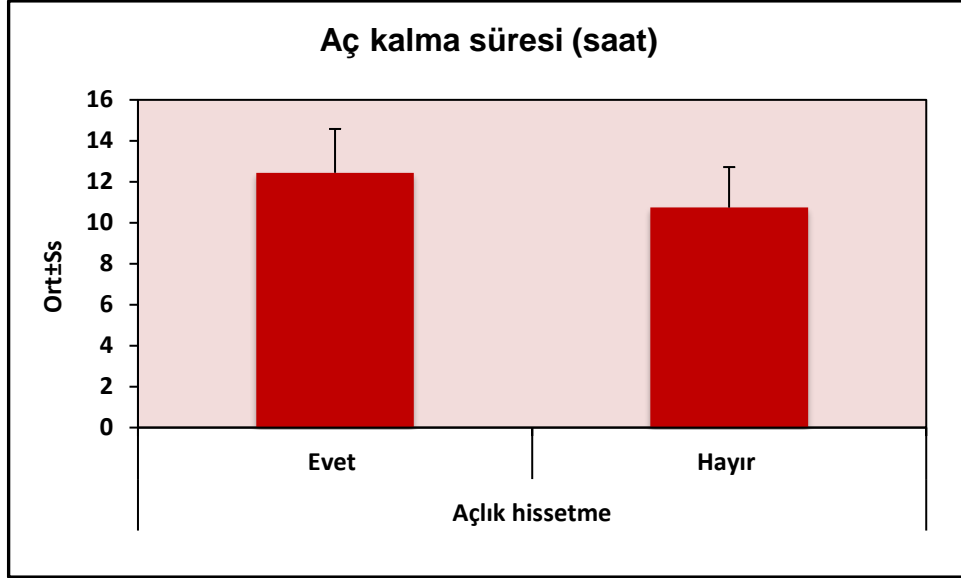
Tablo 4.12: Hastaların Ameliyat Öncesi Açlık Hissetme Durumuna Göre Açlık Sürelerinin Değerlendirmesi

	n	Aç kalma süresi (saat)		Test değeri	<i>p</i>
		Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss		
Evet	40	8,5-16 (13)	12,44±2,14	t=4,400	0,001**
Açlık hissetme					
Hayır	90	8-15 (10)	10,74±1,98		

^aStudent t Test

*** $p<0,01$*

Açlık hisseden olguların aç kalma süreleri ortalama 12.44±2.14 saat; açlık hissetmeyenlerin aç kalma süreleri ortalama 10.74±1.98 saattir. Açlık hisseden grubun açlık sürelerinin, açlık hissetmeyen gruptan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.001$; $p<0.01$).



Şekil 4.2: Açlık hissetme durumuna göre aç kalma sürelerinin dağılımları

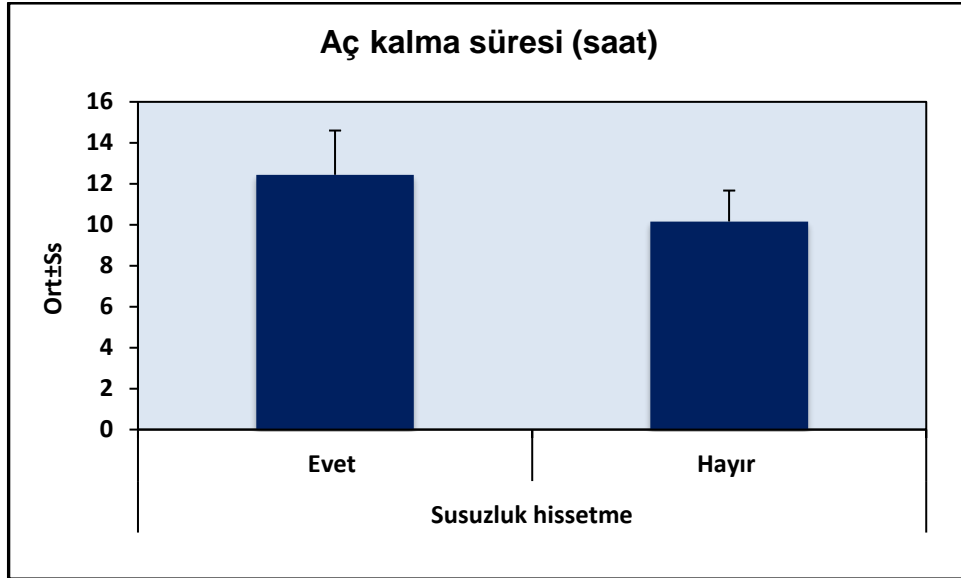
Tablo 4. 13: Hastaların Ameliyat Öncesi Susuzluk Hissetme Durumuna Göre Açlık Sürelerinin Değerlendirmesi

		Aç kalma süresi (saat)			Test değeri	^a p
		n	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss		
Susuzluk hissetme	Evet	63	8-16 (13)	12,44±2,16	t=6,938	0,001**
	Hayır	67	8-14 (10)	10,16±1,51		

^aStudent t Test

**p<0,01

Susuzluk hisseden olguların aç kalma süreleri ortalama 12,44±2,16 saat; susuzluk hissetmeyenlerin aç kalma süreleri ortalama 10,16±1,51 saattir. Susuzluk hisseden grubun açlık sürelerinin, susuzluk hissetmeyen gruptan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.001; p<0.01).



Şekil 4.3: Susuzluk hissetme durumuna göre aç kalma sürelerinin dağılımları

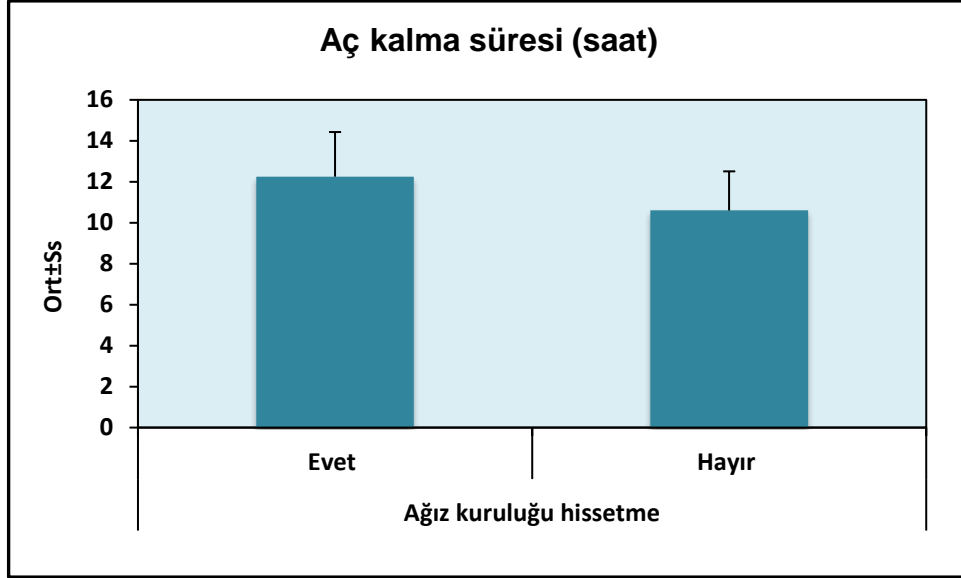
Tablo 4.14: Hastaların Ameliyat Öncesi Ağız Kuruluğu Hissetme Durumuna Göre Açlık Sürelerinin Değerlendirmesi

	Aç kalma süresi (saat)			Test değeri	^a p	
	n	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss			
Ağız kuruluğu hissetme	Evet	52	8-16 (13)	12,25±2,18	t=4,429	0,001**
	Hayır	78	8-15 (10)	10,60±1,91		

^aStudent t Test

**p<0,01

Ağız kuruluğu hisseden olguların aç kalma süreleri ortalama 12.25±2.18 saat; ağız kuruluğu hissetmeyenlerin aç kalma süreleri ortalama 10.60±1.91 saattir. Ağız kuruluğu hisseden grubun açlık sürelerinin, ağız kuruluğu hissetmeyen gruptan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.001; p<0.01).



Şekil 4.4: Ağız kuruluğu hissetme durumuna göre aç kalma sürelerinin dağılımları

Tablo 4.15: Hastaların Ameliyat Öncesi Açlık Süreleri ile Açlık, Susuzluk, Ağız Kuruluğu Hissetme Derecelerinin ve Ameliyat Sonrası Yatış Sürelerinin İlişkisi

	Aç kalma süresi (saat)	
	R	P
Açlık hissetme derecesi	-0,053	<i>0,746</i>
Susuzluk hissetme derecesi	0,037	<i>0,771</i>
Ağız kuruluğu hissetme derecesi	-0,104	<i>0,462</i>
Ameliyat sonrası yatış süresi (gün)	-0,075	<i>0,394</i>

r:Spearman's Korelasyon Katsayısı

Aç kalma süreleri ile açlık, susuzluk ve ağız kuruluğu hissetme dereceleri ve ameliyat sonrası yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Günümüzde cerrahi girişimler cerrahi alanındaki hızlı teknolojik gelişmelere, hasta bakımındaki ve anestezideki ilerlemelere bağlı olarak en son başvurulmuş tedavi yöntemi olmaktan çıkmış ve yaygın olarak uygulanır hale gelmiştir (İzveren ve Dal 2011).

Cerrahi girişimler geleneksel olarak Nil Per Os (NPO), yani ameliyat öncesi gece yarısından itibaren oral yoldan katı ve sıvı alımı kesilerek gerçekleştirilmektedir (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Ameliyat öncesi açlığın amacı, anestezi öncesi mide içeriğinin hacmini ve asitliğini azaltarak aspirasyon riskini en aza indirmektir (Aguilar ve Dock 2010). Ancak uzun süreli açlığın mide içeriğinin boşaltılmasını tam olarak sağlayamadığı, mide sıvısı hacmi ve asiditesini ve buna bağlı aspirasyon riskini azaltmadığı görülmüştür. Uzun süre aç kalan hastaların susuzluk ve ağız kuruluğu şikayeti olmuş, buna bağlı olarak dehidratasyon riskinin arttığı gözlenmiştir (Phillips ve ark. 1993).

Ameliyat öncesi açlık konusu sadece aspirasyon riskine yönelik incelenirken, yakın geçmişte bu durumun metabolik etkileri de araştırılmaya başlanmıştır. Ameliyat öncesi açlığın ameliyat sonrası insülin direncinin gelişmesinde en önemli faktör olduğu hakkındaki bilgiler artmaktadır (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Ameliyat öncesi gece yarısından sonra hastaların tamamen aç kalmaları, ameliyat öncesi açlık sürelerinin kısaltılması, açlık sürecinde verilen aynı hacim ve farklı içerikteki sıvıların kan şekeri, insülin ve albümin düzeyi, hastanede kalış süresi gibi ameliyat sonrası döneme ait etkileri ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Ameliyat öncesi uzun süren açlığın birçok metabolik değişikliğe neden olduğu, hastaların stresini ve hastanede kalış süresini arttırdığı ve hasta konforunu azalttığı yine yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Gök ve Yavuz 2018). Cerrahi öncesi açlık hasta için sıkıntıya neden olmakta, anksiyeteyi arttırmakta ve hastada oluşturduğu dehidratasyona bağlı olarak sorunlar oluşturmaktadır. 1987 yılında Sutherland ve ark. dehidratasyonun özellikle gününbirlik vakalarda cerrahi girişim sonrası kusma insidansını arttırdığını belirlemişlerdir (Shutherland ve ark. 1987).

Batı dünyasında pek çok ülkede ameliyattan önceki gece yarısından sonra aç kalma uygulaması değiştirilmekte ve güncellenmektedir. Uygun aç kalma süresinin

hastada oluşabilecek riskleri azaltacağı ve ameliyat sonrası iyileşmeyi arttıracığı belirtilmektedir (Yılmaz 2009). Son yapılan çalışmalarda uzun süren açlığın gereksiz ve zararlı olduğu yönünde bilgiler bulunmaktadır (Saqr ve Chambers 2006).

Tüm bunlar göz önünde bulundurularak, bu çalışma hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki iyilik hallerini incelemek amacıyla planlandı ve gerçekleştirildi.

Çalışma sonucu elde edilen bulgular, araştırma sorularına göre dört bölüm halinde incelendi ve tartışıldı.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri Nelerdir?

Çalışmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri değerlendirildiğinde; çalışma grubunu oluşturan 130 hastanın çoğunluğunun erkek (%79.2; n=103), ortalama yaşlarının 57.48 ± 11.12 ; %90.8'inin (n=118) evli; %57.7'sinin (n=75) ilkokul mezunu; büyük çoğunluğunun (%40.8; n=53) emekli olduğu ve herhangi bir işte çalışmadığı (%56.2; n=73); sosyal güvenceleri ve ekonomik durumları değerlendirildiğinde %62.3'nün (n=81) SGK'lı olduğu, %61.5'inin (n=80) gelirinin giderine denk olduğu görüldü (Tablo 4.1).

5.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Tanımlayıcı Özellikleri Nelerdir?

Çalışmaya katılan hastaların %63.8'inin (n=83) Prostat Tümörü tanısı ile tedavi gördüğü ve çoğunluğunun (%63.8; n=83) Robotik Prostatektomi ameliyatı olduğu saptandı (Tablo 4.2).

Hastaların tamamının (n=130) ameliyat öncesi aç kalma konusunda bilgilendirilmiş olduğu, bu bilgilendirmenin çoğunluğun (%79.2; n=103) hem hekim hem de hemşire tarafından yapıldığı belirlendi (Tablo 4.3). Dolgun ve arkadaşlarının (2011) cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerini inceledikleri çalışmada, hastaların hemen hemen hepsinin (%96.6) ameliyat öncesinde aç kalma konusunda bilgilendirildiği, bu bilgilendirmenin %40.7'sinin hekim tarafından yapıldığı bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları değerlendirildiğinde, hastaların tamamının ameliyat öncesinde aç kalma konusunda bilgilendirilmesinin, çoğu hastanın da hem hekim hem de hemşire tarafından bilgilendirilmesinin rutin bir uygulama olarak yerleştiği söylenebilir.

Hastaların ameliyat öncesi gece yarısından (24:00) sonra aç kaldığı; aç kalma sürelerinin ortalama 11.26 ± 2.17 saat; katı gıda almama sürelerinin ortalama 12.56 ± 2.47

saat ve sıvı gıda almama sürelerinin ise ortalama 11.26 ± 2.17 saat olduğu belirlendi (Tablo 4.3). TARD ameliyat öncesi açlık süresini, berrak sıvılar sonrası 2 saat (herkes için geçerli), yeni doğan ve infantlarda emzirme sonrası 4 saat, mama ve katı gıda sonrası 6 saat, yetişkinlerde hafif yiyecek sonrası 6 saat, yağlı ve kızarmış yiyecek için 8 saat olarak önermektedir. Bu çalışmada ameliyat öncesi açlık süresinin TARD önerilerine göre olmadığı ve hastaların ameliyat öncesi uzun süre aç kaldığı görülmektedir. Demirdağ ve Karaöz'ün (2015) çalışmasında, hastaların ortalama açlık süresi 11.12 ± 2.35 saat, katı gıdalar için 14.69 ± 3.11 saat, sıvı gıdalar için ise 13.64 ± 3.10 saat süren bir açlık süresinin olduğu belirtilmiştir. Yine bu sonuçlara benzer olarak; Crenshaw ve Winslow (2002) yaptıkları çalışmada ortalama açlık süresinin 12-14 saat olduğunu, hatta bazı hastalarda katı gıdalar için 37 saate, sıvı gıdalar için 20 saate kadar uzayabildiğini; Furrer ve ark. (2006) ise ortalama açlık süresinin katı gıdalar için 15.5 saat, sıvı gıdalar için 12.8 saat olarak bulmuşlardır.

Açlık sırasında bedende pek çok değişiklik olmaktadır. Açlık sonucu karaciğer ve kas dokusundaki depolanmış karbonhidrat açığa çıkar, gece boyu açlık sırasında karaciğerdeki glikojenin yarıdan fazlası kaybedilir. Kaslardan salınan laktat ve aminoasit gibi kaynaklardan glikozun tekrar üretilmesi açlık süresinin ilk 22 saatindeki toplam glikoz üretiminin yaklaşık %65'i kadardır. 24 saat süreyle açlığın kanama sonrasında mortaliteyi arttırdığı ve sağ kalımın hiperglisemi geliştirme kapasitesi ile yakından ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Ljungqvist ve ark. (1987) yaptıkları çalışmada kısa süreli açlığın ozmotik sıvı değişimi yeteneğini en aza indirerek yaşamsal savunma mekanizmalarını bozduğunu ve açlık sonrası strese verilen endokrin yanıtların da önemli oranda değiştiğini göstermiştir. Dolgun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastaların ameliyat öncesi aç kalma süresi ortalama 13.53 saat ve sıvı kısıtlama süresi ortalama 12.21 saat olarak belirtmişlerdir. Gürkan ve Yağcıoğlu'nun (2010) ameliyat öncesi gerçek açlık süresi ve hastanın iyilik haline etkisini araştırdığı çalışmada; hastaların tümünün gece yarısından sonra aç kaldığı, hastaların gerçek açlık süresi sıvılarda ortalama 14.4 ± 3 (8-28), katı yiyeceklerde 16.6 ± 3 (8-28) saat olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın bulguları yapılan benzer birçok çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir. Hastaların ameliyat öncesi açlık sürelerinin bu konudaki rehberlerle aynı olmadığı ve önerilen süreden daha uzun olduğu belirlendi. Ameliyat sonrası hastaların halen gece yarısından sonra aç bırakılmaları ve açlık sürelerinin uzamasının nedeni olarak gerek cerrah gerekse anesteziyologların hastaların "aspirasyon

riski konusundaki endişeleri” olarak düşünülmektedir. de Andrade Gagheggi Ravanini ve arkadaşlarının 2015 yılında laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan 38 hasta ile yaptıkları çalışmada hastalar iki gruba ayrılarak bir grup geleneksel yõteme göre aç ve susuz bırakılmış bir gruba kısaltılmış açlık programı uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; hastaların hiçbirinde aspirasyon pnömonisi gibi pulmoner komplikasyonlar görülmemiş, ameliyat öncesi açlık süresinin kısaltılması ve 2 saat önce karbonhidrat ve protein açısından zengin bir sıvının hastalara verilmesinin güvenli olduğu, ayrıca bu tür sıvıların alınmasının insülin direncini düşürdüğü ve bronkospirasyon riskini artırmadığını belirtmişlerdir. Ameliyat öncesi açlık süresinin uzun olmasının hastalar üzerindeki olumsuz metabolik ve psikolojik etkileri mevcuttur. Konunun tüm sağlık disiplinleri ile tartışılmasının ve hasta konforu ve iyiliği adına uygulamaların gözden geçirilmesinin olumlu olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, ameliyat öncesi hastaların %30.8’inin (n=40) açlık; %48.5’inin (n=63) susuzluk; %40’inin (n=52) ağız kuruluğu hissettiği belirlendi (Tablo 4.3). Dolgun ve ark. nın yaptığı bir çalışmada, hastaların ameliyat öncesinde %30.3’ünün açlık, %47.6’sının ise susuzluk hissettiği belirtilmiştir. Gürkan ve Yağcıoğlu’nun çalışmasında da hastaların ameliyat öncesi %60.5’inin orta şiddette açlık ve %58.5’inin susuzluk hissettiği ifade edilmiştir. Uzun süre aç kalmaya bağılı olarak hastaların ameliyat öncesinde açlık ve susuzluğa ilişkin bulguları benzer araştırmalarla da paralellik göstermektedir.

Açlığa ve cerrahi strese bağılı olarak gelişen ameliyat sonrası insülin direnci diyabetik olmayan elektif cerrahi geçirmiş hastalarda karşılaşılan önemli bir katabolik durumdur. Bu durum cerrahi travmanın büyüklüğü ile orantılı olup komplikasyon gerçekleşmeyen bir karın ameliyatından sonra yaklaşık 2-3 hafta sürmektedir. Ameliyat sonrası insülin direncinin sonucunda iyileşme ve hastanede kalış süresi uzamaktadır (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Peixe-Machado ve arkadaşlarının 2013 yılında gastrointestinal laparotomi uygulanan 22 hasta ile yaptıkları çalışmada hastalar deney ve kontrol olarak iki gruba ayrılmıştır. Deney grubu hastalara gece yarısı 400 ml ve ameliyattan 3 saat önce 200 ml %89 karbonhidrat içeren oral solüsyon verilirken; kontrol grubu gece yarısından sonra (6-8 saat) aç bırakılmış ve ameliyattan bir gün önce ve ameliyatın olduğu gün glikoz, insülin, trigliserid, albumin ve prealbümin seviyelerine bakılmıştır. Machado ve arkadaşlarının bu çalışmasında hastaların kan glikoz düzeyleri kontrol grubundaki hastalarda daha yüksek bulunurken insülin miktarı ve insülin direnci

daha düşük bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. CRP, albumin ve glikoproteinler kontrol grubunda yüksek deney grubunda düşük bulunmuştur. Çalışma sonucunda, ameliyat öncesi açlık süresinin kısaltılmasının ve karbonhidratlı bir içeceğin verilmesinin güvenli olduğu, ameliyat sonrası iyileşme sürecini hızlandırdığı, ameliyat sonrası inflamatuvar yanıtı ve hastanede kalış süresini kısalttığı vurgulanmıştır.

Bu çalışmada, hastalarda insülin direnci gelişip gelişmediği araştırılmadı. Hastaların ameliyat öncesi yatış süreleri 3-20 gün arasında değişmekte olup, ortalama 6.13 ± 3.30 gün; ameliyat sonrası yatış süreleri ise 2 ile 20 gün arasında değişmekte olup, ortalama 3.94 ± 2.16 gün olarak bulundu (Tablo 4.3 ve Tablo 4.6).

Kennedy ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir çalışmada, ERAS protokolü uygulanan hastalarda ortalama hastanede kalış süresini 7 gün, klasik yöntemlerin uygulandığı hastalarda 13 gün olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada sadece ameliyat öncesi açlık süresi ve buna bağlı olarak hastaların iyilik halleri incelendiğinden, ERAS protokolünün uygulandığı çalışmalarla karşılaştırma yapılamamaktadır. Ancak ERAS protokolünün kriterleri arasında olan ameliyat öncesi açlığın hastaların iyileşme ve taburculuk sürecinde önemli etkileri olduğu da bilinmektedir.

Ameliyat öncesi hastaların çoğunluğunun (%44,6; n=58) bulantı şikayeti olduğu fakat hastaların hiçbirinde (n=130) kusma görülmediği saptandı (Tablo 4.5). Hastaların çoğunluğu (%53,1; n=69) ameliyat öncesi yorgunluk hissetmediğini ve baş dönmesi (%70,8'i n= 92) yaşamadığını; %36,2'si (n= 47) "çoğu zaman" kaygılı hissettiğini; %31,5'i (n=41) "genellikle" uykuya dalmada güçlük yaşadığını belirtti (Tablo 4.5). Hastaların ameliyat öncesi yaşadıkları kaygı, anksiyete gibi duygu durumlarının uygulanacak cerrahi girişimin türü ne olursa olsun bilinmeyene karşı duyulan korkudan, ölüm korkusundan, sosyal hayatından uzaklaşma endişesinden ve cerrahi stres sonucu oluştuğu; uzun süre aç ve susuz kalınmasının da hastaların duygu durumlarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Özkan ve ark (2016) yaptıkları bir çalışmada, hastaların olması gerekenden daha uzun süre aç ve susuz kalmalarının ve hissedilen açlık ve susuzluğun anksiyeteyi artırdığını belirlemişlerdir. Ayoğlu ve arkadaşlarının (2009) ameliyat öncesi oral karbonhidrat solüsyonu kullanılmasının hasta anksiyetesi ve konforu üzerine etkilerinin araştırdıkları bir çalışmada, laparoskopik kolesistektomi planlanan 40 hasta araştırmaya dahil edilmiş ve hastalar deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Deney grubu hastalara ameliyattan önce gece saat 24:00'da ve

ameliyattan 2 saat önce oral sıvı içirilmiştir. Ameliyat öncesi dönemde deney grubundaki hastaların susuzluk hissinin kontrol grubuna göre daha az olduğu, deney grubu hastalarda durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri azalırken, kontrol grubunda arttığı saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların ameliyat sonrası erken dönemde bulantı kusmalarının daha az, konforlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların kaygı ve anksiyete yaşamalarının benzer çalışmalara bakılarak ortak duygu durumu olduğu düşünülebilir.

Ameliyat öncesi aç ve susuz kalma ile ilgili yaşanacak durumlardan oluşturulan ve 7 ile 22 arasında değişen şikâyet puanı hesaplanmasında, şikâyet puanı ortalaması 13.08 ± 3.43 olarak bulundu (Tablo 4.5.1). Gürkan ve Yağcıoğlu'nun (2010) yaptıkları çalışmada hastaların halsizlik (%38) ve baş ağrısı (%30) yaşadığı ve %33'ünün uzun süreli açlığa bağlı olarak kendilerini rahatsız/kötü/sinirli hissettikleri belirtilmiştir.

5.3. Hastaların Ameliyat Sonrası Tanımlayıcı Özellikleri Nelerdir?

Anestetik ya da narkotiklerin etkisi, gastrik boşalmanın gecikmesi, cerrahi girişim sırasında bağırsakların elle tutulması sonucu peristaltizmin yavaşlaması ve ameliyat sonrası yakın zamanda oral alımın olmaması gibi nedenlere bağlı olarak hastalarda bulantı ve kusma görülebilmektedir (Akyolcu 2012). Bu çalışmada, hastaların ameliyat sonrası dönemde ortalama 8.87 ± 1.19 saat sonra beslenmeye başladıkları ve yaklaşık üçte birinin (%36.2; n=47) beslenmeye su ve çorba ile başladığı gözlemlendi (Tablo 4.6). Hastaların oral alıma başlama zamanları çok uzun süre olmasa da ameliyat sonrası bulantı gibi sorunlar nedeniyle %94.6'sının (n=123) mide ilacı kullandığı saptandı (Tablo 4.6).

Bu çalışmada, kullanılan İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire QoR-40) ile hastaların konfor, rahatlık, duygusal durum, fiziksel bağımlılık ve hareket özgürlükleri, destek ihtiyaçları, ağrı düzeyleri sorgulandı. Ayrıca hastaların ameliyat sonrası iyilik halleri de incelendi. İyileşme Kalitesi Anketi Konfor/Rahatlık alt boyut puanları 28 ile 57 arasında değişmekte olup, ortalama 48.04 ± 5.71 ; Duygular alt boyut puanları 22 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama 33.32 ± 3.96 ; Fiziksel Bağımlılık/ Hareket Özgürlüğü alt boyut puanları 15 ile 24 arasında değişmekte olup, ortalama 19.68 ± 1.99 ; Hasta Desteği alt boyut puanları 21 ile 35 arasında değişmekte olup, ortalama 31.34 ± 3.65 ve Ağrı alt boyut puanları 21 ile 34 arasında değişmekte olup, ortalama 27.89 ± 2.80 saptandı (Tablo 4.9). İyileşme Kalitesi

Anketi Toplam puanları ise 120 ile 185 arasında değişmekte olup, ortalama 160.28 ± 13.37 'dir (Tablo 4.9). Hastaların iyileşme puanlarının ortalama düzeyde olduğu ve ameliyat sonrası dönemde ciddi bir komplikasyon yaşamadıkları saptandı. Yolcu ve Akın'ın (2015) ortopedi, kalp ve genel cerrahi ameliyatları sonrası dönemde hastaların iyileşme durumları ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları ve yine İyileşme Kalitesi Anketi kullandıkları araştırmada ise ameliyat sonrası dönemde İyileşme Kalitesi Anketi toplam puanı $162,75 \pm 20,81$, puan ortalama değeri Fiziksel Rahatlık alt boyutu için $48,78 \pm 7,16$, Duygusal Durum alt boyutu için $37,19 \pm 5,05$, Hasta Desteği alt boyutu için $30,46 \pm 3,78$, Hareket Özgürlüğü alt boyutu için $20,06 \pm 3,54$ ve Ağrı alt boyutu için $26,26 \pm 4,37$ bulunmuştur. Yolcu ve Akın'ın çalışması farklı klinik hastalarıyla yapılmış olsa da, cerrahi girişim geçiren her hastanın ameliyat sonrası dönemdeki konfor, rahatlık, duygusal durum, fiziksel bağımlılık ve hareket özgürlükleri, destek ihtiyaçları, ağrı düzeyleri ile ilgili değerlendirme sonuçlarının ortak olduğu ve bu çalışma sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Hausel ve arkadaşlarının 2005 yılında elektif laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan 172 hasta ile yaptıkları çalışmada hastalar; gece yarısından sonra aç bırakılan, plasebo grubu (aromalı su verilen) ve karbonhidrat içerikli solüsyon verilenler olarak üç grupta incelenmiştir. Deney grubundaki (n=15) hastalara ameliyattan önceki gece 800 ml %12.5 karbonhidrat içeren sıvı verilmiş, plasebo grubunda (n=23) olan hastalara aynı miktarda aromalı su verilmiş, kontrol grubunda (n=23) olan hastalara ise hiçbir şey verilmemiştir. Gece yarısından sonra tüm hastalar aç bırakılmıştır. Ancak, deney ve plasebo grubu hastalara premedikasyondan 2 saat önce 400 ml uygun içecek verilmiştir. Ameliyat sonrası dönemde deney ve placebo grubunda ciddi bir komplikasyon olmamıştır. Ameliyattan önce 24 saat aç bırakılan hastaların % 40'ında, plasebo grubunun %39'unda, deney grubunun ise %27'sinde erken ve geç dönemde bulantı-kusma görülmüştür. İlk 12 saatteteki bulantı-kusma açısından gruplar arasında bir fark olmamasına rağmen, 12-24 saat arasında ameliyat öncesi aç bırakılan hastalarda diğer hastalara göre daha fazla görülmüştür. Plasebo ve deney grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Noblett ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları benzer araştırmada, ameliyat sonrası dönemde açlık süresi uzun olan hastaların tamamında bulantı kusma görülürken, karbonhidrat içeren sıvı verilen hastalardan sadece bir kişide görülmüştür.

Bu çalışmanın sonuçlarının, ameliyat öncesi uzun süre açlığa bağlı olarak ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşadığı bulantı-kusma gibi durumlar açısından yapılan randomize kontrollü çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

5.4. Hastaların Ameliyat Öncesi Açlık Süreleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemdeki İyilik Halleri Arasında İlişki Var Mı?

Bu çalışmada, hastaların ameliyat öncesi toplam şikayet puan ortalamaları 1.87 ± 0.49 ; ameliyat sonrası ise 4.01 ± 0.33 olarak bulundu (Tablo 4.10). Ameliyat öncesine göre sonrası puanlardaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.001$; $p<0.01$) (Tablo 4.10). Ameliyat sonrası dönemde hastanın vücut bütünlüğünde meydana gelen değişimler, cerrahi travmaya bağlı oluşan ağrı sonucu konfor düzeyinde azalma, anestetiklere, narkotiklere ve uzun süre aç kalmaya bağlı oluşabilen bulantı ve kusma sonucu beslenme durumundaki değişikliklere bağlı olarak bu sonuca ulaşılmasının normal olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada, hastaların ameliyat öncesi dönemde aç kalma süreleri ile sonrası dönemdeki iyilik hallerini ölçen İyileşme Kalitesi Anketi Konfor/Rahatlık, Duygular, Fiziksel Bağımlılık/ Hareket Özgürlüğü, Hasta Desteği ve Ağrı alt boyut puanları ile toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Ancak, literatürde ameliyat öncesi dönemde uzayan açlık süresinin hastaların iyilik hallerini olumsuz yönde etkilediği açıkça ifade edilmektedir (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Bu çalışmada, ameliyat sonrası iyilik hali sadece ameliyat öncesi açlık süresi ile değerlendirildi. Kontrol gruplarıyla yapılacak çalışmaların sonuçlarının daha anlamlı olacağı düşünülmektedir.

Ameliyattan 2 saat öncesine kadar sıvı gıda alımının 6 saat öncesine kadar da katı gıda alımının gastrik sıvı hacmi ve asiditesini arttırmadığı ve aspirasyon açısından sakıncalı olmadığı belirlenmesinden sonra, son yıllarda hastaların cerrahi süreç boyunca iyilik hallerini yüksek tutmak için oral glukoz solüsyonları ameliyattan 2 saat öncesine kadar kullanılabilir. Elektif hastaların ameliyat öncesi durumunun en üst düzeye getirilmesi amacıyla sıklıkla %12.5 oranında glukoz içeren oral karbonhidrat solüsyonu klinikte kullanılmakta ve bu solüsyonun insülin direncini azaltıp katabolik süreci baskılayabileceği görüşü ileri sürülmektedir (Özdemir ve ark 2011).

Özdemir ve arkadaşlarının (2011) majör ve minör cerrahi geçirecek hastalarda girişim öncesi oral karbonhidrat yüklemesinin açlığın ve travmanın oluşturduğu açlık,

susuzluk, ağız kuruluğu gibi olumsuz hisler, halsizlik ve bulantı-kusma gibi yan etkiler ve stres yanıt üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada; cerrahi girişimden bir gece önce 800 ml ve girişimden 2 saat önce 400 ml karbonhidrattan zengin sıvı veya su iirilmesinin etkilerinin cerrahi girişim türüne göre değişiklik gösterdiği, her iki yöntemin de her tür cerrahi girişim öncesi açlık, susuzluk ve ağız kuruluğu hissini azalttığı, karbonhidrattan zengin sıvının özellikle majör cerrahi sonrası ilk altı saat bulantı-kusmayı azalttığı, kan glukoz değerlerinin 24. saatte normale dönmesini, altıncı saatte insülin değerinin a olan hastalara göre yüksek olmasını ve minör cerrahi sonrası bağırsak hareketlerinin erken başlamasını sağladığı sonucuna vardıklarını belirtmişlerdir. Hausel ve arkadaşlarının (2001) elektif abdominal cerrahi uygulanacak 252 hastada yaptıkları çalışmada, hastaları ameliyat öncesinde karbonhidrattan zengin içecek alan, placebo alan ve a bırakılanlar olarak 3 gruba ayırarak incelemişler ve hastaları konsantrasyon güçlüğü, bulantı, yorgunluk hissi, güçsüzlük yönünden değerlendirmişler ve beslenen grupta tüm parametrelerin daha düşük olduğu sonucuna varmışlardır. Ameliyat ncesi açlığın metabolik dengesizlik sonucu gelişen birçok rahatsızlığa neden olabileceğini vurgulamışlardır. Bu çalışmanın bulguları gece boyu a bırakılan hastaları kapsamakta ve buna bağlı olarak hastaların iyilik hallerini incelemektedir. Çalışmada hastaların açlığa bağlı açlık, susuzluk, ağız kuruluğu hissetmesi, bulantı, yorgunluk gibi şikayetlerinin olması bakımından, bu çalışmanın sonuçları kontrol grupları ile yapılan çalışmaların sonuçlarıyla (zdemir ve ark. 2011; Hausel ve ark. 2001) benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmada açlık hissettiğini belirten hastaların aç kalma sürelerinin açlık hissetmediğini belirten gruptan yüksek olması; susuzluk hisseden grubun açlık sürelerinin, susuzluk hissetmeyen gruptan yüksek olması; ağız kuruluğu hisseden grubun açlık sürelerinin, ağız kuruluğu hissetmeyen gruptan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.001$; $p<0.01$) (Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14) Ancak hastaların aç kalma süreleri ile açlık, susuzluk ve ağız kuruluğu hissetme dereceleri ve ameliyat sonrası yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.15). Bu doğrultuda ameliyat öncesi açlık süresinin uzaması hastaların açlık, susuzluk ve ağız kuruluğu yaşamalarına neden olduğu; fakat hissedilen açlık, susuzluk ve ağız kuruluğunun şiddetini arttırmadığı ve ameliyat sonrası yatış süresini etkilemediği sonucuna varıldı.

Bu çalışma sonucunda özetle, hastaların ameliyat öncesi dönemde aç kalma konusunda güncel rehberlerin uygulanmadığı; katı gıdalar için 6, sıvılar için 2 saatlik bir açlık süresinin yeterli olduğu belirtilmesine rağmen, hastaların halâ ameliyat öncesi gece yarısından sonra aç bırakıldıkları, bağlı olarak açlık, susuzluk ve ağız kuruluğu hissettikleri; uzayan açlık süresiyle birlikte hastaların iyilik hallerinin olumsuz yönde etkilendiği, ancak sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi.

Çalışmanın güçlü yönleri;

Güvenilir ölçme araçları ile veriler toplandı.

Çalışmanın örneklemini sadece laparoskopik ve robotik yöntemle (kapalı cerrahi) ameliyat olan hastalar ile oluşturuldu. Açık yöntemle ameliyat olan hastalar araştırmaya dahil edilmedi. Ameliyat sonrası iyileşmede önemli bir faktör olan cerrahi girişim türünün tüm hastalar için aynı olması sonuçların daha güvenilir olmasını sağladı.

Ülkemizde ameliyat öncesi açlık konusundaki araştırmaların yeterli olmaması ve geleneksel uygulamaların devam etmesi göz önüne alınırsa çalışmamız bu konudaki farkındalığı artıracaktır.

Çalışmanın sınırlılıkları;

Çalışmamız İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinin bir kliniğinde yapıldı. İstanbul ilini ve Türkiye genelini yansıtmamaktadır. Tanımlayıcı nitelikte olan çalışmamızın tek bir merkezde yapılması ve örneklemin küçük olması nedeni ile sonuçları genellenememektedir.

Çalışmanın hemşirelik uygulamalarına katkısı;

Bu çalışma ile ameliyat öncesi açlık ile ilgili geleneksel uygulamaların devam ettiği ve güncel rehberlerin uygulanmadığı görüldü. Hastaların uzun süre aç kalmasının ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki iyilik hallerini olumsuz yönde etkilediği saptandı. Bu araştırmanın hastaların cerrahi sürecin her döneminde yanında olan ve sağlık ekibi içerisinde önemli rol ve sorumlulukları olan hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarını artıracacağı ve uygulamalara sorgulayıcı ve yenilikçi yaklaşacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın Sonuçları:

Hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki iyilik hallerinin incelemek amacıyla planlanan çalışma sonuçları aşağıda özetlendi:

Hastaların;

- Yaş ortalamasının 57.48 ± 11.12 , çalışmaya katılanların %79.2'sinin erkek olduğu,
- Tamamının ameliyat öncesi açlık konusunda bilgilendirildiği, %79.2'sinin hem hekim hem de hemşire tarafından bilgilendirildiği,
- %63,8'inin prostat tümörü tanısı ile klinikte tedavi gördüğü, %63.8'ine robotik prostatektomi ameliyatı uygulandığı,
- Ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin ortalama 11.26 ± 2.17 saat, katı gıda almama sürelerinin 12.56 ± 2.47 , sıvı gıda almama sürelerinin 11.26 ± 2.17 saat olduğu (hastaların açlık sürelerinin aç kalma rehberlerinde önerilenden oldukça uzun olduğu),
- %30,8'inin açlık, %48,5'inin susuzluk, %40'ının ağız kuruluğu hissettiği,
- Ameliyat öncesi klinikte yatış sürelerinin ortalama 6.13 ± 3.30 gün, ameliyat sonrası yatış sürelerinin ise 3.94 ± 2.16 gün olduğu,
- Ameliyat öncesi bulantı, kusma, yorgunluk, baş dönmesi, kaygılı hissetme, uykuya dalmada güçlük gibi konularda, ameliyat öncesi 7 ile 22 arasında değişen şikayet puan ortalamalarının 13.08 ± 3.43 olduğu,
- Ameliyat sonrası ortalama 8.87 ± 1.19 saat sonra oral gıda alımına başladıkları ve %94,6'sının mide ilacı kullandığı;
- Ameliyat öncesi toplam şikayet puan ortalamalarının 1.87 ± 0.49 ; ameliyat sonrası toplam puan ortalamalarının 4.01 ± 0.33 ve ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası puanlarındaki bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.001$; $p<0.01$),
- Ameliyat öncesi dönemde aç kalma süreleri ile sonrası dönemdeki iyilik hallerini ölçen İyileşme Kalitesi Anketi Konfor/Rahatlık, Duygular, Fiziksel Bağımlılık/ Hareket Özgürlüğü, Hasta Desteği ve Ağrı alt boyut puanları ile toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) belirlendi.

- Açlık hissettiğini belirten hastaların aç kalma sürelerinin açlık hissetmediğini belirten gruptan yüksek olması; susuzluk hisseden grubun açlık sürelerinin, susuzluk hissetmeyen gruptan yüksek olması; ağız kuruluğu hisseden grubun açlık sürelerinin, ağız kuruluğu hissetmeyen gruptan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.001$; $p<0.01$). Hastaların aç kalma süreleri ile açlık, susuzluk ve ağız kuruluğu hissetme dereceleri ve ameliyat sonrası yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Çalışmanın önerileri:

Bu araştırma bulguları doğrultusunda, ameliyat öncesi açlık ve buna bağlı olarak hastaların cerrahi süreçteki iyilik halleri için aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Hastaların ameliyat öncesi aç kalma süresinin önemi konusunda klinik alandaki hemşire ve diğer ekip üyelerini içeren eğitimlerin yapılması,
- Ameliyat öncesi açlıkla ilgili belirlenen rehberlerin uygulanması ile hasta konforunun ve memnuniyetinin artacağı konusunda farkındalığın artırılması,
- Kliniklerde uygulanan gece yarısından sonra hastaları uzun süre aç bırakılmasının geleneksel olduğu, güncel rehberlerin dünyada güvenli bir şekilde uygulanmakta olduğu ve bu konudaki araştırmaların güvenilirliği konusunda tüm sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi,
- Ameliyat öncesi aç kalma ile ilgili uygulamaların gözden geçirilmesi ve TARD önerilerinin uygulanması,
- Hastanelerde tüm sağlık disiplinlerinin yeni gelişmelerden haberdar olması, uygulamaları sorgulaması ve yeniliğe açık olması,
- Ülkemizde ameliyat öncesi açlık ile ilgili ve ameliyat öncesi açlık süresinin hastaların iyilik haline etkisini değerlendiren çalışmaların artırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Aksoy, G. (2012). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği. İçinde A. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Ed.), Cerrahi Hemşireliği I. İstanbul: Nobel Kitabevleri; 1-38.

Aksoy, G. (2012). Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. İçinde A. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Ed.), Cerrahi Hemşireliği I. İstanbul: Nobel Kitabevleri; 257-299.

Akyolcu, N. (2012). Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı. İçinde A. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Ed.), Cerrahi Hemşireliği I. İstanbul: Nobel Kitabevleri; 335-366.

Akyüz, N. (2011). Ameliyat Sırası Bakım Uygulamaları. İçinde N. Akyolcu, G. Aksoy, N. Kanan (Ed.), Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 21-31.

Alkan, H.Ö. (2016). Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme. Journal of Cardiovascular Nursing: 7,2,41-47.

Alpar, Ş.E. ve Dursun, S. (2011). Perioperatif Bakım. İçinde N. Sabuncu (Ed.), Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Ankara (3. Basım): Alter Yayıncılık; 351-360.

Ameliyathane Dışı Anestezi Uygulamaları Anestezi Uygulama Kılavuzları. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) (2015). Erişim: <http://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/1.pdf>

An RCN (Royal College of Nursing) Guideline for the Multidisciplinary Team. (2005). Perioperative Fasting in Adults and Children. Clinical Practice Guidelines. RCN Publications.

Arslan, S. ve Çelebioğlu, A. (2004). Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi:1,1.

Aguilar-Nascimento, J.E. ve Dock-Nascimento, D.B. (2010). Reducing Preoperative Fasting Time: A Trend Based on Evidence. World J. Gastrointest Surg: 2,3,57-60.

Ayoğlu, H., Uçan, B., Taşçılar, Ö., Atik, L., Kaptan, Y.M., Turan, I.Ö. (2009). Preoperatif Oral Karbonhidrat Solüsyonu Kullanılmasının Hasta Anksiyetesi ve Konforu Üzerine Etkileri. Türk Anestezi Reanimasyon Dergisi: 37,6,374-382.

Bayar, Ö.Ö., Bademci, R., Sözüner, U., Tüzüner, A. ve Karayağcı, K. (2013). Major Karaciğer Rezeksiyonunda ERAS Protokolü. Okmeydanı Tıp Dergisi: 29,3,135-142.

Bedirli, A., Aslan, O., Kozan, R. ve Alkan, A. (2012). Robotik Laparoskopik Cerrahi İle İlgili İlk Deneyimlerimiz. Ulusal Cerrahi Dergisi: 28,1,8-12.

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

Cadiere, G.B., Himpens, J., Vertruyen, M., Bruyns, J. ve Fourtanier, G. (1999). Nissen Fundoplication Done by Remotely Controlled Robotic Technique. Ann Chirurg: 53,2,137-141.

Ceylan, İ. (2012). Türklerde Cerrahinin Gelişimi. Türk Cerrahi Derneği Yayınları: Ankara.

Crenshaw, J.T. ve Winslow, E.H. (2002). Preoperative Fasting: Old Habits Die Hard. American Journal of Nursing:102,5,36-44.

Çilingir, D. ve Candaş, B. (2017). Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü ve Hemşirenin Rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*: 20,2,137-143.

Çocuk Hastada Preoperatif Değerlendirme Anestezi Uygulama Kılavuzları. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) (2015). Erişim: <http://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/11.pdf>

de Andrade Gagheggi Ravanini, G., Portari Filho, P.E., Abrantes Luna, R. ve Almeida de Oliveira, V. (2015). Organic İnflammatory Response to Reduced Preoperative Fasting Time, with a Carbohydrate and Protein Enriched Solution; A Randomized Trial. *Nutr Hosp*: 32,2,953-957.

Demirdağ, H. ve Karaöz, S. (2015). Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Hastaların Deneyimleri ve Hemşirelerin Konu ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*: 23,1,1-10.

Demirhan, İ. ve Pınar, G. (2014). Postoperatif İyileşmenin Hızlandırılması ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*: 2,1,43-53.

Dolgun, E., Taşdemir, N., Ter, N. ve Yavuz, M. (2011). Cerrahi Hastaların Ameliyat Öncesi Aç Kalma Sürelerinin İncelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*: 25,1,11-15.

Ersoy, E. ve Gündoğdu, H. (2005). Preoperatif Açlıkta Değişen Kavramlar. *Ulusal Cerrahi Dergisi*: 21,2,96-101.

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

Eser, E. (2012). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı, Manisa*: 2-4.

Eti Aslan, F. (2009). Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi: 12,1,104-113.

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

Furrer, L., Ganter, M.T., Klaghofer, R., Zollinger, A. ve Hafer, C.K. (2006). Preoperative Fasting Times: Patients' Perspective. Anaesthesist: 55,6,643-649.

Gök, F. ve Yavuz Van Giersbergen, M. (2018). Ameliyat Öncesi Aç Kalma: Sistematik Derleme. Pamukkale Tıp Dergisi: 11,2,183-194.

Guidelines on Pre-Anaesthesia Consultation and Patient Preparation (2016). Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA).

Günübirlik Anestezi. Anestezi Uygulama Kılavuzları. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) (2015). Erişim: <http://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/5.pdf>

Güçlü, A. ve Kurşun, Ş. (2015). Fast Track Cerrahide Hemşirenin Rolü. 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı.

Gürkan, A. ve Yağcıoğlu, A. (2010). Ameliyat Öncesi Gerçek Açlık Süresi ve Hastanın İyilik Haline Etkisi. Erişim:10.11.2016, http://www.turkcer.org.tr/files/17_UCK_Bildiri_Ozetleri/CONTENT/HS24.htm

Hardman, J. ve Carlson, G.L. (2008). Evidence-based Perioperative Care is Lost in Translation. British Journal of Surgery: 95, 807-808.

Harlak, A., Gündoğdu, H., Ersoy, E. ve Erkek, B. (2008). Ankara'daki Cerrahların Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (ERAS Protokolü) Uygulamalarına Bakışı. Ulusal Cerrahi Dergisi: 24,4,182-188.

Hatzinger, M., Kwon, S.T., Langbein, S., Kamp, S., Hacker, A. ve Alken, P. (2006). Hans Christian Jacobaeus: Inventor of Human Laparoscopy and Thoracoscopy. *J. Endourol*:20,11,848-850.

Hausel, J., Nygren, J., Lagerkranser, M., Hellström, M.P., Hammarqvist, F., Almström, C. ve ark. (2001). A Carbohydrate-Rich Drink Reduces Preoperative Discomfort in Elective Surgery Patients. *Anesth Analg*: 93, 1344-1350.

Hausel, J., Nygren, J., Thorell, A., Lagerkranser, M. ve Ljungqvist, O. (2005). Randomized Clinical Trial of The Effects of Oral Preoperative Carbohydrates on Postoperative Nausea and Vomiting After Laparoscopic Cholecystectomy. *Br J Surg*: 92,4,415-421.

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

Jiang, K., Cheng, L., Wang, J.J., Li, J.S. ve Nie, J. (2009). Fast Track Clinical Pathway Implications in Esophagogastrectomy. *World Journal of Gastroenterology*: 15,4,496-501.

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

Karaöz, S. (2000). Cerrahi Hemşireliği ve Etik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*: 4,1,8-15.

Karaman, S., Arıcı, S., Doğru, S., Karaman, T., Tapar, H., Kaya, Z. ve ark. (2014). Validation of The Turkish Version of The Quality of Recovery-40 Questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*: 12,8,2-6.

Kavrazlı, S. (2015). Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların İyileşme Durumlarının ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kehlet, H. ve Wilmore, D.W. (2002). Multimodal Strategies to Improve Surgical Outcome. *The American Journal of Surgery*: 183,6,630-641.

Kehlet, H. ve Wilmore, D.W. (2008). Evidence-Based Surgical Care and The Evolution of Fast-Track Surgery. *Annals of Surgery*: 248,2,189-198.

Kehlet, H. ve Wilmore, D.W. (2010). Surgical Care-How Can New Evidence Be Applied to Clinical Practice? *Colorectal Disease*: 12,1,2-4.

Kennedy, E.P., Rosato, E.L., Sauter, P.K., Rosenberg, L.M., Doria, C., Marino, I.R. ve ark. (2007). Initiation of a Critical Pathway for Pancreaticoduodenectomy at an Academic Institution – The First Step in Multi-Disciplinary Team Building. *J. Am Coll Surg*: 204,917-924.

Kuğuoğlu, S., Olgun, N., Aslan, F.E., Ergün, A. ve Vatan, F. (2010). Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları. İçinde A. Karadakovan, F. Eti Aslan (Ed.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Kitabevi; 1-20.

Ljungqvist, O., Jansson, E. ve Ware, J. (1987). Effect of Food Deprivation on Survival After Hemorrhage in the Rat. *Circulation and Shock*: 22,251-260.

Machin, D., Campbell, M., Fayers, P. ve Pinol, A. (1997). *Sample Size Tables for Clinical Studies*, 2nd Edition. Blackwell Science. Malden, MA.

Mendelson, C.L. (1946). The Aspiration of Stomach Contents Into The Lungs During Obstetric Anaesthesia. *Anaesthesiology*: 7, 694-695.

Miller, M., Wishart, H.Y. ve Nimmo, W.S. (1983). Gastric Contents at Induction of Anaesthesia Is a 4-hour Fast Necessary? *British Journal of Anaesthesia*: 55, 1185-1188.

Myles, P.S., Weitkamp, B., Jones, K., Melick, J. ve Hensen, S. (2000). Validity and Reliability of a postoperative Quality of Recovery Score: The QoR-40. *British Journal of Anaesthesia*: 84,1,11-15.

Noblett, S.E., Watson, D.S., Huong, H., Davison, B., Hainsworth, P.J. ve Horgan, A.F. (2006). Pre-operative Oral Carbohydrate Loading in Colorectal Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Colorectal Dis*: 8,7,563– 569.

Olsson, G.L., Hallen, B. ve Hambraeus-Jonzon, K. (1986). Aspiration During Anaesthesia: A Computer-Aided Study of 185,358 Anaesthetics . *Acta Anaesthesiol Scand*:30,1,84-92.

Özbaş, A. (2011). Ameliyat Öncesi Bakım Uygulamaları. İçinde N. Akyolcu, G. Aksoy, N. Kanan (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 9-20.

Özbayır, T. (2010). Ameliyat Dönemi Bakım. İçinde A. Karadakovan, F. Eti Aslan (Ed.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Kitabevi; 309-344.

Özdemir, F., Eti, Z., Dinçer, P., Göğüş, Y., ve Bekiroğlu, N. (2011). Majör ve Minör Cerrahi Geçiren Hastalarda Preoperatif Oral Karbonhidrat Yüklemesinin Stres Cevaba Etkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*: 31,6, 1392-1400.

Özkan M., Gökkaya Z. ve Sarıtaş, S. (2016). Ameliyat Öncesi Katı Ve Sıvı Besin Kısıtlamasının Anksiyete Üzerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*:5,7.

Öztekin, D. (2011). Ameliyat Sonrası Bakım Uygulamaları. İçinde N. Akyolcu, G. Aksoy, N. Kanan (Ed.), Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 33-68.

Peixe-Machado, P.A., de Oliveira, B.D., Dock-Nascimento, D.B. ve de Aguilar-Nascimento, J.E. (2013). Shrinking Preoperative Fast Time with Maltodextrin and Protein Hydrolysate in Gastrointestinal Resections due to Cancer. Nutrition: 29,7-8,1054-1059.

Phillips, S., Hutchinson, S. ve Davidson, T. (1993). Preoperatif Drinking Does Not Affect Gastric Contents. British Journal of Anaesthesia: 70,6-9.

Practice Guidelines for Preoperative Fasting and The Use of Pharmacologic Agents to Reduce The Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures (2017) (An Updated Report by The American Society Of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and The Use of Pharmacologic Agents to Reduce The Risk of Pulmonary Aspiration). Anesthesiology: 126,3,376-393.

Preoperative Değerlendirme Anestezi Uygulama Kılavuzları. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) (2015). Erişim: <http://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/preoperatifdegerlendirme.pdf>

Resolution ResAp (2003) 3 on Food and Nutritional Care in Hospitals. (Adopted by The Committee of Ministers on 12 November 2003 at The 860th Meeting of The Ministers' Deputies). Erişim: 2016, https://www.nutritionday.org/cms/upload/pdf/11.resolution/Resolution_of_the_Council_of_Europe.pdf

Roberts, R.B. ve Shirley, M.A. (1974). Reducing The Risk of Acid Aspiration During Cesarean Section. Anesth Analg: 53,6,859-868.

Saqr, L. ve Chambers, W.A. (2006). Preventing Excessive Pre-operative Fasting: National Guideline or Local Protocol? *Anaesthesia*: 61, 1-3.

Schollmeyer, T., Soyinka, A.S., Schollmeyer, M. ve Meinhold-Heerlein, I. (2007). George Kelling (1866-1945): The Root of Modern Day Minimal Invasive Surgery. A Forgotten Legend? *Arch Gynecol Obstet*: 276,5,505-509.

Smith, I., Kranke, P., Murat, I. et al. (2011). Perioperative Fasting in Adults and Children: Guidelines from The European Society of Anaesthesiology (ESA). *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*: 28,8,556-569.

Sutherland, A.D., Stock, J.G., Davies, J.M. (1986). Effects of Preoperative Fasting on Morbidity and Gastric Contents in Patients Undergoing Day-Stay Surgery. *British Journal Of Anaesthesia*, 58, 876-878.

Sutherland, A.D., Maltby, J.R., Sale, J.P., Reid, C.R.G. (1987). The Effect of Pre-operative Oral Fluid and Ranitidine on Gastric Fluid Volume and Ph. *Canadian Journal of Anaesthesiology*, 34,2,117-121.

Sweeney, P. (2010). The Effects of Information Technology on Perioperative Nursing. *AORN Journal*: 92,5,528-543.

Søreide, E., Eriksson, L. I., Hirlekar, G., Eriksson, H., Henneberg, S.W., Sandin, R. ve ark. (2005). Task Force on Scandinavian Preoperative Fasting Guidelines, Clinical Practice Committee Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine-SSAI). Preoperative Fasting Guidelines: An Update. *Acta Anaesthesiol Scand*: 49,1041-1047.

Turhan, Y. (2007). Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana.

Umut, B., Sümer, A., Dinççağ, A., Sarı, S., Gözkün, O., Mercan, S. ve ark. (2009). Tek İnsizyondan Laparoskopik Cerrahi (TİLC) Deneyimlerimiz. *Ulusal Cerrahi Dergisi*: 25,3,109-113.

Uzun, Ö. (2000). Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*: 3,2,36-45.

Yavuz, Z. (2004). Afyon İlindeki Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hastanın Preoperatif Dönemdeki Bakımı ve Ameliyata Hazırlığı Hakkında Bilgi Düzeylerinin Saptanması. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Afyon.

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

Yıldız, H. (2006). Preoperatif Açlık Sürecinde Yeni Yaklaşımlar. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*: 38,1,1-5.

Yılmaz, E. (2009). Cerrahi Hastalarda Ameliyat Öncesi Açlık Sürecinde Yeni Yaklaşımlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*: 25,3,105-118.

Yolcu, S. ve Akın, S. (2015). Ortopedi, Kalp ve Genel Cerrahi Ameliyatları Sonrası Dönemde Hastaların İyileşme Durumları ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*: 25,3,33-45.

Zar, Jerrold H. (1984). *Biostatistical Analysis, Second Edition*, Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.

Warner, M.A., Caplan, R.A., Epstein B.S., Gibbs, C.P., Keller, C.E., Leak, J.A. ve ark. (1999). Practice Guidelines for Preoperative Fasting and The Use of Pharmacologic Agents to Reduce The Risk of Pulmonary. Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures. *Anaesthesiology*: 90,3,896-905.

Weber, P.A., Merola, S., Wasielewski, A. ve Ballantyne, G.H. (2002). Telerobotic-assisted Laparoscopic Right and Sigmoid Colectomies for Benign Disease. *Dis Colon Rectum*: 45,12,1689-1696.

Weimann, A., Braga, M., Carli F., Higashiguchi, T., Hübner, M., Klek, S. ve ark. (2017). ESPEN Guideline: Clinical Nutrition in Surgery. *Clinical Nutrition*: 36, 623-650.

Williams, L.S. (2007). *Understanding Medical Surgical Nursing*. İçinde L.S. Williams, P.D. Hopper (Ed.) *Nursing Care of Patients Having Surgery*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 173-205.

White, P.F., Kehlet, H., Neal, J.M., Schricker, T., Carr, D.B. ve Carli, F. (2007). The Role of The Anesthesiologist in Fast-Track Surgery: From Multimodal Analgesia to Perioperative Medical Care. *Anesthesia and Analgesia*: 104,6,1380-1396.

Whiteside, D. (2016). Perioperative Nurse Leaders and Professionalism. *AORN Journal*: 104, 2, 133-144.

FORMLAR**EK 1. ÇALIŞMA ANKETİ**

Değerli katılımcı,

Bu anket hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki iyilik hallerinin incelenmesini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma sonuçlarının doğru ve güvenilir olması için soruları eksiksiz yanıtalamanız gerekmektedir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Burçe Gözde Bayramoğlu

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Anket no:

Yatış Tarihi:

Klinik Tanı/Endikasyon:

Yapılan ameliyat ve tarihi :

Taburculuk Tarihi:

1) Yaşınız.....

2) Cinsiyetiniz

a) Kadın b) Erkek

3) Medeni durumunuz

a) Evli b) Bekar c) Dul d) Boşanmış

4) Eğitim durumunuz

a)İlkokul b)Lise c)Üniversite d) Yüksek lisans ve üstü

5) Mesleğiniz

a) İşçi b) Memur c) Ev Hanımı d) Öğrenci
e) Serbest Meslek f)Emekli g) Diğer....

6) Sosyal güvenceniz

a) Sgk b) Bağkur c) Özel sigorta d) Yok

7) Ekonomik durumunuz

a) Gelir giderden az
b) Gelir gidere denk
c) Gelir giderden fazla

8) Ameliyat öncesi aç kalma konusunda bilgilendirildiniz mi ?

- a) Evet b) Hayır

9) Ameliyat öncesi aç kalma ile ilgili bilgilendirme kim tarafından yapıldı?

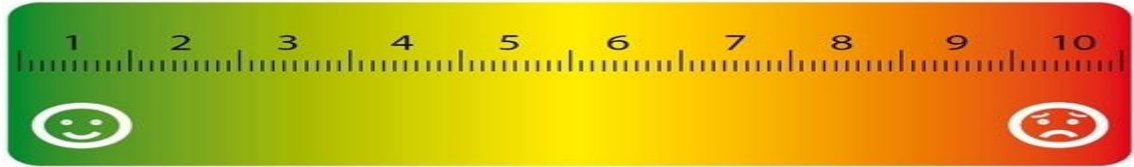
- a) Hekim
b) Hemşire
c) Hekim ve hemşire

10) Ameliyattan önce kaç saat aç kaldınız :

11) Ameliyattan en son kaç saat önce katı gıda aldınız :

12) Ameliyattan en son kaç saat önce sıvı gıda aldınız :

Aşağıdaki 13,14 ve 15. sorular için duygu durumlarınız 1'den 10'a kadar derecelendirilmiştir. 1 en az 10 en yüksek seviyedir. Lütfen sizin için uygun olan sayıyı aşağıdaki ölçekten yararlanarak yazınız



13) Ameliyat öncesi açlık hissettiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise ne derecede açlık hissettiniz:

14) Ameliyat öncesi susuzluk hissettiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise ne derecede susuzluk hissettiniz : ...

15) Ameliyat öncesi ağız kuruluğu yaşadınız mı?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise ne düzeyde ağız kuruluğu hissettiniz: ...

Aşağıda ameliyat öncesi aç ve susuz kalmanız ile ilgili yaşayabileceğiniz bazı durumlar verilmiş ve 1'den 5'e kadar derecelendirilmiştir.

1=hiçbir zaman, 5: her zaman

Sizin için uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Bulantı	1	2	3	4	5
Kusma	1	2	3	4	5
Öğürme	1	2	3	4	5
Yorgun hissetme	1	2	3	4	5
Baş dönmesi	1	2	3	4	5
Kaygılı hissetme	1	2	3	4	5
Uykuya dalmakta güçlük çekme	1	2	3	4	5
Diğer belirtiniz...					

16) Ameliyattan kaç saat sonra bir şey yiyip içtiniz (ne yediniz ya da içtiniz belirtiniz):

17) Ameliyattan sonra tuvalet ihtiyacınızı (idrar) kaçınıcı saatte karşıladınız:...

18) Ameliyat süresi:

19) Ameliyat sonrası görüşme zamanı:

20) Uygulanan tedavi (antibiyotik, mide ilacı, IV tedavi, premedikasyon vs.)

Ameliyat öncesi:

Ameliyat sonrası:

İYİLEŞME KALİTESİ ANKETİ (QUALITY OF RECOVERY-40 QUESTIONNAIRE QOR-40))

QoR-40 Anketi Bölüm A

Son 24 saattir kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

(1 ile 5 arasında puanlayınız: 1=hiçbir zaman (çok kötü) ve 5=her zaman(mükemmel))

Örneğin: eğer bu süre içinde hep rahatça nefes alıp verdiyseniz, aşağıdaki gösterildiği gibi seçeneklerden 5'i (her zaman) halka içine almalısınız.

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Rahatça nefes alıp verebiliyorum	1	2	3	4	5
KONFOR/RAHATLIK					
Rahatça nefes alıp verebiliyorum	1	2	3	4	5
İyi bir uyku uyudum	1	2	3	4	5
Yediklerimden tat alabiliyorum	1	2	3	4	5
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4	5
DUYGULAR					
Genel olarak kendimi iyi hissediyorum	1	2	3	4	5
Kendime hakimim	1	2	3	4	5
Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4	5
FİZİKSEL BAĞIMLILIK/HAREKET ÖZGÜRLÜĞÜ					
Normal konuşabiliyorum	1	2	3	4	5
Yüzümü yıkayabiliyorum, dişlerimi fırçalayabiliyorum, tıraş olabiliyorum	1	2	3	4	5

Kendi görünümümü kendim düzeltebilirim	1	2	3	4	5
Yazı yazabiliyorum	1	2	3	4	5
İşime dönebilirim ya da gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum	1	2	3	4	5
HASTA DESTEĞİ					
Hastane personeli ile iletişim kurabiliyorum (hastanedeyken)	1	2	3	4	5
Ailem ve arkadaşarımla iletişim kurabiliyorum	1	2	3	4	5
Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Ailem veya arkadaşarımdan destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum	1	2	3	4	5

QoR-40 Anketi Bölüm B

Son 24 saattir aşağıdakilerden birini yaşadınız mı?

(1'den 5'e kadar: 1= her zaman (çok kötü) ve 5= hiçbir zaman (mükemmel))

	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
KONFOR/RAHATLIK					
Bulantı	5	4	3	2	1
Kusma	5	4	3	2	1
Öğürme	5	4	3	2	1
Huzursuzluk hissetme	5	4	3	2	1

Sallanma ya da seğirme	5	4	3	2	1
Titreme	5	4	3	2	1
Üşüdüğünü hissetme	5	4	3	2	1
Baş dönmesi hissetme	5	4	3	2	1
DUYGULAR					
Kötü rüya görme	5	4	3	2	1
Kaygılı hissetme	5	4	3	2	1
Öfkeli hissetme	5	4	3	2	1
Depresif (ruhsal sıkıntılı) hissetme	5	4	3	2	1
Kendini yalnız hissetme	5	4	3	2	1
Uykuya dalmakta güçlük çekme	5	4	3	2	1
HASTA DESTEĞİ					
Kafası karışık hissetme	5	4	3	2	1
AĞRI					
Orta şiddette ağrı	5	4	3	2	1
Şiddetli ağrı	5	4	3	2	1
Baş ağrısı	5	4	3	2	1
Kas ağrısı	5	4	3	2	1
Sırt ağrısı	5	4	3	2	1
Boğaz ağrısı	5	4	3	2	1
Ağızda yaraya bağlı ağrı	5	4	3	2	1

Yardımlarınız için teşekkür ederim...

EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

“HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRELERİ İLE AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI DÖNEMDEKİ İYİLİK HALLERİNİN İNCELENMESİ” adlı çalışma bir araştırmadır. Çalışmanın amacı hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki iyilik hallerinin incelenmesidir. Araştırma, katılmayı kabul eden 18 yaş üstü, iletişim kurabilen, genel anestezi alarak ameliyat olmuş, ameliyat sonrası dönemde en az iki gün cerrahi serviste bakımı devam eden toplam 130 birey ile yapılacaktır. Çalışma anket yöntemi (yüz yüze görüşme) ile uygulanacaktır. Soruları dikkatlice okuyarak 15-20 dakikada yanıtlamanız gerekmektedir. Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde size ameliyat öncesi dönemde aç kalmanıza bağlı olarak, ameliyat öncesinde ve sonrasında yaşayabileceğiniz durumlarla ilgili hazırlanmış soru formu verilecektir. Size en uygun seçeneği işaretlemeniz gerekmektedir. Anlamadığımız soruları mutlaka araştırmacıya sorunuz. Çalışmada gönüllülerin isimleri kullanılmayacak olup, sadece sonuçları yayınlanacaktır. Sağlık otoriteleri, Bakanlık, Etik Kurul gerektiğinde gönüllülerin kayıtlarına ulaşabilir ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. İsterseniz çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirilecek, ayrıca istediğiniz anda herhangi bir cezaya ya da yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Size herhangi bir tazminat ve ek bir ödeme yapılmayacak ve çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde de bir ödeme talep etme hakkınız olmayacaktır. Çalışma sırasında ve sonrasında ek tedavi uygulanmayacaktır. Çalışma ile ilgili sormak istediğiniz soruları 0537 923 92 40 numaralı telefondan araştırmacı Hemşire Burçe Gözde Bayramoğlu’na sorabilirsiniz. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve

kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

1. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

2. Bu alışma için alınan bilgilerin ileride yapılacak başka bir çalışmada kullanılmasını

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

Gönlünün Adı/Soyadı/İmzası/Tarih/Telefon numarası:

EK 3. ÖLÇEĞİN KULLANIM İZİNİ

[Yazdır](#)

[Kapat](#)

Yan: Qor-40 ölçek formu

Kimden: **serkan karaman** (serkankaraman52@yahoo.com)
Gönderme tarihi: 22 Haziran 2015 Pazartesi 11:42:54
Kime: gozde bayramoglu (gozde.6@windowslive.com)

Çalışmalarınızda başarılar dilerim

Serkan Karaman
Assistant Professor
Department of Anesthesiology and Intensive Care
Gaziosmanpasa University
Tokat, Turkey
e-mail: serkankaraman52@yahoo.com

21 Haziran 2015 17:14 Pazar tarihinde gozde bayramoglu <gozde.6@windowslive.com> şöyle yazdı:

Merhaba Serkan KARAMAN,
Ben Gozde Bayramoglu. Istanbul Universitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakultesi öğrencisiyim. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım.
Tez çalışmamla ilgili ameliyat sonrası iyileşme kalitesini ölçen, Türkiye'deki dil geçerlik ve güvenilirliği tarafınızca yapılmış olan QoR-40 ölçek formunu kullanmak istiyorum. Konu ile ilgili cevabınızı bekliyorum.

Teşekkür ederim...

ETİK KURUL KARARI



BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki iyilik hallerinin incelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2015/183
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Nuray Akyüz, Hem.Burçe Gözde Bayramoğlu,Uz.Dr.Selçuk Şahin
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD
	DESTEKLEYİCİ	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Diğer ise belirtiniz: Tanımlayıcı
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLAR ARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	11.09.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	11.09.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	11.09.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>
DİĞER:	<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/15/33	Tarih: 14.09.2015
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

BEAH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL	Anesteziyoloji	BEAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sadık Sami HATİPOĞLU	Çocuk Hastalıkları	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Ayşe KAVAK	Dermatoloji	BEAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Fatma Tülin KAYHAN	K.B.B.	BEAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Özlem KAPTANOĞULLARI	İç Hastalıkları	BEAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Osman KARAKAYA	Kardiyoloji	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Asuman GEDİKBAŞI	Biyokimya	BEAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Ufuk EMEKLİ	Plastik Ve Estetik Cerrahi	I.Ü.İst. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Gülsüm Nurhan İNCE	Halk Sağlığı	I.Ü.İst. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uz. Dr. Gülay ÖZGÖN	Farmakolog	I.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Abdülbaki KUMBASAR	İç Hastalıkları	I.Ü.İst. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Can ÇELİK	Biyomedikal	Dijimed Bil.Çöz.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Rana KONYALIOĞLU	Biyostatistik	ARK İst. Danış.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Özkan TUM	Hukuk	İst. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Selim ÖZDEMİR	Eğitim Görevlisi	Şükrü Balcı MYO	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRELERİ İLE AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI DÖNEMDEKİ İYİLİK HALLERİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

%7 BENZERLİK ENDEKSİ	%7 İNTERNET KAYNAKLARI	%2 YAYINLAR	%1 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
2	www.haldungundogdu.com İnternet Kaynağı	%1
3	www.ulusalcerrahidergisi.org İnternet Kaynağı	<%1
4	www.eajm.org İnternet Kaynağı	<%1
5	prezi.com İnternet Kaynağı	<%1
6	acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
7	tip.fusabil.org İnternet Kaynağı	<%1
8	tepecikeah.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	BURÇE GÖZDE	Soyadı	BAYRAMOĞLU
Doğ.Yeri	PAZARCIK	Doğ.Tar.	01.01.1990
Uyruğu	TC	TC Kim No	11288786630
Email	gozde.6@windowlive.com	Tel	05379239240

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	İzmir Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2012
Lise	Mersin 19 Mayıs Süper Lisesi	2008

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Ameliyathane Hemşiresi	İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	2014-
2.	Ameliyathane Hemşiresi	İstanbul Şişli Florence Nightingale Hastanesi	2012-2014

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	orta	iyi	-	İ.Ü. Yabancı Dil: 56.25

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	76,4	77,7	68,0

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi
SPSS	İyi

Yayınlari/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

İzmir Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon Sertifikası 2012.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Seyahat Etme, Yüzme.

