



T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)

TRANSÜRETRAL REZEKSİYON- PROSTAT (TUR-P)
AMELİYATLARINDA ERAS PROTOKOLÜ İLE AMELİYAT ÖNCESİ
VE SONRASI YAPILMASI GEREKEN BESLENME, AĞRI VE ERKEN
MOBİLİZASYON UYGULAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Rabia KANKILIÇ

2018
GAZİANTEP

T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)

TRANSÜRETRAL REZEKSİYON- PROSTAT (TUR-P)
AMELİYATLARINDA ERAS PROTOKOLÜ İLE AMELİYAT ÖNCESİ
VE SONRASI YAPILMASI GEREKEN BESLENME, AĞRI VE ERKEN
MOBİLİZASYON UYGULAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Rabia KANKILIÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Arzu TUNA

2018
GAZİANTEP

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	Rabia KANKILIÇ	Tez Savunma Tarihi	30.07.2018
Tez Adı	TRANSÜRETRAL REZEKSİYON PROSTAT (TUR-P) AMELİYATLARINDA ERAS PROTOKOLÜ İLE AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI YAPILMASI GEREKEN BESLENME, AĞRI VE ERKEN MOBİLİZASYON UYGULAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI		

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği) Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışmanı Üye	Prof. Dr. Arzu TUNA	SANKO Ü./SBF Hemşirelik AD. Cerrahi Hast. Hem. Öğ. Üy.	
Üye	Doç. Dr. Medet KORKMAZ	SANKO Ü./SBF Hemşirelik AD. İç Sağ. Hem. Öğ. Üy.	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem KÖÇKAR	Hasan Kalyoncu Ü./SBF Hemşirelik AD. Cerrahi Hast. Hem. Öğ. Üy.	

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih :/...../.....

Karar No :/...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda 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.



Rabia KANKILIÇ

30.07.2018

TEŐEKKÖR

Tez sürecinde değerli vaktini, bilimsel desteğini ve deneyimlerini sunan ve beni her konuda destekleyen Tez Danıőmanım ve Anabilim Dalı Baőkanımız Prof. Dr. Sayın Arzu TUNA'ya bu zorlu süreçte her daim yanımda olan değerli aileme ve birtanecik niőanlım M. Furkan KORKMAZ'a,

Sonsuz teőekkürler...



Rabia KANKILIÇ

ÖZET

TUR-P Ameliyatlarında ERAS Protokolü İle Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yapılması Gereken Beslenme, Ağrı ve Erken Mobilizasyon Uygulamalarının Karşılaştırılması **Kankılıç R. SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,** **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018**

Yapılan bu çalışmada TUR-P ameliyatları sonrası Avrupa'nın 5 ülkesinin bir araya gelerek oluşturduklarıASHİ (Ameliyat Sonrası Hızlı İyileştirme) protokolünü Gaziantep'teki hastanelerde bulunan sağlık personelinin duyup duymadığını; ağrı,erken mobilizasyon ve beslenme konularının bakım ve tedavilerinde bu protokolün gerekliliklerini uygulayıp uygulamadığını tespit etmek istedik. Araştırma Gaziantep'te bulunan 25 Aralık Devlet Hastanesi, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Özel SANKO Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesinin üroloji kliniklerinde gerçekleştirildi.Cerrahların, hemşirelerin ve anestezi uzmanlarının ASHİ protokolüne göre bakım ve tedavilerindeki tutumları analiz edildi.Cerrahlara, hemşirelere ve anestezi uzmanlarına ağrı, erken mobilizasyon ve beslenme konularını içeren anket soruları uygulandı ve çalışmanın örneklemini 95 kişi oluşturdu.Anketler araştırmacı tarafından yüz yüze yapıldı. Anket sonuçları yüzdelik dilimle değerlendirildi. Sağlık personelinin ortalama yaşı 34.73 +9.11'di, sağlık personelinin %26,3'ü cerrah, %17,9'u anestezi uzmanı ve %55,8'i hemşireydi. Çalışmada ameliyat öncesi oral sıvı olarak karbonhidrattan zengin yükleme %29,5'di. "Ameliyat öncesi açlık süresi ASHİ Protokolüne uygundur" diyenlerin oranı %4,2'di.Ameliyat sonrası sıvı ve katı gıda alımı da ASHİ Protokolüne uygun değildi. Hastaların bulantı ve kusmasını önlemek amacıyla profilaksi uygulanma durumu %65,3'dü. "TUR-P ameliyatı sonrası antiembolik çorap uyguluyoruz" diyenlerin oranı %62.1di. Hastaları mobilize etme durumunda da ASHİ protokolüne uygun hareket edilmiyordu. "Ameliyat sonrası ağrı için analjezik yapılmalı" diyenlerin oranı %62,1 iken antienflamatuar ilaç seçimi oranı ise %44,2'di.ASHİ protokolünü duyanların oranı %7,4'dü. ASHİ Protokolünü uygulayanların oranı ise %37,9'du. Yapılan bu çalışma sonucu ASHİ Protokolüne uygun bir bakım ve tedavi prosedürünün TUR-P ameliyatlarından sonra uygulanmadığı söylenebilir. Kanıta dayalı ASHİ protokolüne göre hemşirelik bakım paketlerinin ve tedavi prosedürlerinin üroloji kliniklerinde uygulanmaya başlatılması için hizmet içi eğitimlerin planlanması, tüm personelin ASHİ protokolüne benzeyen prosedürler oluşturması ve araştırmalar yapması için komitelerin kurulması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ERAS Protokolü, Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme (ASHİ) Protokolü, TUR-P Operasyonu

ABSTRACT

An Investigation Of Preoperative And Postoperative Nutrition, Pain And Early Mobilisation Practices In TUR-P Surgery In Relation To The Eras Protocol Kankılıç R. Department of Nursing, Institute of Medical Sciences, SANKO University, Master's Thesis, Gaziantep, 2018

The objective of this study is to find out whether hospitals in Gaziantep, Turkey meet the requirements of the ERAS protocol regarding the implementation of postoperative nutrition, pain and early mobilisation practices in TUR-P surgeries. This study was carried out in the urology clinics of 25 Aralık State Hospital, Dr.ErsinArslan Training and Research Hospital, Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital and SANKO Training and Research Hospital. The attitudes of the surgeons, nurses and anaesthetists were analysed in accordance with the ERAS protocol. The surgeons, nurses and anaesthetists were asked survey questions about pain, early mobilisation and nutrition. The sample group consisted of ninety-five persons. The questionnaires were conducted by using a face-to-face method. The results of the questionnaires were given in percentages. The average age of the health personnel is 34.73±9.11. %26.3 of them was surgeon, while % 17.9 of them was anaesthetist and %55.8 of them was nurse. The preoperative fluid intake richer than carbohydrate was %29.5. The rate of those stating that the duration of patency was in accordance with the ERAS protocol is %4.2. The process of postoperative fluid and intake was not in line with the requirements of the ERAS protocol. The rate of those suggesting that prophylaxis must be implemented for nausea was %65.3. The rate of those stating that they used anti-embolic stockings after each TUR-P surgery was %62.1. The rate of the mobilisation of the patients after TUR-P surgery did not either meet the requirements. The rate of those stating that analgesic must be used for postoperative pain was %62.1, while anti-inflammatory drugs were preferred after operations and its rate was %44.2. The rate of those who heard about the ERAS protocol was %37.9. Considering the findings of this study, it can be pointed out that the treatment and care procedures were not conducted in accordance with the requirements of the ERAS protocol. In order to start treatment procedures and nursing care plans in accordance with the ERAS protocol, it can be suggested that health personnel should have in-service trainings and that similar procedures to those of the ERAS protocol can be organised and put into action by means of different committees.

Key Words: ERAS Protocol, Enhanced Recovery After Surgery, TUR-P Surgery

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

TEZ ONAY SAYFASI.....	iii
ETİK BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
i	
İÇİNDEKİLER.....	x
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
TABLOLARDİZİNİ.....	xiiiv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xv
RESİMLER DİZİNİ.....	xv
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Benign prostat hiperplazi (BPH)'ni ve prostat kanserini anlamak için prostat anatomisini anlayalım.....	3
2.1. 1. Prostat kanseri nedir?.....	4
2.1.2. Proliferatif inflamatuvar atrofi ve prostatit.....	4
2.1.3. Benign prostat hiperplazi	5
2.1.4. BPH ve prostat kanseri teşhisi	6
2.1.5. Prostat kanserinde tedavi	6
2.1.6. Prostat kanseri olmayan benign prostat hiperplazisinde bir tedavi; TUR-P ameliyatı nedir?	7
2.2. Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme.....	9
2.2.1. ASHI protokolunde ameliyat öncesi öğeler.....	10
2.2.1.1. Ameliyat öncesi danışmanlık ve eğitim.....	10
2.2.1.2. Ameliyat öncesi hastanın öyküsü.....	10
2.2.1.3. Ameliyat öncesi bağırsak temizliği.....	10
2.2.1.4. Ameliyat öncesi karbonhidrat yüklemesi.....	11
2.2.1.5. Anestezi öncesi medikasyon.....	11
2.2.1.6. Ameliyat öncesi açlık.....	11
2.2.1.7. Antimikrobiyal profilaksi.....	12
2.2.1.8. Tromboembolik profilaksi.....	12
2.2.1.9. Epidural analjezi.....	13

2.2.1.10. Minimal invaziv yaklaşım.....	13
2.2.1.11. Standart anestezi protokol.....	13
2.2.1.12. Perioperatif sıvı yönetimi.....	14
2.2.1.13. Ameliyat öncesi hipotermiyi önleme.....	14
2.2.2. ASHİ protokolünde ameliyat sonrası ögeler.....	15
2.2.2.1 Nazogastrik entübasyon.....	15
2.2.2.2. Üriner drenaj.....	15
2.2.2.3. Ameliyat sonrası illeusu önleme.....	15
2.2.2.4 Ameliyat sonrası bulantı kusmanın önlenmesi.....	16
2.2.2.5. Ameliyat sonrası analjezi.....	16
2.2.2.6. Erken mobilizasyon.....	16
2.2.2.7. Erken oral diyet.....	16
2.2.2.8. Taburculuk.....	17
2.2.2.9. Takip.....	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın türü.....	18
3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman.....	18
3.3. Araştırmanın evren ve örneklem seçme yöntemi.....	18
3.4. Veri toplama araçları.....	18
3.5. Verilerin analizi.....	19
3.6. Araştırmanın etik yönü.....	19
4.BULGULAR.....	20
5.TARTIŞMA.....	26
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	29
7.KAYNAKLAR.....	30
8. EKLER	
Ek-1 Etik Kurul Kararı	
Ek-2 Gaziantep Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	
Ek-3 Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi İzin Yazısı	
Ek-4 DR. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	
Ek-5 Özel SANKO Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi	
EK-6 Uygulanan Soru formu	
Ek-7 İntihal Raporu	

Ek-8 Özgeçmiş

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ERAS: Enhanced Recovery After Surgery

ASHİ : Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme

BPH: Benign Prostat Hiperplazi

TUR-P: Trans Üretral Rezeksiyon ile Prostat

PIN: Prostat İnterepitelyal Neoplazi

DVT: Derin Ven Trombozu

PSA: Prostata Özgü Antijen

ASA: American Society of Anesthesiologists Sınıflandırması

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Sağlık alışanlarının (Hemşire, Anestezişt, Cerrah) Sosyo-Demografik zellikleri	20
Tablo 4. 2. TUR-P Ameliyatlarında Perioperatif Hazırlık.....	21



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. ASHİ Protokolünün Temel Prensipleri.....	10
---	----



RESİMLER DİZİNİ

Resim 2.1: Benign Prostat Hiperplazi	5
Resim 2.2: TUR-P Ameliyatlarında Kullanılan Rezektoskop.....	8



1. GİRİŞ

Kanıtla dayalı uygulamalar ile hastaların tedavi ve bakım standartları yaklaşık 20 yıldır hasta güvenliğini sağlamak adına önem kazanmıştır (Stevens, 2013) Tedavi ve bakımlar standartlaşmış kanıtla dayalı protokollerle tek çatı altında toplanmıştır. Güncel araştırmalar ve deneysel çalışmalar ile hastaların sağlığı, konforu, hastaneden erken taburculuğu genel iyilik hali, var olan sağlık problemi dışında gelişebilecek durumları önlemek amacıyla yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Bulunan zaman diliminde mortalite ve morbidite oranları azalsa da gelişen teknoloji ile daha iyiye gitme umudu artmaktadır (Ersoy, 2005).

Ameliyat sonrası dönemde ağrı, bulantı-kusma, bağırsak tıkanıklığı veya yapışıklığı, nefes alıp vermekte bozulma ve kalp yükünün artması gibi şikayetler görülebilmektedir. Bu problemlerde erken hareket etmeyi (mobilizasyon), ağızdan beslenmeyi geciktirmekte, taburculuk süresini uzatarak hastanede kalış süresini arttırmaktadır. Bu ve benzeri komplikasyonlarla hastanın mortalite ve morbidite riski artmaktadır (Basse ve ark., 2002). Hastalarda görülen bu komplikasyonların oluşmaması adına geleneksel bakım ve tedavilere karşı kanıtla dayalı yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmuştur. 1990'lı yılların başında ASHİ (Ameliyat Sürecinde Hızlı İyileştirme- ERAS-Enhanced Recovery After Surgery) protokolü oluşturulmuştur (Kehlet ve ark., 2008).

ASHİ protokolüne göre ameliyat sırasında tercih edilen anestezi ilaçlarının özelliği; ameliyattan sonra hastanın en hızlı dönemde iyileşmesini sağlamalı, analjeziye olan ihtiyacın en alt seviyede olmasını sağlamalı, normal yaşamsal faaliyetlerini yerine getirmeyi sağlayacak özellikte olmalıdır (Harris ve ark., 2001).

ASHİ protokolüne göre hastalar ameliyat sonrası en erken dönemde yataktan kalkma ve yürüme solunum fonksiyonlarını olumlu etkiler, atalektaziyi önler, bağırsak hareketlerini peristaltizmi artırır ve hareketsizlikle oluşabilecek insülin direncindeki bozulmayı önler yara yeri iyileşmesini olumlu etkiler (Tuna ve ark., 2018). Erken mobilizasyona ek olarak, erken ağızdan beslenme ve dengeli analjezi ameliyattan sonra iyileşmeyi hızlandırır (Ersoy E, 2007).

ASHİ'ye olan ihtiyaç ameliyat öncesi; hastanın korku ve endişesini gidermek, ameliyat sırasında; hipotermiyi önlemek, insizyon kesisini küçültmek, gereksiz dren kullanımının engellenmesi, ameliyat sonrası en erken dönemde beslenmesi ve en kısa zamanda mobilizasyonun sağlanması gibi 21 maddelik çalışmaları açığa çıkarmıştır (Kehlet ve ark., 2002). ASHİ protokolü multidisipliner yaklaşıma gerektirmektedir. Bunun için

cerrahlar, anesteziistler, hemşireler, fizyoterapistler ve diyetisyenlerle hazırlanmış ASHİ protokolüne uygun çalışmak gerekmektedir(Kehlet ve ark., 2005).

ASHİ protokolü ile birçok cerrahi alanda çalışmalar yapılmıştır. Bunlara örnek olarak laparoskopi/endoskopi,diz ve omuz rekonstrüksiyon, vajinal histerektomi, gastrikfundoplikasyon,splenektomi, adrenalektomi, donör nefrektomi, mastektomi, kolesistektomi, total kalça ve diz replasmanı,aort anevrizmektomi, pnömonektomi, radikal prostatektomi, periferikvasküler rekonstrüksiyon gösterilebilir (Basse ve ark., 2000).Ürolojide kanıta dayalıASHİprotokolü uygulanmaktadır. Hastanın ameliyat öncesi ve sonrası dönemde tedavi ve bakımı takip edilmektedir. Geleneksel tedavi yönteminde ameliyat öncesi hastaya gece 12 den sonra aç kalması önerilmektedir. Hastanın 8 saati aşkın süre aç, susuz kalması dehidratasyona sebep olmakta, uzun süre aç kalınması sebebiyle hastanın insülin direnci artmakta ve metabolikasidozeden olmaktadır. Bunu engellemek amacıyla ASHİ protokolü ile kanıta dayalı beslenme programı hazırlanmıştır (Seidman ve diğeri, 1994)

Ameliyat sırasında gelişen hipotermi sağlık problemlerine yol açmaktadır. ASHİ protokolüne göre ameliyat sırasında hastanın vücut ısısını korumak gerekmektedir. ASHİ protokolü epidural anesteziyi önermektedir. Epidural anestezi, ameliyat sonrası analjeziye olan ihtiyacı azalttığı için uygun görülmektedir (Ersoy, 2007). Üroloji ameliyatlarında TUR-P (Transüretral Rezeksiyon-Prostat) vakalarında da ASHİ protokolü ile daha sağlıklı birey sonuçları alınmaktadır (Seidman ve ark., 1994).

TUR-P ameliyatı olan hastaların ağrı, beslenme ve erken mobilizasyon konularının ASHİ protokolü ile ameliyat öncesi,sırası ve sonrası bakım ve tedavisinin nasıl uygulandığını belirlemek amacıyla bu araştırma yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Benign Prostat Hiperplazi (BPH)'ni ve Prostat Kanserini Anlamak İçin Prostat Anatomisini Anlayalım

Prostat embriyoda 8-12. haftalarda koryonik gonadotropinin hormonunun uyarımı ile salgılanan testosteron tarafından oluşur. Erkek çocuğunda doğarken prostat bezi küçüktür. 9-14 yaşına kadar yani puberteye kadar büyüme olmazken, puberte dönemiyle büyümeye başlar (Balbay, 2008). Prostat erkek yardımcı üreme bezlerinin en büyüğüdür, mesane boynu ve üretranın ilk parçasında bulunur, görevi ise asit fosfataz, fibrinolizin ve sitrik asit sentezlemektir. Prostat yapısında fibroelastik bağ dokusu ve düz kas lifi bulundurulur. Düz kas lifleri sayesinde ejakülasyon anında prostat atılımı sağlanır (Şeftalioğlu, 1998).

Korpora amilasea (prostat taşı) prostatın yoğunlaşmış kireçlenmesi ile prostat taşları meydana gelir. Prostatın içeriğinde glandüler ve stromal doku bulunur. Yaşlı erkeklerde bu oran genç erkeklerle göre iki katına kadar ulaşır. Fibromusküler stromanın artması ile kapsül oluşur. Stroma; düz kas, elastin ve kollojen yapıdadır. Oluşan kapsül ejakulatuar kanalların giriş noktası ve apikal üretra hariç tüm çevreyi kaplar. Kapsül kalınlığı 0,5 cm'dir. Kapsül kalınlığı yanlarda daha incedir (Kirbiy ve ark., 2007).

Prostat; alkalik pH, beyaz sıvı görünümünde yapıdadır ve alkali özellikte olmasının avantajı ovumu başarılı bir şekilde döllemesidir. Kadınların vajina salgısı asidik, prostat salgısının alkali olması spermilerin genital traktusunda canlı kalabilmelerini sağlar.

Prostat sıvısının içinde su, sitrik asit, asit fosfataz, amilaz, kolesterol, çinko, tamponlayıcı tuzlar, fosfolipidler, prostaglandinler, prostatik spesifikantijen (PSA), seminal plazmin, kalsiyum sitrat, fosfat iyonları, pıhtılaşma sağlayıcı enzim ve plazminojen maddeleri bulunur. Pıhtılaşma sağlayıcı enzimler kalsiyum iyon yapısındadır. Ejakülasyondan sonra ortalama 15-30 dakika sonra profibrinolizin fibrinolizine dönüşerek pıhtıyı eritir. Bu olaya lizeksiyon denir (Balbay, 2008).

Prostat anatomik olarak derin pelviste yerleşik kapsülle çevrili fibromusküler ve glandüler bir organdır. Şekil olarak ters bir koniye ya da ceviz benzemektedir. Genç erkeklerde hacmi ortalama 20 ml iken bu oran yaşla birlikte artarak BPH 80-100mg kadar ulaşır, yüksekliği 3 cm, genişliği 4 cm, kalınlığı 2.5 cm dir. Superiordan mesaneye, inferiordan ise eksterna lüriner sfinkter ve membranöz üretraya bağlıdır. Prostatın dört tarafı vardır. Bunlar posterior, anterior ve iki adet inferolateral bölgelerdir. Inferolateral taraf konveks şekindedir ve

levator ani kaslarının medial kenarları ve endopelvik fasya ile ilişkilidir. Posterior yüz rektumla yanyanadır ve rektumdan Denonvilliers' fasyasıyla ayrılır. Denonvillier'sfasyası anterior rektal duvarla prostatın ve seminal veziküllerin posterior yüzü arasında yer alır (Kirby ve ark., 2007). Fasyanın görevi; prostat kanserinin posterior genişlemesini engellemektir (Villers ve ark., 1993).

Prostatın tarihçesi 1912 yılında Lowsley ile başlar. Lowsley prostatı posterior, iki lateral, bir ön ve bir orta lob olmak üzere beş loba ayırarak tanımlamıştır. Lowsley'den sonra 1968 yılında John E. McNeal tarafından mikroskopik olarak bezve kanal yapıları ile bugünkü haliyle bölgesel anatomi sınıflaması önermiştir (Kirby ve ark., 2007).

2.1.1. Prostat kanseri nedir?

Prostat kanseri; vücutta bulunan prostat bezindeki hücrelerin kontrol dışı çoğalması ile meydana gelen kanser hücreleridir. Bunun dışında hemen hemen vücudun hücrelerinin hepsi kanser hücreleri haline gelebilir ve vücudun diğer bölgelerine yayılabilir. Yaklaşık olarak tüm prostat kanseri adenokarsinomlardır.

Prostat kanseri türleri şunları içerir:

- Sarcomas
- Küçük hücreli karsinomalar
- Nöroendokrin tümörler (küçük hücreli karsinomlar hariç)

Bu prostat kanseri çeşitleri dışında görülen adeno karsinomlar nadirdir. Bazı prostat kanser hücresi hızla büyüyüp yayılırken, bazılarında ise bu olay yavaştır. Bazı yaşlı hastaların otopsi çalışmaları sonucu prostat kanseri sebebiyle hayatını kaybettiği belirlenmiştir. Yaşlı hastalarda olduğu gibi bazı genç erkeklerde de ölümle sonuçlanabilmektedir (<https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/causes-risks-prevention.html>).

2.1.2. Proliferatif inflamatuvar atrofi (PIA) ve prostatit nedir?

Normal prostat hücreleri ceviz büyüklüğündedir. Prostat hücreleri, proliferatif inflamatuvar atrofide ceviz büyüklüğünden daha küçüktür. Bu alanlarda enflamasyonlar görülür.

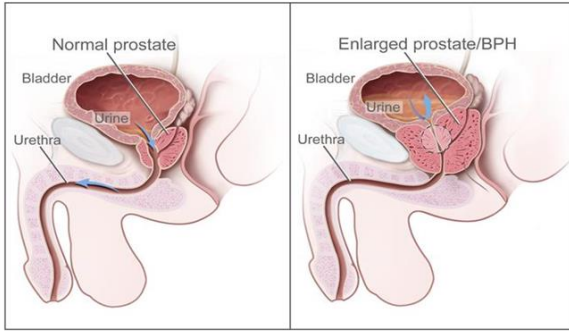
Proliferatif inflamatuvar atrofi kanser değildir ama zamanla yüksek dereceli proliferatif inflamatuvar atrofiye dönüşerek prostat kanserine sebep olacağı bilinmektedir.

Prostatit ise prostat dokusunun enflamasyonu ile açığa çıkan sağlık problemidir. (Wenninger ve ark.,1996).Yüksek ateş, adale ağrıları, üriner obstrüksiyon gibi şikayetlerle belirti verir. Bu belirtilerin yanında Stamey ve Meares 'in yaptığı çalışmalar sonucu tanılayıcı 4 grup vardır. Bunlar şunlardır: akut ve kronik bakteriyel prostatit, prostatoni son olarakta nonbakteriyel prostatittir(Meares ve ark.,1968). Prostatit genç erkek hastalarda yaşlı erkek hastalara oranla daha fazla görülmektedir. Tedavisinde ise antibiyotikler, antienflamatuar ilaçlar, kas gevşeticiler ve alfa blokerler kullanılmaktadır.(Nickel ve ark., 2005).

2.1.3. Benign prostat hiperplazi (BPH) nedir?

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH), malign olmayan yaşla birlikte prostat glandının glandüler stromal hücrelerinin artışı olarak benign bir yapıdır. Genetik faktörlerin yanı sıra birçok sebeplerle ortaya çıkmaktadır(Shapiro ve ark., 1992).

Resim 2.1:Benign Prostat Hiperplazi



Kaynak: Amerikan Cancer Society 2018,

<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8793.00.pdf>

Araştırmalara göre; BPH, prostat kanserine yol açmamakla birlikte bir arada bulunabilir.Gerek BPH gerekse prostat kanseri olsun benzer belirtileri olabilir. İdrarın akış hızı yavaşlamış, idrar yaparken ağrı zorlanma, gece idrara gitme isteği, idrar yaparken çatallanma, damla damla idrar yapma, hematüri, idrar yolu enfeksiyonu gibi bulgular her ikisinin de de olabilir (Roehrborn ve ark., 2002). BPH, erkeklerde 20li yaşlarda histolojik olarak başlayabilir, yaş ilerledikçe ve 80 li yaşlara gelince BPH %90'lara ulaşan görülme sıklığını taşır. Prostat kanseri ve BPH yaşlı erkekleri etkilerken, prostatit yani prostatta enflamasyon veya enfeksiyon tüm yaşlarda erişkin erkekleri etkiler. İdrar tahlilleri, idrar kültürü alma, ürodinami ile idrar akım hızını ölçme ve değerlendirme, üre ve kreatini değerlendirme, ultrason BPH ve prostatitin belirlenmesine yardımcı olur. PSA yüksekliği ise prostat kanserini ortaya çıkarabilir (Roberts ve ark.,2002).

BPH'nin yan etkileri ise şunlardır; sekonder böbrek yetmezliği, üriner retansiyon, postural hipotansiyondur (Parsons ve ark., 2007).

(Amerikan CancerSociety 2016,

<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8793.00.pdf>).

BPH için, medikal ve cerrahi olarak tedavileri yapılmaktadır. BPH'da tıbbi-medikal tedavide; α adrenerjik blokürler, 5α - redüktaz inhibitörleri ya tek tek ya da kombine birlikte kullanılır. Tıbbi tedavi yetersizliğinde açık cerrahi, transüretral rezeksiyon ve diğer cerrahiler kullanılır. Altın seviyesinde tabir edilen cerrahi yöntemi ise TUR-P'dir (Lusuardi ve ark., 2013 ,Parsons ve ark., 2011).

2.1.4. BPH ve prostat kanseri teşhisi

Prostat kanserini ve BPH'ni teşhis etmek için iki yöntem mevcuttur. Teşhis etme yöntemleri ise şunlardır: parmakla rektal muayene ve kanda PSA düzeyidir. Rektal muayenede üroloji cerrahı parmağıyla prostatın yapısını inceler ve prostatın yapısında sertlik, düzensizlik saptanırsa prostat kanseri ya da BPH varlığı düşünülür.Prostat hücreleri tarafından üretilen protein yapılı antijene PSA denir. Prostata özgü antijen (PSA) kanda bakılır. PSA salgısı kanda fazla bulunursa patolojik olarak değerlendirilir. BPH'nde Prostata özgü antijen artışı görülmez. Kanda yükselen PSA değeri varsa prostat kanserini akla getirir. PSA, prostatın iyi huylu (BPH) ya da kötü huylu (prostat kanseri) olduğunu ayırt etmeye yardımcı olur. PSA, BPH tanılmasında yardımcı olmasına rağmen kesin tanı için biyopsi alınır.Biyopsi işlemi Transrektal Ultrasonografi sayesinde makattan veya testislerden giriş yapılarak biyopsi alınır. Alınan biyopsi patolog tarafından mikroskop aracılığıyla, prostatın kanser mi BPH'mi olduğu belirlenir.

(Amerikan Cancer Society 2016,

<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8793.00.pdf>).

2.1.5. Prostat kanserinde tedavi

Tedavi, erken ve ileri seviyeye bağlı olarak değişmektedir. Erken evre tedavileri, kanser hücrelerinin küçük ve henüz yayılmadığı durumlarda uygulanır. Bu evrede yapılabilecek tedavi şekilleri şunlardır:

Kan Tahlili: Kan testleriyle PSA seviyesi düzenli olarak izlenir.

Radikal Prostatektomi: Cerrahi bir operasyondur ve prostat dokusu çıkarılır.

Brakiterapi: Bu yöntemle radyoaktif ışın yayan çekirdekler, prostatta ki tümörlü dokular içine veya tümöre yakın alanlara ultrason eşliğinde yerleştirilir.

Konformal Radyoterapi: Tümörlü ve çevredeki normal dokular üç boyutlu olarak belirlenir. Bu sayede tümörün iyi bir şekilde ışınlanması sağlanır. Sağlıklı dokuların radyasyona maruz kalması asgari seviyeye indirilir.

Yoğunluk Modülasyonlu Radyoterapi (IMRP): Konformal ışın tedavisinin gelişmiş bir şeklidir. Bu yöntemle tümörlü bölge farklı yoğunluklarla ışınlandığı için istenilen doz dağılımı daha iyi yapılır. Normal dokular bu sayede daha iyi korunur. Konformal ışın tedavisine nazaran doz arttırma imkânı daha yüksektir. Ancak hazırlığı ve süresi daha uzun olabilir (Amerikan CancerSociety 2016, <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8793.00.pdf>).

Radikal Prostatektomi: İleri evre tedavisinde etkin olarak kullanılır. Burada prostat çıkarılır. İyileşme süresi geçtir. Geleneksel cerrahi, 10 gün kadar hastanede kalmayı ve 3 aylık bir iyileşme süresini gerektirir.

LaparoskopikProstatektomi: Kısa sürede iyileşme sağlar. Son yıllarda çok yaygınlaşmıştır. Yine de oldukça yaşlı hastalar için ideal bir tedavi yöntemi değildir.

Hormon Tedavisi: Testesteron (Androjen) hormonunu baskılayıcı bir tedavi yöntemidir. Prostat kanseri hücreleri büyümek için bu hormonun uyarılarına ihtiyaç duyar. Androjen baskılayıcı tedavisi (ABT), özellikle ileri evre hastalarında, kanser hücrelerini yavaşlatmak hatta durdurmak için çok etkilidir.

(Amerikan CancerSociety 2016, <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8793.00.pdf>).

2.1.6. Prostat kanseri olmayan benign prostat hiperplazisinde bir tedavi : transüretal rezeksiyon- prostat (TUR-P) ameliyatı nedir?

TUR-P,benign prostat hiperplazi hastalığının tedavisinde kullanılan cerrahi bir yöntemdir. BPH'de, trans üretral rezeksiyon- prostat cerrahisini tercih etmek için prostat hücrelerinin 80-120 gram arasında olmalıdır. TUR-P;üroloji cerrahı spinal anestezi altında erkek hastalarının üreme organlarından giriş yaparak prostat hücrelerine rezektoskop aracılığı ile ulaşır. Rezektoskop: hem prostat hücrelerine yüksek frekans uygulayarak keser hem de kamera görevinide üstlenerek endoskopik işlemin yapılmasını sağlar.

Resim 2.2: TUR-P ameliyatında kullanılan rezektoskop



Üretranın etrafını saran, BPH hücrelerini döner keser gibi küçük parçalarla mesaneye kesen cerrah kestiği hücreleri yıkama işlemiyle dışarı alır ve patolojiye gönderilir.

Avrupa Üroloji Derneği (2015)' ne göre prostat kanseri olmayan ameliyatlarda yani benign prostat hiperplazisinde transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) ile kısa sürede prostatın idrar yolunu daraltan bölüm çıkartılır ve patolojiye yollanarak prostat kanseri olup olmadığı anlaşılır(Zigeunerve diğeri 2003).

TUR-P ameliyatlarından sonra akut dönemde nadir de olsa hastalar ameliyat esnasında kan alır. Hastalarda üriner retansiyon, pıhtı ile retansiyon, idrar yolu enfeksiyonlar görülebilir. TUR-P ameliyatları sonrası komplikasyonları olarak, uzun dönem sonra idrar inkontinansı, az sıklıkta da olsa ameliyat sonrası hastanın idrar yollarında darlık, sertleşme ve erektil problemler az da olsa görülmektedir(Gravas ve ark. 2015).

2.2. Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme Protokolleri (ASHİ) Nedir?

Avrupa'da 5 ülke (Norveç, Hollanda, İskoçya, İsveç ve Danimarka) 2001 yılında bir araya gelerek ASHİ protokolünü geliştirmiştir. ASHİ Protokolünün amacı hastanın ameliyat korkusunu ve stresini azaltmak, ameliyat sonrası iyileştirmeyi hızlandırmak ve erken taburculuğu sağlamaktır(Kehlet, 1997). Yapılan bu araştırmalar sonucu ASHİ protokolünün kanıta dayalı en iyi bakım ve tedavi modeli olduğu kayda geçmiştir.Kolorektal ameliyatlardan sonra ASHİ protokolü geliştirilip değiştirilerek başka cerrahi alanlara dadahil edilmiştir. Bu bölümler;üroloji, jinekoloji, göğüs, vasküler, pediatrik, ortopedik olmak üzere birçok başka uzmanlık alanlarında da çalışmalar yapılmıştır (Ansari ve ark., 2012)

Kolorektal ameliyatlarda dışında; ürinerdiversiyonu, sistektomi, mesane rekonstrüksiyonu gibi ameliyatlarda da ASHİ Protokolü uygulanmaya başlamıştır. Çalışmalarda en kısa zamanda bağırsak fonksiyonunun geri dönüşü, hastanede kalış süresi gibi konular ele alınmıştır. Sistektomi çalışmaları ameliyat öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere ASHİ protokolünün kanıta dayalı araştırmaları ele alınmış, ASHİ'nin hasta üzerine etkilerinden anlamlı olarak bahsedilmiştir. Ocak 1997 ve Nisan 2012 yılları arasında yapılan çalışmalar sonucu ASHİ'nin bakım ve tedavide dönüm noktası olduğu kanıtlanmıştır. ASHİ protokolünün birden fazla maddesi ameliyat öncesi, sırası ve sonrası uygulanarak hasta üzerindeki etkileri analiz edilmiştir(Kehlet, 1997).

Sistektomi ameliyatlarında ASHİ protokolüne yönelik 6 randomize kontrollü çalışma ve 5 prospektif kontrollü vaka serisi analiz edilmiştir.Randomize kontrollü çalışmada; ameliyat öncesi bağırsak hazırlığı, küçük insizyon, sıvı yönetimi,nazogastrikentübasyon, üriner sistemdrenajı, ameliyat sonrası bağırsak tıkanıklığını önleme ve koruma ameliyat öncesi danışmanlık ve eğitim, ameliyat öncesi açlık, trombo profilaksisi,epidural analjezi, rezeksiyon yeri drenajı, antimikrobiyal profilaksi, erken oral beslenme, erken mobilizasyon ve ameliyat sonrası analjezi konuları analiz edilmiştir.Ameliyat öncesi karbonhidrat yüklemesi, ameliyat öncesi kullanılacak ilaçlar, standart anestetik protokol, ameliyat sırası vücut sıcaklığını koruma ve denetim gibi konular sistektomi hastalarında çalışılmıştır. Bulgular, kanıta bağlı olarak kaydedilmiştir. Bu notlar aşağıda verilmiştir(Gustafsson,2013).

ASHİ protokolünün kapsamına yönelik Şekil 1'deki gibidir.

Şekil 2.1. ASHİ protokolü kapsamı

Ameliyat öncesi	Ameliyat sırası	Ameliyat sonrası
Hasta eğitimi	Anestezi protokolü	Bulantı ve kusma
Bağırsak temizliği	Ameliyat kesileri	Gastrointestinal motilite
Ameliyat öncesi açlık	Ameliyat sırasında hipotermi	Analjezikler
Anestezi öncesi medikasyon	Ameliyatta sıvı yönetimi	Beslenme
Tromboemboli profilaksi	Drenler	Mobilizasyon
Antimikrobiyal profilaksi	Nazogastrik tüp	Taburculuk
	Kateterler	Takip

2.2.1. ASHİ protokolünde ameliyat öncesi öğeler

2.2.1.1. Ameliyat öncesi danışmanlık ve eğitim

Ameliyat öncesi hastalar bilgi eksikliği nedeniyle yoğun stres altındadırlar. Hastalara yapılacak her türlü girişim tedavi ve bakım hakkında yapılacak açıklamalar kaygıyı azaltabilir. ASHİ protokolüne göre ameliyat öncesi stresin azalması ameliyat sonrası yara iyileşmesini hızlandırarak taburculuk süresini azaltmaktadır. Hastaların stres düzeyini azaltmak, ameliyat sonrası baş etmelerini arttırmak, ameliyata bağlı komplikasyonları önlemek için hastaya bilgi ve danışmanlık hizmeti verilmelidir (Gustafsson, 2013).

2.2.1.2. Ameliyat öncesi hastanın öyküsü

Ameliyat öncesi hastanın varsa kronik bir rahatsızlığının bilinmesi (hipertansiyon, anemi ve diyabet) gibi bu risk faktörlerinin kontrol altına alınarak kullanıyorsa sigarayı ve ya uyuşturucuyu bırakması, fiziksel egzersiz yapması gibi faktörler uygulanarak hastayı oluşabilecek komplikasyonlardan uzak tutmak genel iyilik halini yüksek tutmak gerekir (Nygren ve ark. , 2013).

2.2.1.3. Ameliyat öncesi bağırsak temizliği

Ameliyat öncesi bağırsak temizliğinin yapılmamasına yönelik ASHİ Protokolleri vardır. Tabibi ve ark'nın 148 hasta ile yaptıkları çalışmada bağırsak temizliği yapılan hasta ile yapılmayan arasında morbidite farkı bulunmamıştır (Tabibi ve ark., 2007).

Xu ve ark yaptıkları benzer çalışmada bağırsak temizliği yapılan hastalarda yapılmayan hastalara oranla daha fazla sıvıelektrolit kaybı gözlemlendiği kaydedilmiştir. TUR-P ameliyatlarında bağırsak temizliğine ihtiyaç yoktur (Xu ve ark., 2010).

2.2.1.4. Ameliyat öncesi karbonhidrat yüklemesi

Karbonhidrat yüklemesini değerlendiren bir çalışma bulunmamakla birlikte sistektomi hastalarında ameliyat öncesi bu yüklemenin susuzluğun, insülin direncinin azaldığı ve idame ettirilmesine yardımcı olduğu gösterilmiştir. Klinik rutin uygulamalarda ameliyat öncesi dönemde hastanın ameliyatına kadar en az 8-12 saat aç kaldığı ameliyathane trafiğine bağlı bu sürenin dahada uzadığı bilinmektedir. Hastanın aç bırakılması ameliyat sırasında hastanın yediklerini içtiklerini aspire etmemesi için yapılan bir uygulamadır (Ersoy, 2007). Açlık süresi uzadığında insülin direnci arttığı için metabolikasidoz gibi sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır. ASHİ 'ye göre bu sağlık problemlerinin oluşmaması için kanıta dayalı açlık süreleri kullanılmalıdır. Hastada insülin direncinin artmasını önlemek için ameliyat öncesi dönemde hastaya karbonhidrat yüklemesi yapılır (Ersoy, 2005)

2.2.1.5. Anestezi öncesi medikasyon

Yapılan çalışmalar sonucu, ameliyattan önce yapılan medikasyonlar sayesinde hastaların korku ve stresinde azalmalar tespit edilmiştir. Korku ve stresin azalması oluşabilecek komplikasyonları önlemekle beraber ameliyat sırasında anestezi ilaçlarına olan ihtiyacı azaltmaktadır. Bu etkileri gösteren ilaç grubu ise deksmedetomidindir. Kaya ve ark 2008 yılında yapmış oldukları çalışma da spinal anestezi öncesi intravenöz olarak birinci gruba deksmedetomidin, ikinci gruba midazolamın üçüncü gruba ise plasebo uygulamışlardır. Yapılan bu çalışma sonucunda; ameliyat sonrası analjeziye olan ihtiyacı değerlendirmişler, deksmedetomidin ve midazolamın grubunun analjezi gereksinimi plasebo grubuna göre daha az olduğu tespit edilmiştir (Kaya ve ark, 2008).

2.2.1.6. Ameliyat öncesi açlık

ASHI protokolüne göre ameliyat öncesi kanıtlanmış açlık süresi 6 saatöncesine kadar katı, 2 saat öncesine kadar saf sıvı alınmasıuygun görülmektedir. Bu bilgilere ek ameliyat öncesi hastaların ameliyattan önceki gece 800 ml karbonhidratlı sıvı, ameliyat gününde 2-3 saat öncesine kadar 400 ml karbonhidratlı sıvıların alınması ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırdığı, insülin direncini azalttığı ve taburculuk süresini hızlandırdığı kanıtlanmıştır (Ersoy, 2007).

Yuill ve ark. yaptıkları randomize kontrollü çalışmada ameliyat öncesi açlık süresini ASHI protokolüne göre tasarlayarak ulaştıkları sonuç vaka grubunda kas kütle kaybında azalma ve taburculuk süresinde hızlanma tespit edilmiştir. Bu ve benzeri çalışmalar sonucu karbonhidratlı içeceklerin güvenli olduğu kanıtlanmıştır (Yuill, 2005).

2.2.1.7. Antimikrobiyal profilaksi

Ameliyat sonrası yara yeri alanını enfeksiyonlardan korumak ve yara yeri enfeksiyonlarını en alt seviyede tutmak için uygulanır. ASHI Protokolüne göre ameliyat öncesi yara yeri alanını enfeksiyonlardan korumak için tek doz antibiyotik uygulanır. Uygulanacak antibiyotik türevi aerobik ve anaerobik etki gösteren özellikte olmalıdır. Ameliyat olmadan yarım saat bir saat önce tek doz uygulanmalıdır. Uzun sürecek ameliyatlardan yani en az 3 saat sürecek vakalarda ikinci doz yapılmalıdır (Song, 1998).

2.2.1.8. Tromboembolik profilaksi

Sistektomi ameliyatlarında klinik olarak derin ven trombozu görülme olasılığı %5 olarak tahmin edilmektedir (Novotny ve ark., 2007). Bu olasılıklar üzerinden büyük pelvis ameliyatlarında tromboz riskini yok etmek veya en aza düşürmek için trombolitik, heparin gibi ajanlar kullanılmalıdır (Nygren ve ark., 2013). Cerrahi risk taşıyan üroloji ameliyatlarından sonra risk teşkil eden sorunlardan biri de derin ven trombozu (DVT)'dir. Görülme oranı %1-5'dir. DVT komplikasyonlarına sebep olan etmenler şunlardır: yaşlılık, ameliyat sırasında verilen litotomi pozisyonu, transüretal cerrahileridir.

Majör renal cerrahi ve transplantasyon, radikal sistektomi ve üretral rekonstrüksiyon gibi ameliyatlarda yüksek tromboz riski vardır ve tromboz profilaksi kullanımına ihtiyaç vardır. ASHI Protokolüne göre;

- Trans üretral ve cerrahi risk taşımayan hastalarda erken mobilizasyon yeterlidir. Rutin tromboprofilaksiye gerek yoktur. (çok güçlü öneri).
- Üroloji vakalarında büyük açık cerrahilerde emboliyi engellemek için rutin tromboprofilaksi kullanılmalıdır (çok güçlü öneri).
- Üroloji ameliyatları sonrası kanaması olan veya kanama riski olan hastalarda mekanik tromboprofilaksi kullanılmalıdır (çok güçlü öneri), kanama riski azaldığında veya yok olduğunda farmakolojik tromboprofilaksi kullanılmalı ya destek olarak kullanılmalıdır. (güçlü öneri) (Geerts ve ark., 2008).

2.2.1.9. Epidural analjezi (EDA)

Üroloji vakalarında epidural analjezi vazgeçilmez anestezi yöntemidir. Maffezzini ve arkadaşının yaptığı 73 hasta ile 58 kontrollü hasta karşılaştırılmıştır. Çalışmada Th9 düzeyinde uygulanan torasikepidural analjezi kullanımı ameliyat sonrası üçüncü güne kadar ağrının az olması ve hastanın diğer yaşam fonksiyonlarında olumlu gelişmeler olduğunu belirtmişlerdir. Kardiyopulmoner alanda oluşabilecek komplikasyonları azaltmak için th10 seviyesinin takılması önerilir. Pelvis için düşük dozlarda bupivakain'efentanil veya morfin eklenebilir. Epiduralların optimal süresi 48 ve 72 saat arasındadır. Mesane ameliyatlarında ve göğüs hastalıkları tedavisinde torakalkullanımı şiddetle önerilir. Ameliyat sonrası etkisini 72 saat göstermesi analjiye olan ihtiyacı azaltmaktadır. (Maffezzinive ark., 2012)

2.2.1.10. Minimal invaziv yaklaşım

Küçük kesi ameliyat ile büyük kesi ameliyat yarasının iyileşimi karşılaştırıldığında küçük kesi ameliyatlarında iyileşme oranının daha yüksek olduğu ispat edilmiştir. Son yıllarda mesane kanseri tedavisinde robotik radikal sistektomi yöntemi giderek artmaktadır. Açık radikal sistektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu metastatik tedavide altın standart olarak kalmaya devam etmektedir. Komplikasyon oranlarını ve stresi azaltmak için minimal invaziv yaklaşımlar benimsenerek robot yardımcı laparoskopik radikal sistektomi yöntemi tercih edilmelidir (Shabsighve ark., 2009).

Menon ve ark. robot destekli radikal sistektominin fizibilitesiyle ilgili rapor veren ilk kişilerdir. O tarihten bu yana çok sayıda yüksek hacimli merkez bu robotik yaklaşımla deneyimlerini bildirdiler. Radikal sistektomi ameliyatlarında robotik cerrahi yöntemin yararları; kısa süren ameliyat süreci, oluşabilecek komplikasyonları en aza indirmek, küçük insizyonlar sayesinde ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmak ve enfeksiyonu önlemektir.

Yapılan çalışmalar da daha az ürinerdiversiyonu rastlanması, kan kaybının azalması, morbidite ve barsak fonksiyonuna geri dönüş süresinde kısımlar tespit edilmiştir (Menonve ark., 2003). TUR-P ameliyatları da minimal kesi ile yapılmaktadır.

2.2.1.11. Standart anestetik protokol

Üroloji ameliyatları için standartlaştırılan tek bir anestezi müdahale yoktur. Güncel hızlı protokollerde uygun görülen torasikepidural analjezi (Th9-11)'dir. Epidural analjezinin yararları, opioidleri en aza indirmek, kısa etkili anestezi ajanlar (remifentanil) ve hipoksi ve hipotermi önlenmesi, kan kaybı sınırlı kontrollü hipotansiyona sahiptir. Epidural analjezi kolon ve rektal ameliyat için şiddetle kanıtla dayalı olarak önerilir(Maffezzinive ark., 2012).

Epidural mümkün olmadığında opioid tutma özelliğinden dolayı İntravenöz lidokain infüzyonu uygulanabilir(Nygren ve ark., 2013). Kan şekeri 10 mmol/L'den az olmamasına dikkat edilmelidir ve yeterli akciğer ventilasyonu sağlanmalıdır. Düşük tidal volüm ile barotrauma riskine karşı hasta takip edilmelidir(Gustafsson,2013).

2.2.1.12. Perioperatif sıvı yönetimi

Hem sıvı fazlalığı hem de hipovolemik planksnik hipoperfüzyona neden olabilir, bu daha sonra ileus ile sonuçlanabilir(Gigliove ark., 2009).Yapılan bir randomize klinik çalışma sonucunda radikal sistektomi hastalarında hedefe yönelik sıvı terapisi uygulanmayan hastalarda ameliyat sonrası ilk 24 ve 48 saatlerde ileus bulantı ve kusma insidansı görülme sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Özellikle ASA III ve IV hastaların hedefe yönelik sıvı terapisine ihtiyaç duydukları belirtilmiştir. (Pillai ve ark., 2011). Hedefe yönelik sıvı terapisine göre aşırı sıvı yüklemesi veya gereksiz sıvı kısıtlamasına açıklık getirilmiştir. Ayrıca, doppler aracılığıyla sıvı alımındaki artış, kalp debisinin dengede olmasını sağlar bu konuda klinik olarak anlamlı bir hipoperfüzyon olup olmadığı takip edilir (Brandstrup ve ark. 2011).TUR-P ameliyatalarında da sıvı desteği yeterli perfüzyonu sağlayacak düzeyde olmalıdır.

2.2.1.13. Ameliyat öncesi hipotermiyi önleme

Vücut sıcaklığının 36 C altında olması sonucu hipotermi görülmektedir. Hipotermi sonucu ameliyat sonrası birçok komplikasyonlara sebep olmaktadır. Yapılan ASHİ protokolü çalışmaları göz önüne alındığına TUR-P ameliyatların da hipotermi önlenmelidir. Sistektomi gibi ürolojide yapılan büyük ameliyatlarda termoregülasyon, normal vücut sıcaklığı kesinlikle garanti altına alınmalıdır(Gustafssonve ark., 2013).

2.2.2.ASHİ protokolünde ameliyat sonrası ögeler

2.2.2.1.Nazogastrik entübasyon

Adamakis ve ark. yaptıkları 43 hasta da randomize klinik çalışması sonucu radikal sistektomi ameliyatları sonrası dönemde nazogastriğin erken dönemde çıkarılmasıyla çıkarılmaması arasında iyileşme de anlamlı değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada ise Cochrane meta-analizi araştıran büyük abdominal cerrahi geçiren hastalar da ameliyat sonrası nazogastriğin erken çıkarılmaması sonucu komplikasyonların görüldüğü tespit edilmiştir. Bu iki çalışma sonucunda radikal sistektomi vakaları sonucu erken nazogastriğin çıkarılmamasında komplikasyon oluşturulmuyorken, kolorektal cerrahisinden sonra erken çıkarılması önerilmektedir. TUR-P ameliyatlarında nazogastrik tüp uygulamasına gerek yoktur (Nelson ve ark., 2007)

2.2.2.2. Üriner drenaj

Transüretral mesane kateteri ameliyatı sonrası 1. günde pelvis ameliyatından sonra kontrollü şekilde çıkarılmalıdır. Düşük ürinerretansiyon riski olan hastalarla ilgili transüretralkateterizasyon ihtiyacını veya süresini değerlendiren hiçbir çalışma yoktur. Mattei ve ark. randomize klinik çalışmasında 37 ortotopikileal mesane replasmanı ile 17 ilealkonduit hastalarını iki gruba ayırmış, Grup 1'deki hastaların (n = 29) üreterstentleri ameliyat sonrası 5 ile 10 gün arasında çıkarmıştır. Grup 2'deki hastalar (n = 25) ise üretero-ilealanastomozun tamamlanmasından sonra direkt olarak çıkarılmıştır. Çalışma sonuçlarına bakılarak grup 2'deki hastaların veri analizinde idrar yollarında ve bağırsaklarında hızlı iyileşme tespit edilmiş, metabolikasidozun oluşumunda azalmalar kaydedilmiştir (Nygren ve ark., 2013).

2.2.2.3. Ameliyat sonrası ileusu önleme

Ameliyat sonrası bağırsak tıkanıklığı veya yapışıklığı önlemeye yönelik spesifik tedaviler incelenmiştir. Pillai ve ark yapmış olduğu çalışmalarda hedefe yönelik sıvı terapisi uygulanmayan hastalarda ameliyat sonrası ilk 24 ve 48 saatlerde ileus görülme ihtimalinin arttığı, Propiglia ve ark (2007) yaptığı çalışmalarda laporoskopinin illeusu azaltma da veya görülmemesi laporoskopiye desteklemektedir. Choi (2011), Kouba (2007) yapmış oldukları toplam 162 sistektomi hastasında uyguladıkları çalışmada sakızın illeusu önlemek ya da azaltmak adına hastalara vermişler, sakız çiğneyen grubun barsak hareketleri normal fonksiyonuna dönme süresi daha kısa olmuştur. TUR-P ameliyatlarında da ileus komplikasyonuna yönelik önlemler alınmalıdır (Correia ve ark., 2004).

2.2.2.4. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın önlenmesi

Pillai ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bulantı ve kusmanın önlenmesi ile sıvı dengesinin sağlanmasıyla kardiyovasküler dengenin sağlanacağı söylenmiştir. Hastaların sıvı desteği dışında antiemetik alması desteklenebilir. TUR-P ameliyatları sonrası bulantı kusmanın önlenmesi gerektiği ASHİ protokolünde de belirtilmiştir (Pillai, 2011) Mattei ve arkadaşlarının çalışmasında ise bulantı kusmanın önlenmesiyle üretero-ilealanastomozun stentlenmesini önlemede de etkili olmuştur (Mattei, 2008)

2.2.2.5. Ameliyat sonrası analjezi

Üroloji ameliyatlarında, ameliyat sonrası dönemde ağrıyı azaltmak ya da yok etmek için en iyi yöntem epidural anestezidir. Multimodal opioid türevi ilaçların azaltılması ya da kullanılmaması ameliyat sonrası illeusu azaltır. İyileşmeyi hızlandırır. Torasik epidural analjezi ameliyatından sonra 72 saate kadar etkisini göstererek üstün ağrı kesici olmakla birlikte, ek yararları için de stres tepkisinin azalması ve kardiyopulmoner alana olan yükün hafiflemesini sağlamaktadır. Özellikle küçük invaziv ameliyatlar için alternatifler lokal bölgesel intratekal analjezi, intravenöz lidokain, kullanılması önerilmektedir (Ersoy, 2007). ASHİ protokolüne göre ilaç tedavisinin yanı sıra non farmakolojik ajanlarda tercih edilmelidir. Hemşireler hastaların ağrıyla baş etmelerine yardımcı olarak müzik dinlettirip, yürüyüş ve hafif egzersizler gibi bakım ve tedavi uygulanmalıdır.

2.2.2.6. Erken mobilizasyon

Ameliyat sonrası mobilizasyonu artırmak önemlidir. ASHİ protokolüne göre hemkolonik hem de rektal cerrahide sonuçların olumlu olması erken seferberliğini desteklemektedir. Bununla birlikte ameliyat sonrası dönemde uzun süreli yatak istirahatinin tromboemboli riski ve pulmoner komplikasyonları arttırdığı tespit edilmiştir (Ersoy, 2007).

2.2.2.7. Erken oral diyet

Yapılan çalışmalara göre ASHİ protokolünde hastanın bilinci yerinde olunca en kısa zamanda ağızdan beslenme önerilmektedir. Parenteral beslenmeye karşı oral beslenme teşvik edilmelidir. Normal fonksiyonel besin alımı vücut homeostazını korumaktadır. Hastada anastomoz açılma gibi bir komplikasyon olasılığı yok ise en kısa sürede oral beslenme desteklenmelidir (Ersoy, 2007).

2.2.2.8. Taburculuk

ASHİ Protokolünün amaçlarından biri de hastanede kalış süresinin kısalması, hastaneye geri dönüşlerin azalmasıdır. Bu amaçla hastaların ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirilmeleri ciddi önem taşır. Hastane sonrası sürecin planlanması hastalığın seyrinin ve hastanın iyileşme sürecini belirlemeye yardımcıdır. TUR-P ameliyatı sonrası taburculuk süresini kısaltmaya yönelik bakım ve tedavinin ASHİ Protokolüne yönelik uygulanması kanıta dayalı öngörülmektedir (Akın, 2012).

2.2.2.9. Takip

Ameliyattan sonra taburcu edilen TUR-P hastaları ile 24-48 saat sonra iletişime geçilerek yara yeri ve ya başka bir şikayet olup olmadığı teyit edilmelidir. Hastanın herhangi bir şikayetinin olmaması halinde 7-10. gün arasında kontrol amaçlı hastaneye çağırılır (Ersoy, 2007)

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü:

Yapılan bu araştırma tanımlayıcı tipte planlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:

Bu araştırma Türkiye'nin güneydoğusunda yer alan Gaziantep ilindeki 25 Aralık Devlet Hastanesi, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma Ve Uygulama Hastanesi, Özel SANKO Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanelerinin üroloji servisinde çalışıldı. Araştırma verileri bir devlet hastanesi, bir özel hastane, bir eğitim araştırma hastanesi ve bir üniversite hastanesini kapsamı amacıyla bu hastaneler tercih edildi. Araştırmanın verileri 1 Nisan 2018 -10 Haziran 2018 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma Ve Uygulama Hastanesi, Özel SANKO Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanelerinin üroloji kliniğinde bulunan cerrahların, anestezi uzmanlarının ve hemşirelerinin tümü evreni oluşturdu. Tüm üroloji kliniğinde bulunan cerrahların, anestezi uzmanların ve hemşirelerin sayısı 117 kişi idi. Araştırma anketine 95 kişi katıldı, ankete yanıt veren çalışanlar örnekleme oluşturdu.

3.4. Veri Toplama Araçları:

Yaş, cinsiyet, kurumda çalıştığı deneyim yılı, pozisyonu yanı sıra “ TUR-P ameliyatlarında ASHİ protokolü ile ameliyat öncesi ve sonrası yapılması gereken beslenme, ağrı ve erken mobilizasyon uygulamalarının karşılaştırılması” adına anketle veriler toplandı. Araştırmacı tarafından hazırlanan ankette 23 soru bulunmaktaydı. Soru formu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çalışılan yıl süresi, ameliyat öncesi danışmanlığın kimin verdiği, bilgi verme yöntemi, hazırlanmış bakım ve tedavi prosedürünün var olup olmadığı, hasta başına düşen hemşire sayısı, ameliyattan önce karbonhidratlı sıvı verilip verilmediği, ameliyat öncesi açlık süresi, ameliyat sonrası sıvı alım süresi, ameliyat sonrası katı alım süresi, ameliyat sonrası profilaksi bulantı kusma uygulanıp uygulanmadığı, ameliyat sonrası DVT çorabı uygulayıp uygulamadığı, ameliyat sonrası; mobilizasyon, ağrı için analjezik kullanımı, ne tür ilaç grubunun kullanıldığı, spinal anestezinin kan şekeri olumsuz

etkileyip etkilemediği, hastalar taburcu olurken üriner kataterinin çıkarılıp çıkarılmadığı ve ASHI protokolünü duyup duymadıkları, uygulayıp uygulamadıkları soruldu.

3.5. Verilerin Analizi:

Veriler sayı yüzde olarak analiz edildi.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü:

Çalışma öncesinde SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (tarih: 30.03.2017-3 Karar no=1) ve Gaziantep Üniversitesi şahinbey Araştırma Ve Uygulama Hastanesi, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 25 Aralık Devlet Hastanesi, , Özel SANKO Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanelerinin üroloji klinik sorumlu hekimlerinden izin alındı (Ek-1, Ek-2, Ek-3, Ek-4, Ek-5). Araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu üroloji servislerinde hizmet veren cerrahlara, anestezi uzmanlarına ve hemşirelere uygulandı. Araştırmacı tarafından yapılan veriler yüz yüze toplandı.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik verileri Tablo1 'de verildi. Katılımcıların yaş ortalamaları 34.73+ 9.11 (min:20, max: 56) idi. Çalışanların yüzde 38.9 (n=37) kadındı. Araştırmaya katılan meslek gruplarına baktığımızda %55.8'i (n=53) hemşire, %26.3'ü (n=25) cerrah, %17.9'u (n=17) anesteziistlerden oluşmaktaydı.

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının (hemşire, anesteziist, cerrah) sosyodemografik özellikleri (n =95)

Sosyo-demografik Özellikleri	Sayı n	Yüzde %
Yaş	34.73± 9.11 (min:20, max: 56)	
Cinsiyet		
Kadın	37	38.9
Erkek	58	61.1
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	6	6.3
Ön lisans	18	18.9
Lisans	28	29.5
Lisansüstü	43	45.3
Mesleki Pozisyonu		
Hemşire	53	55.8
Cerrah	25	26.3
Anesteziist	17	17.9
Kaç yıldır bu pozisyonda çalışmaktasınız.?		
0-5 yıl	54	56.8
6-10 yıl	34	35.8
11-15 yıl	3	3.2
16-20	2	2.1
21-30	2	2.1

Ankete katılan sağlık personellerinin yaptıkları meslekte çalışma yıllarına baktığımızda 0-5 yıl arası %56.8 (n=54), 6-10 yıl %35.8 (n=34), 11-15 yıl %3.2 (n=3), 16-20 yıl üzeri %2.1 (n=2), 21-30 yıl üzeri %2.1 (n=2) olduğu görüldü (Tablo 1).

Tablo 4.2.TUR-P ameliyatlarında perioperatif hazırlığın incelenmesi (n=95)

	Sayı	%
TUR-P ameliyatı öncesi hasta bilgilendirmesi kim\kimleer tarafından verilmektedir?		
Cerrah	21	22.1
Anestezi Hemşire	0	0
Hepsi (Anestezi, Hemşire, Cerrah)	74	77.9
Hastalarınızı ameliyattan önce nasıl bilgi verirsiniz?		
Yüz yüze bilgi verme	94	98.9
Yüz yüze ve broşür	1	1.1
Servisinizdeki doktorların/hemşirelerin TUR-P ameliyatlarında bakımı yürütmesi için hazırlanmış tedavi ve bakım paketleri, prosedürler var mı?		
Evet	68	71.6
Hayır	27	28.4
Spinal anestezi ile TUR-P ameliyatı olan her bir hastaya kaç hemşire düşmektedir?		
1 hastaya 1 hemşire	28	29.5
2 hastaya 1 hemşire	29	30.5
3 hastaya 1 hemşire	33	34.7
4 ve daha fazla hastaya 1 hemşire	5	5.3
Sizce hastalarınıza TUR-P ameliyatı öncesi oral sıvı olarak karbonhidrattan zengin yükleme yapılmalı mı?		
Evet	28	29.5
Hayır	67	70.5

Tablo 4.2.TUR-P ameliyatlarında perioperatif hazırlığın incelenmesi- devamı (n=95)

	Sayı	%
TUR-P ameliyatlarında, ameliyat öncesi hastalarınızın spinal anestezi açlık süresine yönelik uygulamalarınız nedir?		
Hastaların ameliyattan önceki gece yarısından sonra aç bırakılması	55	57.9
Hastaların ameliyattan 4-6 saat önce katı gıdaların ve 2 saat öncesine sıvı gıdaların kesilmesi	4	4.2
Ameliyattan 8 saat önce katı ve sıvı gıdaların kesilmesi	36	37.9
Hastalarınız TUR-P ameliyatı sonrasına zaman oral sıvı alıyor?		
Ameliyat günü	59	62.1
Doktor isteyince	10	10.5
Gaz çıkışı olunca	26	27.3
Hastalarınız TUR-P ameliyatı sonrası ne zaman katı gıda alıyor?		
Ameliyattan 4 saat sonra	3	3.2
Ameliyattan 8 saat sonra	25	26.5
Gaz çıkışı olunca	67	70.5
TUR-P ameliyatı sonrası hastalarınıza bulantı kusma için profilaksi uyguluyor musunuz?		
Evet	62	65.3
Hayır (Dr orderında ihtiyaç halinde)	33	34.7
Hastalarınızı ayağa kaldırıp yürüttüğünüz saat dilimi nedir?		
İlk 4-8 saat sonra	71	74.4
İlk 8-24 saatten sonra	19	20.0
24 saat sonra	5	5.3
Spinal anestezi tercih edilen TUR-P ameliyatlarında, ameliyat sonrası dönemde kan şekerlerinde olumsuz etkiler oluyor mu?		
Evet	7	7.3
Hayır	88	92.6

Tablo 4.2.TUR-P ameliyatlarında perioperatif hazırlığın incelenmesi- devamı (n=95)

	Sayı	%
TUR-P ameliyatı geçirecek her hastaya antiembolik çorap uyguluyor musunuz?		
Evet	59	62.1
Hayır	36	37.9
Hastalarınıza analjezik yapılmalı diyorsanız hangi ilaç kullanılmalıdır?		
Antienflamatuvar (intravenöz)	42	44.2
Parasetemoller (intravenöz)	32	33.7
Opioidepidural	4	4.2
Opioid (intramüsküler)	17	17.9
TUR-P ameliyatı olmuş tüm hastalarda taburcu olurken üriner kataterini çıkarıyor musunuz?		
Evet	60	63.1
Hayır	35	36.8
ASHİ (Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme) Protokolünü (ERAS- FAST TRACT Ameliyatlar) duydunuz mu?		
Evet	26	27.3
Hayı	69	72,6
Servisinizde TUR-P hastalarında ASHİ Protokolünü uyguluyor musunuz?		
Evet	5	5.2
Hayır	90	94.7

Sağlık personellerine TUR-P ameliyatları hakkında ameliyat öncesi danışmanlık eğitimini hangi meslek grubundan veriliyor diye sorduğumuzda; % 22,1 (n=21) cerrah, %77,9 (n=74) hepsi (anestezist, cerrah, hemşire) vermekteydi.

TUR-P ameliyatı olacak hastalara yapılacak olan eğitimlerin, % 98,9 (n=94) yüz yüze görüşme ile %1,1(n=1) yüz yüze görüşme ve broşür ile verildiği iletildi.

“TUR-P ameliyatlarında tedavi ve bakımın yürütülmesi için hazırlanmış tedavi ve bakım paketleri veya prosedürleri var mı?” diye sağlık personellerine sorulduğunda %71,6 (n=68) evet, %28,4 (n=27) hayır dedi. Ancak hemşirelik bakım paketlerinin olmadığı tedavi için de doktorların kendilerine ait prosedürlerin olduğu bunların da yazılı metin olmadığı ortaya çıktı.

Üroloji servisinde spinal anestezi ile TUR-P ameliyatı olan her bir hastaya kaç hemşire düşmektedir diye sağlık personeline sorduğumuzda % 29,5 (n=28) 1 hastaya 1 hemşire, %30,5 (n=29) 2 hastaya 1 hemşire, % 34,7 (n=33) 3 hastaya 1 hemşire, %5,3 (n=5) 4 ve daha fazla hastaya 1 hemşire bakım verdiği iletildi.

Hastaların TUR-P ameliyat öncesi oral sıvı olarak karbonhidrattan zengin besin verilmeli diye ifade edenler %29,5 (n=28), edemeyenler %70,5 (n=67)di.

Hastalara ameliyat sonrası sıvı desteğin tüm sağlık çalışanları vermekteydi, sadece ameliyat öncesi diyabet hastalarının kan şekeri takibi rutinde yapılmakta, hastaların açlık düzeylerinin kan şekeri, kan gazlarına (asidoz olarak) etkisi %100 sağlık personeli tarafından izlenmemekteydi.

Spinal anestezi ile TUR-P ameliyatlarında hem katı hem de sıvı alımının kesilmesi, hastanın aç kalması demektir. Hastalar ameliyat önceki, gece yarısından sonra aç bırakılıyordu ve bu ifadeyi kullanan sağlık personeli % 57,9 (n=55)'du. Spinal anestezi alacak hastaların ameliyattan sekiz saat önce katı ve sıvı gıdalarının kesilmesini ifade eden sağlık personeli de % 37,9 (n=36)'du.

TUR-P ameliyatı olmuş hastalara ameliyat sonrası dönemde ne zaman oral sıvı almaya başlıyor diye sorduğumuzda sağlık personelinin %62,1'i (n=59) ameliyat günü, %10,5'i (n=10) doktor isteyince, % 27,3'ü (n=26) dedi.

Spinal anestezi ile TUR-P ameliyatı olmuş hastalarınıza ameliyat sonrası ne zaman katı gıda veriyorsunuz diye sorduğumuzda; katılımcıların %3,2'si (n=3) ameliyattan 4 saat sonra,

%26,5 di. (n=25) ameliyattan 8 saat sonra, %70.5 (n=67) gaz çıkışı olunca diye ifadelerin olduğu belirlendi.

TUR-P ameliyatı geçiren tüm hastalarınıza ameliyat sonrası bulantı ve kusma profilaksi uygulama durumu sorulduğunda katılımcıların % 65,3'ü (n=62) evet, %34,7'si (n=33) hayır diye belirtti.

“TUR-P ameliyatı sonrasında hastalarımızın en erken dönemde mobilizasyonu önemlidir. Hastalarınızı ayağa kaldırıp yürüttüğünüz saat dilimi nedir ” diye sorduğumuzda sağlık personellerinin, %74,4'ü (n=71) ilk 4-8 saat sonra,%20,0'si (n=19) ilk 8-24 saatten sonra, %5,3'ü (n=5) hastayı yürüttüklerini ifade etti.

TUR-P ameliyatını spinalanestezi ile olan tüm hastalara antiemolitik tedavi uygulanıyor mu diye sorduğumuzda katılımcıların %37.9'si (n=36) evet, %62.1'i (n=59) hayır diye ifade etti.

Sağlık personellerine TUR-P ameliyatı geçiren hastaya ağrı kesici ilaç uygulamasında tercihleri sorulduğunda ; %44,2 (n=42) antiinflamatuvarlar, %33,7(n=32) parasetemoller, %4,2 (n=4) epiduralopoidler, %17.9 (n=17) intramuskuleropoidleri kullandıklarını belirttiler.

Sağlık persanellerine TUR-P ameliyatı olmuş tüm hastalarda taburcu olurken üriner kataterini çıkarıyor musunuz? diye sorduğumuzda; % 63.1'i (n=60) evet, % 36.8'i (n=35) hayır olarak cevap verdi.

Üroloji kinciğindeki cerraha, anestezi uzmanına ve hemşireye ASHİ (Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme) Protokolünü (ERAS- FAST TRACT) duydunuz mu? diye sorduğumuzda % 27.3'ü (n=26) evet, %72.6'sı (n=69) hayır dedi.

Üroloji servislerinde ASHİ (ERAS (EnhancedRecoveryAfterSurgery)/(FastTractSurgery) protokolünü TUR-P ameliyatları sonrası uygulamayıp uygulamadıklarını sorduğumuzda; sağlık personellerinin % 5.2'si (n=5) evet % 94.7 (n=90) hayır ifadesinde bulundu.

5. TARTIŞMA

5.1. TUR-P Ameliyatlarında ASHI Protokolü ile Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yapılması Gereken Beslenme Uygulamalarının Karşılaştırılması:

Geleneksel uygulamalarda genel anestezi alan hastaların ameliyat esnasında pulmoner olarak aspirasyon olabileceğinden ameliyattan 8-12 saat öncesinde oral olarak gıda alımı sonlandırılmaktaydı. Hastalar zamanında ameliyata alınmadığı takdirde; hastaların ameliyat öncesi aç kalma dönemleri de uzun olmaktadır. Bu durum, açlık süresinin uzamasına neden olarak, insülin direncini arttırmakta, asidozoluşturabilmekte, metabolizmayı olumsuz etkilemektedir. ASHI protokolünde; bu nedenle hastaların anesteziden 6 saat önce katı gıda alımının kesilmesinin, 2 saat öncede berrak sıvı alımının kesilmesinin ameliyatı kolaylaştırabileceğine yönelik kanıta dayalı açıklamalar yer almaktadır (Ersoy, 2005). Buna ek olarak literatürde, hastaların enerji desteğinin sağlanması peristaltizmin devamlılığı için ameliyat önceki gece 800 cc, ameliyat sabahı da 400 cc glikoz sıvı desteğinin oral olarak verilebileceği ASHI protokolünde yer almaktadır (Ersoy, 2005, s. 96-101).

Yuill ve ark. yaptıkları randomize kontrollü çalışmada ameliyat öncesi açlık süresini ASHI protokolüne göre tasarlayarak ulaştıkları sonuç vaka grubunda kas kütle kaybında azalma ve taburculuk süresinde hızlanma tespit edilmiştir. Bu ve benzeri çalışmalar sonucu karbonhidratlı içeceklerin güvenli olduğu kanıtlanmıştır.

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının (hemşire, anestezi uzmanı, cerrah) hastaları TUR-P ameliyatı öncesi % 57.9 (n=55) hastaları gece yarısından sonra aç bırakmakta bu nedenle hastalar 8 saatten fazla aç kalabilmektedir. Ayrıca araştırmamızda sağlık çalışanlarının ameliyat öncesi glikoz destekli sıvıları hastalara vermediklerini, bu tür uygulamalarının olmadığını ifade etmişlerdir. Bu nedenle hastaların metabolik olarak asidoza girip girmedikleri, kan şekersizlerinin sonuçlarının ne olduğunu özellikle izlemedikleri belirlendi. Hastalara ameliyat sonrası sıvı desteğini tüm sağlık çalışanları vermekteydi, sadece ameliyat öncesi diyabet hastalarının kan şekeri takibi rutinde yapılmakta, hastaların açlık düzeylerinin kan şekere, kan gazlarına (asidoz olarak) etkisi %100 sağlık personeli tarafından izlenmemekteydi.

TUR-P ameliyatı olan hastaların genel anestezi yerine spinal anestezi ile ameliyat olması nedeniyle hastalarda kan şekersizleri olumsuz etkilenmemiştir ifadesini % 88 (n= 92.6) sağlık çalışanları kullandı. Bu bilgilere göre Gaziantep ili içinde yer alan üniversite ve devlet hastanelerinde TUR-P ameliyatlarında hastaların açlık süreleri klasik geleneksel

uygulamalarla tedavi ve bakım aldığı, ASHİ protokolü ile uygulamalarının olmadığı belirlenmiştir.

ASHİ protokolüne göre hastalar genel anestezi sonrası en erken dönemde oral alıma başlaması, peristaltizmi hızlandırdığına hastanın iyileşme sürecini arttırdığına ve hastanede kalma süresini azaltmaktadır (Ersoy E, 2007). ASHİ protokollerine göre genel anestezi sonrası bilinci gelmiş hastaların en erken dönemde oral sıvı alabileceği ifade edilirken; araştırmamızda spinal anestezi ile TUR-P ameliyatı olan hastaların oral alım süresini sağlık çalışanlarından ameliyat sonrası % 62.1 (n= 59) ameliyat günü sıvı alımı, % 3.2 (n=3) ameliyattan 4 saat sonra katı besin alımı olduğu öğrenildi.

5.2. TUR-P Ameliyatlarında ERAS-ASHI Protokolü ile Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yapılması Gereken Ağrı Uygulamalarının Karşılaştırılması :

ASHİ protokolü kolon ve rektum ameliyatlarından sonra hastalarda bağırsak aktivitesini ve peristaltizmi en erken dönemde sağlamayı hedeflediği için epidural uygulamaların anestezi ve narkotik analjezik olarak bu ameliyatlarda önermesi de (Block ve ark. 2003); TUR-P ameliyatlarında epidural olarak opioidlerin tercih edilmesi hastaların ameliyat sonrası üçüncü güne kadar konforunu artırabilmektedir (Block BM ve ark., 2003). Sells ve MacDonagh 1998, Mitropoulos ve ark. 2002’de TUR-P ameliyatlarında hastaların ağrılarının sadece cerrahi travma değil, genital bölgede yapılan bir işlem olması, cinsel aktivitesini kaybedeceği korkusu, kanser gibi tanı konulacağı endişesi nedeniyle ağrıyı daha da artırabileceğini iletmiştir (Sells H ve ark.,1998). (Mitropoulos D ve ark.2002).Ameliyattan bir gün önce verilen hasta eğitimi anksiyeteyi ve ağrıyı azaltabilir. ASHİ protokolünde hastaların kaygılarını azaltmak için tasarlanmış işitsel görsel dokunsal eğitimlerin hemşire desteğiyle verilebileceği bildirilmektedir (Gustafsson,2013).

Bu nedenle araştırmamızda sağlık personellerinin hastalara verdikleri bilgilendirme sorulduğunda hastalara tasarlanmış işitsel görsel ve dokunma ile öğrenmeleri sağlayacakları eğitimlerin olmadığı tespit edildi. Hastalara yüz yüze ve rast gele tasarlanmamış plansız eğitim verme oranı % 98.9 (n= 94) dur.

Hastaların kaygı düzeyleri ile ağrı düzeyleri olumsuz etkileneceği gerçeği ile araştırmamızda hastaların ağrılarının nasıl kontrol edildiği sorgulandığında epidural olarak narkotik analjezik uygulama oranının antienflamatar kullanımı %44.2 (n=42), parasetamol kullanımı %33.7 (n=32) olduğu saptandı.

ASHİ protokolüne göre diren, idrar kateteri gibi kateterlerin çıkartılması gerekmektedir bazı TUR-P ameliyatı sonrası hastaların kanama takibi idrar takibi sebebiyle idrar kateteri takılmakta en erken ameliyat sonrası 1. gün çıkarılmaktadır (Nygren ve ark. , 2013) Araştırmamızda da ürinerkateterlerin hasta taburcu olmadan çıkarılmadığı hatta bazı hastaların evlerine bile ürinerkateter ile yollandığı belirlendi. Bu durumda hastalarda ağrının artışına neden olabilir.

5.3. TUR- P Ameliyatlarında ERAS-ASHİ Protokolü ile Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yapılması Gereken Erken Mobilizasyon Uygulamalarının Karşılaştırılması:

Anestezi almış tüm hastalarda ameliyat sonrası görülen en önemli komplikasyonlardan biri de derin ventrombozudur. Hastaların ameliyat sonrası en erken dönemde yataktan kalkması, oturması ve yürümesi DVT riskini azaltmaktadır. DVT riskini azaltan en önemli iki uygulamadan ilki düşük moleküllü antikoagülan uygulaması, diğeri de basınçlı çorap giydirerek venöz dönüşü sağlanmasıdır (Geerts ve ark., 2008).

ASHİ Protokolüne göre; transüretal veya diğeri düşük riskli ameliyatı olan hastalarda erken mobilizasyon dışında rutin tromboprofilaksi uygulamasına gerek yoktur (Geerts ve ark., 2008, 381-453).Araştırmamızda hastaların yürütülme düzeylerine bakıldığında 4-8 saat arasında yürütülme oranının %74.4 (n=71) olduğu, antiembolik çorapların kullanımının da %37.9 (n=36) olduğu saptandı. Geerts ve ark.nin çalışmasına tam olarak uyulmadığı görüldü.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Araştırmadan elde ettiğimiz bulgulara göre; Gaziantep ilinde yer alan hastanelerde ASHİ uygulamalarına göre hastaların ameliyat öncesi aç kalmadığı, oral karbonhidratlı sıvıları alıp almadığının belirlenmediği, hastalara planlı tasarlanmış ameliyat öncesi eğitimlerin verilmediği, hastaların ameliyattan sonra en erken dönemde oral sıvı almadığı, en erken dönemde yürütülmediği, hastaların ağrılarını azaltmak için sadece ilaç tedavisi uygulandığı belirlendi. Sonuç olarak tüm bulgulara göre ASHi protokolüne uygun bir bakım ve tedavi prosedürlerinin TUR-P ameliyatlarından sonra uygulanmadığı söylenebilir.

Öneriler

TUR-P ameliyatları sonrası geleneksel uygulamalar yerine ASHİ protolölü gibi kanıt temelli tedavi ve bakıma dayandırılmış hemşirelik bakım paketleri ve tedavi prosedürlerinin üroloji kliniklerinde uygulamaya başlatılması, bu nedenle tüm sağlık personellerine ASHİ uygulamaları konusunda bilgilerin verilmesi, hizmet içi eğitimlerin planlanması, tüm personelin ASHİ protokolüne benzeyen prosedürler oluşturması ve araştırmalar yapması için komitelerin kurulması sağlanabilir.

7. KAYNAKLAR

Ansari D., Gianotti L., Schroder J., Andersson R. Fast-track surgery: procedure specific aspects and future direction. *Langenbeck's Archives of Surgery e Deutsche Gesellschaft für Chirurgie* 2012 Jan;398(1):29-37.

Balbay M. D. Prostat. Güneş Kitapevi, Ankara 2008. s 1-4.

Basse L., Hjort Jakobsen D., Billesbolle P., Werner M., Kehlet H. A clinical path way to accelerate recovery after colonic resection. *Annals of Surgery* 2000; 232(1):51-57.

Brandstrup B., Svendsen P. E., Rasmussen M., Belhage B., Rodt S. A., Hansen B., et al. Which goal for fluid therapy during colorectal surgery is followed by the best outcome: near-maximal stroke volume or zero fluid balance? *British Journal of Anaesthesia* 2011 Aug;109(2):191-199.

Crawford, E. D. (2003). Epidemiology of prostate cancer. *Urology*, 62(6), 3-12.

Ersoy E., Gündoğdu H. Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2007; 23(1): 35-40.

Ersoy E., Gündoğdu H. Preoperatif aralıkta değişen kavramlar. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2005;21(2):96-101.

Giglio M. T., Marucci M., Testini M., Brienza N. Goal-directed haemodynamic therapy and gastrointestinal complications in major surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *British Journal of Anaesthesia* 2009 Nov;103(5):637-646.

Gravas S., Bachmann A., Descazeaud A., et al. Guidelines on the management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (LUTS), incl. benign prostatic obstruction (BPO) European Association of Urology [guidelines on the internet] 2015. [Accessed August 19, 2015].

Gustafsson UO., Scott MJ, Schwenk W., Demartines N., Roulin D., Francis N., et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *World Journal of Surgery* 2013 Feb;37(2):259-284.

Harris, S. R., Hugli M. R., Olivatto, I. A., & Levine, M. (2001). Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: Lymphedema Canadian Medical Association Journal, 164(2), 191-199.

Kaya F., Yavaşcağlu B., Türker G., Yıldırım A., Gurbet A., Moğol E., Özcan B. İntravenöz deksametomidin Premedikasyonunun Bupivakain ile Uygulanan Spinal Anesteziye Duyusal Blok Süresine Etkisi. Dergi Park 2008;3;87-92.

Kehlet H., Wilmore D.W. Multimodal strategies to improve surgical outcome. The American Journal of Surgery 2002; 183 (6): 630- 641.

Kehlet H., Wilmore D. W. Surgical care-how can new evidence be applied to clinical practice? Colorectal Disease 2010; 12(1): 2-4.

Kehlet H., Wilmore D. W. Fast-track surgery. British Journal of Surgery 2005; 92: 3-4.

Kehlet H., Wilmore D. W. Evidence based surgical care and the evolution of fast track surgery. Annals of Surgery 2008; 248(2): 189-198.

Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. British Journal of Anaesthesia 1997 May;78(5):606-617.

Kirby R., Montorsi F., Gontero P., Smith J. A. Radical prostatectomy :From open to robotic. London:Informa: 2007: 1-11.

Lusuardi L., Hruby S., Janetschek G. New emerging technologies in benign prostatic hyperplasia. Curr Opin Urol 2013; 23: 25-9.

Maffezzini M., Campodonico F., Capponi G., Manuputty E., Gerbi G. Fast-track surgery and technical nuances to reduce complications after radical cystectomy and intestinal urinary diversion with the modified Indiana pouch. Surgical Oncology 2012 Sep;21(3).

Meares E. M, Stamey T. A: Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. Invest Urol, 5: 492-518: 1968.

Menon M., Hemal A. K., Tewari A., Shrivastava A., Shoma A. M., El-Tabey N. A., et al. Nerve-sparing robot-assisted radical prostatectomy and urinary diversion. BJU International 2003 Aug;92(3):232-236.

Nelson R., Edwards S., Tse B. Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007;(3): CD004929.

- Nickel J. C., Moon T.** Chronic bacterial prostatitis: An evolving clinical enigma. *Urology*, 66: 2-8, 2005.
- Nygren J., Thacker J., Carli F., Fearon K. C., Norderval S., Lobo D. N., et al.** Guidelines for peri operative care in elective rectal/pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS()) Society recommendations. *World Journal of Surgery* 2013 Feb;37(2):285-305.
- Parsons B. A., Hashim H.** Emerging treatment options for benign prostatic obstruction. *Curr Urol Rep* 2011; 12: 247-54.
- Parsons J. K.** Modifiable risk factors for benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms: New approaches to old problems. *J Urol* 2007; 178: 395-401.
- Pillai P., Mc Eleavy I., Gaughan M., Snowden C., Nesbitt I., Durkan G., et al.** A double-blind randomized controlled clinical trial to assess the effect of Doppler optimized intraoperative fluid management on outcome following radical prostatectomy. *The Journal of Urology* 2011 Dec;186(6):2201-2206.
- Roberts R. O., Jacobson D. J., Girman C. J.** Prevalence of prostatitis-like symptoms in a community based cohort of older men. *J Urol*. 2002;168:2467-71.
- Roehrborn C. G., McConnell J. D.** Etiology, patho-physiology, epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughn EB Jr, et al., eds. *Campbell's urology*, 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders, 2002: 1297-330.
- Seidman E.J., Hanno P. M.** (1994) *Current Urologic Therapy 3* W.B Saunders Philadelphia
- Shabsigh A., Korets R., Vora K. C., Brooks C. M., Cronin A. M., Savage C. et al.** Defining early morbidity of radical cystectomy for patients with bladder cancer using a standardized reporting methodology. *European Urology* 2009 Jan;55(1):164-174.
- Shapiro E., Becich M. J., Hartanto V., Lepor H.** The relative proportion of stromal and epithelial hyperplasia is related to the development of symptomatic benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 1992; 147: 1293-7.
- Song F., Glenny A. M.** Antimicrobial prophylaxis in colorectal surgery: a systematic review of randomized controlled trials. *British Journal of Surgery* 1998; 85 (9): 1232-1241
- Stevens K. R.** The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas . OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 18, No. 2, Manuscript 4. DOI: 10.3912/OJIN.Vol18No02Man04.

Şeftalioğlu A. Genel & Özel İnsan Embriyolojisi ,üçüncü baskı Ankara 1998.

Tabibi A, Simforoosh N, Basiri A, Ezzatnejad M, Abdi H, Farrokhi F. Bowel preparation versusn opreparation before ileal urinary diversion. *Urology* 2007 Oct;70(4):654-658.

Tuna, P.T., & Kurşun, Ş. (2018) Kolorektal Cerrahide Hızlandırılmış Bakım Protokollerive Hemşirelik Bakımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11(2).

Villers A., Mcneal J.E., Freiha F.S., et al. Invasion of Denonvillers'sfascia in radical prostatectomy specimens. *J urol* 1993; 149:793.

Wenninger K., Heiman J.R., Rothman I., et al: Sickness impact of nonbacterial prostatitis and its correlates. *J Urol*, 155: 965-968, 1996.

Xu R., Zhao X., Zhong Z., Zhang L. No advantage is gained by preoperative bowel preparation in radical cystectomy and ileal conduit: a randomized controlledtrial of 86 patients. *International Urology and Nephrology* 2010 Dec;42(4):947-950.

Yuill K. A., Richardson R. A, Davidson R.A, Garden O. J., Parks R. W. [theadministration of anoral carbohydrate containing fluid priorto majör elective upper-gastrointestinal surgery preservesskeletalmassemass postoperative randomised clinical trial]. *Clinical Nutrition*2005;24(1):32–7.

Zigeuner, Richard, et al. “Detection of prostate cancer by TURP or open surgery in patients with previously negative transrectal prostate biopsies.”*Urology* 62.5 (2003): 883-887.

<https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/causes-risks-prevention.html>.

Amerikan Cancer Society 2018,

<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8793.00.pdf>

8.EKLER

Ek-1 Etik Kurul Kararı

SANKO ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Transüretal Rezeksiyon- Prostat (TUR-P) Ameliyatlarında ERAS Protokolü ile Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yapılması Gereken Beslenme, Ağrı ve Erken Mobilizasyon Uygulamalarının Karşılaştırılması
	Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Arzu TUNA
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	Başvuru Tarihi	16.03.2017
	Araştırmanın Türü	İlaç dışı klinik araştırma
	Katılan Merkezler	Tek Merkez
Varsa Protokol No	-	

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: 2017/03	Karar No: 1	Tarih: 30.03.2017
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyoistatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Tıp Fakültesi		X		X	X		
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X		X	
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		

Ek-2 Gaziantep Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümünde cerrahi hemşireliği anabilim dalı tezli yüksek lisans programında öğrenim görmekteyim. ' TUR-P Ameliyatlarında ERAS Protokolü ile Ameliyat öncesi ve sonrası uygulamalarının karşılaştırması ' konulu tez çalışması yapmaktayım. Araştırmamdaki anketi uygulamak için izin almak istiyorum

Gerekli izin verilmesi konusunda bilgilerinize arz ederim.

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üroloji A.B.D
Dr. Mehmet ÖZTÜRK
Dipl. Tes. No: 109921
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
MÜHÜR KİMLİĞİ

Rabia Korkutlu
RK

Ek-3 25 Aralık Devlet Hastanesi İzin Yazısı

GAZİANTEP 25 ARALIK DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümünde cerrahi hemşireliği anabilim dalı tezli yüksek lisans programında öğrenim görmekteyim. ' TUR-P Ameliyatlarında ERAS Protokolü ile Ameliyat öncesi ve sonrası uygulamalarının karşılaştırması ' konulu tez çalışması yapmaktayım. Araştırmamdaki anketi uygulamak için izin almak istiyorum

Gerekli izin verilmesi konusunda bilgilerinize arz ederim.

Opr. Dr. E. MURAT AKÇAYÖZ
ÜROLOJİ (EVLİYE) UZMANI
Diy. Tesc. No: 85024
25 ARALIK GAZİANTEP DEVLET HASTANESİ

15.12.2017
Rabia Kantulıs
✍

Ek-4 DR. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı

6.12.2017

DR. ERSİN ARSLAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümünde cerrahi hemşireliği anabilim dalı tezli yüksek lisans programında öğrenim görmekteyim. 'TUR-P Ameliyatlarında ERAS Protokolü ile Ameliyat öncesi ve sonrası uygulamalarının karşılaştırması' konulu tez çalışması yapmaktayım. Araştırmamdaki anketi uygulamak için izin almak istiyorum

Gerekli izin verilmesi konusunda bilgilerinize arz ederim.

Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzm. Tıp Fak. 35692 - Uzm. Tıp Fak. 07167

Rabia Korkmaz

Ek-5 ÖZEL SANKO Hastanesi

06.12.2017

ÖZEL SANKO HASTANESİ

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümünde cerrahi hemşireliği anabilim dalı tezli yüksek lisans programında öğrenim görmekteyim. 'TUR-P Ameliyatlarında ERAS Protokolü ile Ameliyat öncesi ve sonrası uygulamalarının karşılaştırması' konulu tez çalışması yapmaktayım. Araştırmamdaki anketi uygulamak için izin almak istiyorum

Gerekli izin verilmesi konusunda bilgilerinize arz ederim.

Yrd. Doç. Dr. Hatem KAZIMOĞLU
SANKO ÜNİVERSİTESİ
ÖZEL SANKO KONUKOĞLU HASTANESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Üroloji Uzmanı
Dip. Tas. No: 55128 - Tesis Kodu: 11270005

Rabia Konuklu
[Signature]

Ek-6 Sosyodemografik ve ASHI soru formu

Değerli Sağlık Personeli,

Bu çalışma sağlık çalışanlarının Transüretal Prostat (TUR-P) ameliyatlarda ameliyat öncesi, sırası ve sonrası uygulamaları belirlemek amacıyla yapılacaktır. Yanıtlarınızı kurumunuzu düşünerek ve gerçek düşüncelerinizle yanıtlayınız. Hastaları iyileştirme ve bilimsel çalışmalara desteğinizden dolayı teşekkür ediyoruz.

1.Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

1. Erkek 2. Kadın

3. Eğitim durumunuz nedir?

1.Sağlık Meslek Lisesi

2.Ön Lisans

3.Lisans

4.Lisansüstü

4. Klinikteki mesleki pozisyonunuz nedir?

1.Hemşire

2.Cerrah

3.Anestezist

5. Kaç yıldır bu pozisyonda çalışmaktasınız?

1. 0-5 yıl

2. 6-10 yıl

3. 11-15 yıl

4. 16-20 yıl

5. 21-30 yıl

6.Hastalarınıza Transüretal Prostat (TUR-P) ameliyatları hakkında ameliyat öncesi danışmanlığı kim/kimler vermektedir?

1. Cerrah

2. Anestezist

3. Hemşire

4. Hepsi

7. Hastalarınıza ameliyattan önce nasıl bilgi verirsiniz ?

1. Yüz yüze görüşmeyle

2. Yüz yüze görüşme ve broşürle

8. Servisinizdeki doktorların/ hemşirelerin TUR-P ameliyatlarında bakımı yürütmesi için hazırlanmış tedavi ve bakım paketleri var mıdır?

- 1.Evet 2. Hayır

9. Servisinizde her bir hastaya kaç hemşire düşmektedir?

1. Hastaya 1 Hemşire
2. Hastaya 1 Hemşire
3. Hastaya 1 Hemşire
4. 4 Ve Daha Fazla Hastaya 1 Hemşire

10. Sizce hastalarınıza TUR-P ameliyatı oral sıvı olarak karbonhidrattan zengin yükleme yapılmalı mı?

1. Evet 2.Hayır

11. Spinal anestezi tercih edilen TUR-P ameliyatlarında, ameliyat sonrası dönemde kan şekerlerinde olumsuz etkiler oluyor mu?

1. Evet 2. Hayır

12.Transüretal Prostat (TUR-P) ameliyatlarını spinal anestezi ile yapıyorsanız ameliyat öncesi hastalarınızın açlık süresine yönelik uygulamalarınız nedir?

- 1.Hastaların ameliyattan önceki gece yarısından sonra aç bırakılması
2.Hastaların ameliyattan 4-6 saat önce katı gıdaların ve 2 saat öncesine sıvı gıdaların kesilmesi
3.Ameliyattan 8 saat önce katı ve sıvı gıdaların kesilmesi

13. TUR-P ameliyatı olacak her hastanın ameliyat öncesi kan şekeri takibi yapılıyor mu?

1. Evet 2.hayır

14. Hastalarınız TUR-P ameliyatı sonrası ne zaman oral sıvı alıyor?

- 1.Ameliyat günü
- 2.Doktor isteyince
- 3.Gaz çıkışı olunca

15. Hastalarınız TUR-P ameliyatı sonrası ne zaman katı gıda alıyor?

- 1.Ameliyattan 4 saat sonra
- 2.Ameliyattan 8 saat sonra
- 3.Gaz çıkışı olunca

16.TUR-P ameliyatı sonrası hastalarınıza bulantı kusma için profilaksi uyguluyor musunuz?

- 1.Evet
2. Hayır

17. TUR-P ameliyatı geçirecek her hastaya antiembolik çorap uyguluyor musunuz?

- 1.Evet
2. Hayır

18. TUR-P ameliyatı sonrası hastalarınızı ayağa kaldırıp yürüttüğünüz saat dilimi nedir?

- 1.İlk 4-8 saat sonra
- 2.İlk 8-24 saatten sonra
- 3.24 saat sonra

19. TUR-P ameliyatı sonrası hastalarınıza ağrı için analjezikler yapılmalı mıdır?

- 1.Evet
2. Hayır

20. Hastalarınıza analjezik yapılmalı diyorsanız hangi ilaç kullanılmalıdır?

1. Antienflamatuar (intravenöz)

2. Parasetemoller (intravenöz)

3. Opioid epidural

4. Opioid (intramüsküler)

21. TUR-P olmuş tüm hastalarda tabucu olurken üriner kataterini çıkarıyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

22. Hastaninizde ASHİ (Enhanced Recovery After Surgery- ERAS) / (Fast Tract Surgery) Protokolünü duydunuz mu?

1. Evet

2. Hayır

23. Hastaninizde ASHİ (Ameliyat Sonrası Hızlı İyileştirme) Protokolünü uyguluyor musunuz?

1. Evet

Hayır



T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU

TEZ
FORM
2b

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Rabia
Soyadı : KANKILIÇ
Öğrenci No : 161101017

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Programı : Hemşirelik Tezli (Cerrahi Hastalıkları Hem.)
Statüsü : Yüksek Lisans Doktora

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışman Adı Soyadı : Prof. Dr. Arzu TUNA
Tez Adı : TUR-P Ameliyatlarında Eras Protokolü İle Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yapılması Gereken Beslenme, Ağrı ve Erken Mobilizasyon Uygulamalarının Karşılaştırılması

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	Benzerlik Oranı (%)	Tarih
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Öncesi	12	30/07/2018
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sonrası	4	10/08/2018

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 28 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil %4'dür.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve izin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR

İmza

Duygu ALANGİL
Enstitü Sekreteri
10/08/2018

Ek-8 Özgeçmiş



Adı	RABİA	Soyadı	KANKILIÇ
Doğum Yeri	GAZİANTEP	Doğum Tarihi	21.09.1991
Uyruğu	T.C.	Telefon	0542 378 27 65
E-mail	rabiakankilic2727@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	-	
Lisans	KİLİS 7 ARALIK ÜNİVERSİTESİ	2014

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1	Hemşirelik	DR. ERSİN ARSLAN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	3 YIL