



T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)

KOLOREKTAL AMELİYATLARDA KLİNİK ALANDA
AMELİYAT ÖNCESİ SIRASI VE SONRASI UYGULAMALARIN
ERAS PROTOKOLÜNE UYGUNLUĞUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Mehmet Sabri KIRIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2018
GAZİANTEP

T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği)

KOLOREKTAL AMELİYATLARDA KLİNİK ALANDA
AMELİYAT ÖNCESİ SIRASI VE SONRASI UYGULAMALARIN
ERAS PROTOKOLÜNE UYGUNLUĞUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Mehmet Sabri KIRIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Arzu TUNA

2018
GAZİANTEP

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	Mehmet Sabri KIRIK	Tez Savunma Tarihi	31.07.2018
Tez Adı	Kolorektal Ameliyatlarda Klinik Alanda Ameliyat Öncesi, Sırası Ve Sonrası Uygulamaların ERAS Protokolüne Uygunluğunun Karşılaştırılması		

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 haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Mehmet Sabri KIRIK

31.07.2018

TEŐEKKÖR

Tez sürecinde değerli vaktini, bilimsel desteğini ve deneyimlerini sunan ve beni her konuda destekleyen tez danıőmanım Prof. Dr. Sayın Arzu TUNA'ya ve bu zorlu süreçte her daim yanımda olan değerli aileme,

Sonsuz teőekkürler...



Mehmet Sabri KIRIK

31.07.2018

ÖZET

Kolorektal Ameliyatlarda Klinik Alanda Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Uygulamaların ERAS Protokolüne Uygunluğunun Karşılaştırılması Kırık M. S., SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018

Bu araştırmada kolorektal ameliyatlarda sonrası Avrupa’da ve ABD’de uygulanan ASHİ protokolünü (ERAS) bilen ve uygulayan ya da uygulamayan sağlık personelinin bilgi, davranış ve tutumlarını belirlemek istedik. Türkiye’nin Güneydoğusunda yer alan Diyarbakır ilinde ameliyat öncesi açlık süresini azaltma, antikoagülan ve antibiyotik kullanımı sağlama, derin ven trombozunu önleyici önlemler alma, gibi ameliyat sürecine yönelik uygulamalarda ASHİ protokolünün uygunluğunu bu araştırmada inceledik. Hemşire, anestezi uzmanı ve cerrahların bu protokole yer alan konulara yönelik bilgi davranış ve tutumlarını belirledik. Araştırmada sağlık personellerinden ve kurumlardan gerekli izinler alındı. Örneklemi 116 kişi oluşturdu. Veriler için, sorular ilgili literatür taranarak hazırlandı ve veriler yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından toplandı. Verilerin değerlendirilmesi sayı-yüzde ile gösterildi. Araştırmaya katılanların ortalama yaşı 29.5’du, %82.8’i hemşire, %4.3’ü cerrah, %12.9’u anestezi uzmanıydı. Araştırmada “ ameliyat sürecine ve evde tedavi, bakıma yönelik bilgileri veren, danışmanlığı yapan kişi kimdir” sorusuna %51.7’si çalışan tüm ekip olarak ifade etti. Bu bilgilendirme sürecinin de sadece yüz yüze görüşme olarak yapılma yüzdesi 59.4’tü, hastalara eğitim kitapçıkları verilmemekteydi. Hastalara emboliyi önleyici çorap giydirme oranı % 46.5’du. Hastaların çok uzun süre aç kaldıkları ve ameliyat öncesi karbonhidratlı oral sıvı alımının desteklenmediği belirlendi. ASHİ protokolüne uygun olarak hastalarını aç bırakan personel 10.4’tü. Ameliyat sonrasında oral alım için; peristaltizmin gelmesini bekleyen sağlık personeli de fazlaydı. Ameliyat öncesi antibiyotik kullanma oranı %86.2’di. Hastaların en erken ayağa kalkıp yürüme durumu; %44 oranında ameliyat sonrası 8 ile 24 saatleri arasındaydı. ASHİ protokolünü hiç duymayan sağlık personeli %74.1’di. Kurumsal destek olmadığı için bu uygulamayı yapamayanların yüzdesi de 93.1’di. Sonuç olarak; Sağlık personelinin ASHİ uygulamasına yönelik tam bilgilerinin olmadığı, bilgi davranış ve tutum olarak da ASHİ uygulamalarını hizmet içi eğitimlerinde olmadığı, sağlık personelinin ASHİ protokolü gibi güncel literatür bilgisini klasik geleneksel uygulamalarının yerine koymadığını söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: ERAS Protokolü; Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme (ASHİ) Protokolü; Fast Track Cerrahi; Hemşireli

ABSTRACT

A Comparison Of The Suitability Of Peroperatif And Postoperatif Application In Clinic Areas After Colorectal Surgeries For The ERAS Protocol KIRIK M. S., SANKO University, Institute Of Health Science, Department Of Nursing, Medical Surcical Nursing Master Thesis, Gaziantep, 2018

This study aims to find out and evaluate the attitude and the level of information of the health personnel having information about the ERAS protocol which is implemented in the USA and Europe after colorectal surgeries. The necessary permission was obtained from the health personnel working as surgeons, anaesthetists and nurses and from the institutions, and the sampling consisted of 116 persons. The survey questions were prepared after going through the literature, and the data were collected through face to face method. The evaluation of the data was given in percentages. The average age of the participants of the survey was 29.5 +5.46, while %82.8 of them was nurse, %4.3 of them was surgeon and %12 of them was anaesthetist. The answer of %51.7 of the participants to the question regarding who informed about the processes of surgery, home treatment and patient care was 'the whole team'. The preoperative fluid intake richer than carbohydrate was %44.8. The rate of the face to face meeting during the informing process was %59.4. %81.0 of them responded 'yes' to the question regarding whether the surgeons and the nurses in the hospital services had a treatment procedure prepared for patient care after colorectal surgeries. The rate of using stockings in the prevention of embolism was %46.5. The rate of the preoperative usage of antibiotics was %86.2. %97.5 of the patients walked within the first twenty-four hours after the surgery, while %44 of the patients walked between the first eight and twenty-four hours after the surgery. The rate of the health personnel who had never heard about the ERAS protocol was %74.1. The rate of those who could not implement this protocol because of not having an institutional support was %93.1. It can be pointed out that the health personnel did not have full knowledge of the implementation of the ERAS protocol, that the ERAS practices and applications were not included in the in-service trainings and that the health personnel did not benefit from the recent literature like the ERAS protocol and kept making use of conventional and traditional practices and applications.

Key Words: ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Protocol; Fast Track Surgery; Nursing

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

TEZ ONAY SAYFASI.....	iii
ETİK BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ameliyat Sürecinde Yeni Bir Yaklaşım: Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme (ASHİ) Nedir?.....	4
2.1. 1. Ameliyat öncesi hasta eğitimi ve danışmanlık	4
2.1. 2. Ameliyat öncesi bağırsak temizliği.....	5
2.1.4. Anestezi öncesi medikasyon (İlaç uygulama)	7
2.1.5. Tromboemboli profilaksi	8
2.1.6. Antimikrobiyal profilaksi	8
2.1.7. Anestezi protokolü	8
2.1.8. Ameliyat kesilerinin seçimi (laparoskopik ve cerrahi girişimdeki değişiklik)	9
2.1.9. Ameliyat sırasında vücut sıcaklığının düşmesinin önlenmesi	10
2.1.10. Ameliyat süresince sıvı yönetimi.....	11
2.1.11. Karın drenlerinin (Kolon anastomozundan sonra periton boşluğunun boşaltılması) kullanılması.....	12
2.1.12. Nazogastrik tüp kullanımı.....	12
2.1.13. Üriner kateterler (İdrar yolu drenajı)	13
2.1.14. Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusma.....	13
2.1.15. Gastrointestinal motilitenin uyarılması ve ameliyat sonrası ileusu önleme	14
2.1.16. Ameliyat sonrası analjezi.....	14
2.1.17. Ameliyat sonrası beslenme	14
2.1.18. Ameliyat sonrası ayağa kalkma ve yürüme	15
2.1.19. Hastaneden çıkış, taburculuk	15
2.1.20. Takip	16
2.1.21. Sonuçların denetimi	16

3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın türü	17
3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman	17
3.3. Araştırmanın evren ve örnekleme	17
3.4. Verilerin toplanması	17
3.4.1 Veri toplama araçları	18
3.5. Araştırmanın değişkenleri.....	18
3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri.....	18
3.5.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri	18
3.6. Verilerin değerlendirilmesi	19
3.7. Araştırmada etik ilkeler	19
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA	26
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	31
7. KAYNAKLAR	32
8. EKLER	
Ek-1 Etik Kurul Kararı	
Ek-2 Silvan Dr. Yusuf Azizoğlu Devlet Hastanesi Başhekimlik İzin Yazısı	
Ek-3 Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi Başhekimlik İzin Yazısı	
Ek-4 Diyarbakır SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimlik İzin Yazısı	
Ek-5 Uygulanan Soru Formu	
Ek-6 İntihal raporu	
Ek-7 Özgeçmiş	

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ERAS: Enhanced Recovery After Surgery-Fast Tract Surgery- ASHİ

ASHİ: Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme

MBH: Mekanik Bağırsak Hazırlıkları



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Ameliyat Ekibinin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	35
Tablo 4.2. Kolorektal uygulamaların ameliyat süresince planlanması ve perioperatif hazırlık.....	38



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. ASHİ Protokolünün Temel Prensipleri.....	4
Şekil 2.2. Amerika Anestezistler Birliği Ameliyat Öncesi Açlık Süresi Önerileri.....	7
Şekil 3.2. Araştırma Akış Şeması.....	19





GİRİŞ

Batın ameliyatlarından sonra iyileşmede önemli gelişmeler, kanıta dayalı tedavi ve bakım standartları ameliyat süreci protokolünün uygulanmasıyla sağlanabilir (Sarin ve ark., 2015, Mastracci ve ark., 2008).

Geleneksel olarak bağırsak ameliyatlarından sonra hastaların iyileşme süreci izlendiğinde ameliyattan sonra diyetin geç planlanması ile hastanın iyileşme sürecinin adım adım yavaş yavaş ilerlediğini görmekteyiz. Bunun nedeni olarak; hızlı toparlanmanın akıllıca olmayacağına inanılmasıdır (Gustafsson ve ark., 2012).

Bununla birlikte, son yıllarda, Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme Protokolü (ASHİ) (ERAS-Enhanced Recovery After Surgery) veya hızlı ameliyat süreci (fast track surgery) olarak adlandırılan yeni bir kavram getirildi (Sarin ve ark., 2015; Mastracci ve ark., 2008).

Kehlet ve ark. (2008) tarafından ortaya konulan bu program, ameliyat sonrası vücudun stres tepkisini azaltmanın, iyileşmek için gereken zamanı azalttığı ilkesine dayanır. Bu yeni bilgi ile birçok uzman bir araya gelir; perioperatif (ameliyat öncesi, sırası, sonrası) müdahalelerini günceller. Böylece hastalar daha erken mobilize olabilir, normal bir diyetle daha hızlı başlayabilir ve hastaların komplikasyon riski azalabilir (Kehlet, Wilmore, 2008.).

ASHİ Protokolünün ana maddeleri, ameliyat öncesi ve süresince danışmanlık hizmeti verme, en iyi düzeyde beslenmeyi sağlama, analjezik ve anestetik tedavileri standart hale getirme ve en erken dönemde hastayı yürütmedir (Çilingir ve ark., 2017).

ASHİ'nin güvenli olarak görülebileceğini, yani daha fazla komplikasyona veya ölüme yol açmadığını ve aynı zamanda büyük bağırsak ameliyatlarını takiben hastanede geçirilen gün sayısının azalacağını belirten 4 randomize çalışma bulunmaktadır. Bu randomize araştırmada, veriler düşük kaliteye sahiptir ve bu nedenle ASHİ'nin standart bakım yöntemi olarak uygulanmasını haklı kılmamaktadır. Çünkü ekonomik değerlendirme ve yaşam kalitesi parametreleri gibi diğer sonuç parametreleri üzerine daha fazla araştırma gereklidir. Araştırmada ASHİ'nin güvenli olarak görülebileceğini, yani daha fazla komplikasyona veya ölüme yol açmadığı ve aynı zamanda büyük bağırsak cerrahisini takiben hastanede geçirilen gün sayısının azaldığı bulunmuştur (Spanjersberg ve ark 2011).

Ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme (ASHİ) programı; ameliyat olan hastanın bakımına yönelik ekip çalışması gerektiren çok yönlü bir yaklaşımdır. Ameliyat sonrası hızlandırılmış

iyileşme işlemi, cerrahlar, anestezi uzmanları, bir ASHİ koordinatörü (çoğunlukla bir hemşire veya doktor asistanı gibi cerrahi hastayı ilgilendiren birimlerden oluşan bir ekiple yapılır ve yayınlanmış kanıtlara dayanmaktadır (Gustafsson ve ark., 2012; Ljungqvist, Scott, ve Fearon, 2017).

ASHİ ekibi, ameliyattan 2 saat öncesine kadar sıvı alımı, açlık süresinin azaltılması, ameliyat öncesi karbonhidrat yüklemesi gibi kanıta dayalı modern bakım değişikliklerini, minimal invaziv yaklaşımlar gibi birçok ameliyat için güncellenmiş kuralları uygulamaktadır. İnsizyon yeri, sıvı yönetimi için drenlerin ve tüplerin erken çıkarılması, yataktan en erken dönemde hastanın kaldırılması ve yürütülmesi, ameliyat sonrası gastrointestinal sistemin uyarılması ASHİ ekibinin sorumluluğudur (Gustafsson ve ark., 2013).

ASHİ protokollerinin, hastanede kalış süresini % 30 ile % 50 kısalttığı, ameliyat sonrası oluşabilecek sıkıntılarda da benzer azalmalara neden olduğu ve maliyeti düşürdüğü görülmüştür. Protokolde, homeostazisi (vücut dengesini) korumak için ameliyata bağlı stresi azaltmanın önemli olduğu vurgulanmıştır. ASHİ protokolü, şu anda 20'den fazla ülkede kullanılan yapılandırılmış uygulama programlarıdır. ASHİ ekipleri ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme süreçlerini uygulamak üzere eğitilmektedir. ASHİ protokolü uyumu ve ASHİ sonuçları denetimi önemli özelliklerdendir. Ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme başta kolorektal cerrahi ile başlamış ancak hemen hemen tüm büyük ameliyatlarda sonuçları iyileştirdiği gösterilmiştir (Ljungqvist, Scott, & Fearon, 2017).

Ameliyata bağlı stres tepkisini hafifletmek ve iyileşmeyi hızlandırmak için ameliyat sonrası iyileşme (ASHİ) veya hızlı takip protokolleri farklı ameliyat alanlarına uygulanmıştır. 2000 - 2013 yılları arasındaki pankreatik ameliyatlarda ameliyat sonrası klinik patolojileri tanımlayan makaleler için MEDLINE, CINAHL, EMBASE ve Cochrane Kütüphanesi ile ilgili literatür araştırması yapılmıştır. Makaleler, önceden tanımlanmış ölçütlere dayalı olarak dahil edilmek üzere seçilmiştir ve kalite açısından sıralanmıştır. ASHİ protokollerinin ayrıntıları ve ilgili sonuçlar çıkarılmış ve analiz edilmiştir. ASHİ protokolünü açıklayan 10 makale tanımlanmıştır. Kanıt düzeyi düşük ile orta dereceli olarak derecelendirilmiştir. Bu sonuçların karşılaştırıldığı yedi çalışmanın altısında yatış süresinin azaldığı tespit edilmiştir. Kanıtlarda, ASHİ protokollerinin hastanın güvenliğini veya erken dönemde taburculuğunu artırdığı gösterilmiştir. “Ameliyat sonrası hızlı iyileşme protokolleri en iyi kanıta dayalı olarak standartlaştırılmalıdır ve

birden fazla merkezin yer aldığı ASHİ (ERAS) programları denenmelidir ” ifadeleri literatürde yer almaktadır (Kagedan, Ahmed, Devitt, & Wei, 2015).

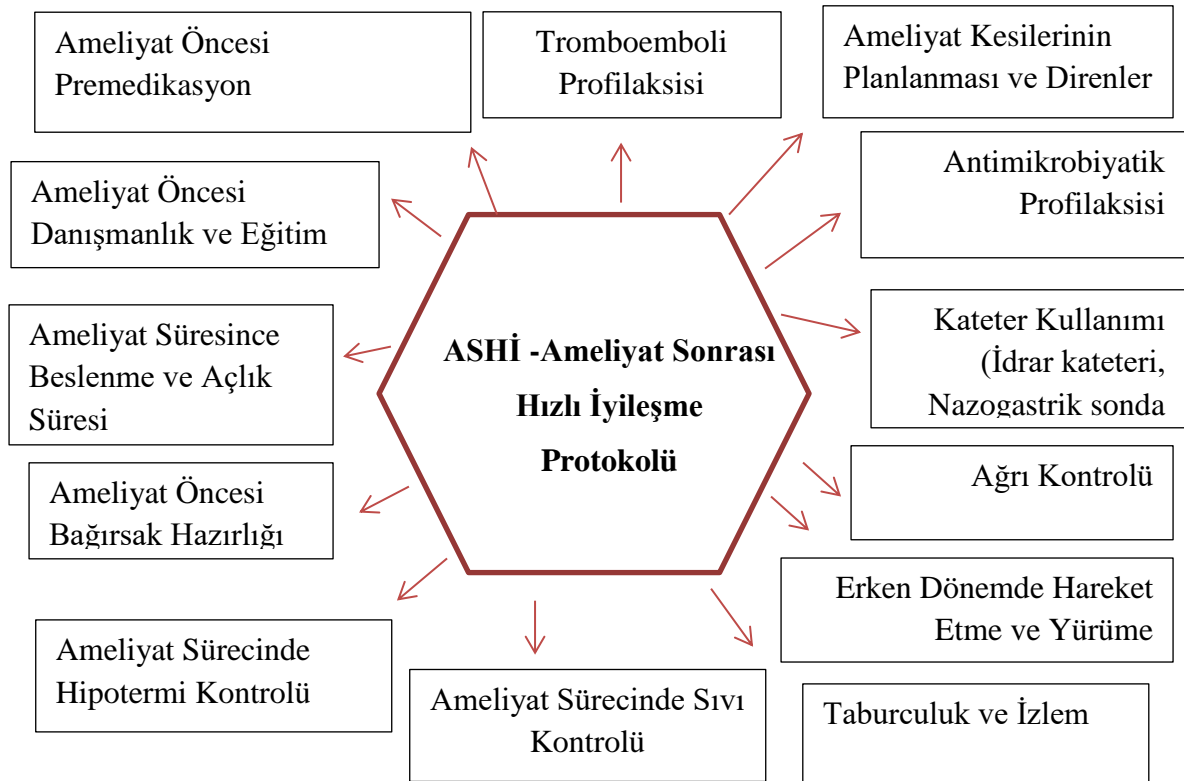
Bu araştırma; ameliyat öncesi, sırası, sonrası tedavi, girişim ve bakım yaklaşımlarını; geleneksel uygulamalar ile ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme (ASHİ) protokollerindeki standartlarla karşılaştırmak amacıyla yapıldı. Bu karşılaştırmayı yapmak için; cerrahların, hemşirelerin, anestezi doktorlarının ASHİ protokolüne yönelik bilgi ve davranışları belirlendi.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ameliyat Sürecinde Yeni Bir Yaklaşım: Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme (ASHİ) Protokolleri

1990'lı yıllarda Profesör Henrik Kehlet tarafından başlatılan ASHİ öncelikle kolorektal ameliyatlarda daha sonra vasküler, torasik cerrahide ve daha yeni radikal sistektomi sonrası "Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme" (ASHİ) "hızlı takip" programları, perioperatif yönetimin önemli bir odak noktası haline gelmiştir (Kehlet, Wilmore, 2008; Basse, Jakobsen, Billesbølle, Werner, & Kehlet, 2000). ASHİ programları, bağırsak fonksiyonlarının erken dönmesini ve kardiyopulmoner fonksiyonda, üriner sistemde ve tüm diğer organlarda normal fizyolojik bulguların yeniden başlamasını sağlayan, komplikasyonları önleyen ve hastanede kalış süresini azaltan standartlar, rehberlerdir (Fearon ve ark., 2005; Kehlet, 2008). ASHİ protokolünün temel prensipleri Şekil 1'deki gibidir (Fearon ve ark., 2005) .



Şekil. 2.1. Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme (ASHİ) Protokolü Temel Prensipleri

2.1. 1. Ameliyat öncesi hasta eğitim ve danışmanlık

Ameliyat öncesi hasta eğitimi ve danışmanlık, hastanın ameliyat öncesi endişesini azaltabilir, iyileşme sürecini hızlandırabilir ve hastanede kalış süresini kısaltabilir. Kişisel danışmanlık ve hasta eğitiminde basılı materyaller ve elektronik ortamlarda hazırlanmış video ve internet

bağlantılı eğitim gibi çeşitli yaklaşımlar uygulanabilir. Hangi yaklaşım kullanılırsa kullanılsın bu eğitim materyallerinde, ameliyat süreci, anestezi ve beklenen iyileşme ve hastalığın, ameliyatın seyri hakkında ayrıntılı bilgiler bulunmalıdır. Hastaya erken mobilizasyon, beslenme, ağrı kontrolü, kalp, solunum, sinir sistemi ve böbrek karaciğer fonksiyonlarını sürdürmeye yönelik bilgiler verilmeli ve hasta hatta yakınlarının eğitimde göster-yap adımlarıyla demonstrasyonları sağlanmalı, kişiler mutlaka eğitimin içinde aktif olarak yer almalıdır. Hasta ve yakınlarının ameliyat sürecinde uyumu önemlidir ve bu konuya yönelik araştırmalar 1960'lı yıllara kadar dayanmaktadır. Ameliyat öncesi danışmanlık ve eğitim; iyileşmenin ameliyattan önce başlaması gerektiği konseptidir. Ulusal Cerrahi Kalite Geliştirme Programı geniş bir örnekleme yaptıkları araştırmada, ameliyat öncesi fizyolojik ve fonksiyonel rezervi arttırmak, fizyolojik ameliyat sonrası komplikasyon oranlarını azaltmak ve mortaliteyi önlemek için ameliyat öncesi hasta eğitimi ve danışmanlığın başlatılması gerektiğini belirtmişlerdir (Nelson ve ark., 2015; Dort ve ark., 2017).

ASHİ protokolleri, ameliyat öncesi organ fonksiyonunu koruyarak cerrahiye takiben derin stres tepkisini azaltarak ameliyattan sonra erken iyileşmeyi sağlamak için tasarlanmış ameliyat sonrası bakımın planlandığı standartlardır. ASHİ protokollerinin temel unsurları, ameliyat öncesi danışmanlık, beslenme ile ameliyata bağlı uzun süren açlığın önlenmesi, standardize edilmiş analjezik ve anestetik rejimleri ve erken mobilizasyonu içermektedir.

ASHİ protokollerinde; hastanın baştan ayağa değerlendirilmesi, ameliyat sırasında ve sonrasında ameliyata bağlı komplikasyonların belirtilerinin hızlı ve yeterli bir şekilde tanınabilmesi için hastanın fizyolojik, psikolojik olarak izlemi ve tekrarlanan klinik değerlendirmelerine ihtiyaç vardır. Hemşire tüm bu süreçlerde hastanın detaylı öyküsünü bilen, kaydeden, hastanın tüm değerlendirmelerini yapan, vaka takdimi notları alan, fizik muayene yapan sağlık çalışanıdır (Kehlet, ve Wilmore 2008).

2.1.2. Ameliyat öncesi bağırsak temizliği

Mekanik bağırsak hazırlıklarının (MBH) bir takım potansiyelleri veya algılanan avantajları vardır. Tarihsel olarak geleneksel yaklaşımda, gaitanın yüksek bakteri yükü, içeriğin yeni gerçekleştirilen bir anastomozla temasında enfeksiyonu artıracığına, kolon hazırlanmadığında işlevsiz bir stoma oluşacağına inanılır. MBH'ın dışkı bağırsağının lümenini temizlediği ve sadece gaz bıraktığı da düşünülmektedir. Laparoskopik cerrahide de boş kolon, dışkıyla dolu bir kolondan daha kolay manipüle edilebilecektir. Ve kesinlikle, cerrah lezyonun yerini bulmak için

palpasyona güvenmesi gerektiğini bildiğinde boş bir kolona sahip olmayı bir avantaj olarak görecektir. MBH'nın rutin uygulaması 1972'de Hughes yaptığı araştırmada başlangıçta kapsamlı bir mekanik bağırsak hazırlığının gereksiz olduğu sonucuna varmıştır. MBH metabolik ve elektrolit dengesizliğe, dehidratasyona, karın ağrısına/şişkinliğe ve halsizliğe, ameliyat sonrası olumsuz, zararlı etkilere neden olabilir. Randomize kontrollü bir çalışmada 13 kolorektal merkezdeki 1431 hastayı incelemiş ve gruplar arasında anastamoz kaçağı, septik komplikasyonlar, fasyal delinme veya mortalite açısından fark bulamamışlardır. Bir yararın olmamasına ek olarak MBH, muhtemelen anastamoz sızıntı gibi komplikasyon riski ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır. Gustafsson ve arkadaşlarının 2007'de yayınlanan 10 denemenin ve 2000 civarında hastanın bir meta-analizi, sadece anastamoz sızıntısı ve yara enfeksiyonu insidansının artması değil, aynı zamanda intra-abdominal abselerin görülme sıklığını ve sindirim dışı komplikasyonları arttırmıştır (Gustafsson ve ark., 2007). Bunu göz önünde bulundurarak Slim ve meslektaşları (2009), güncellenmiş bir meta-analiz ve 14 randomize kontrollü çalışmada yaklaşık 5000 hastayı içeren vakaları incelemişlerdir. Daha önce önerildiği gibi MBH'nın zararlı bir etkisinin olduğu doğrulanmamış olsa da, kolon ameliyatları öncesi herhangi bir MBH'nın güvenle atlanabileceğini göstermişlerdir (Slim ve ark., 2009; Melnyk, ve ark., 2011).

2.1.3. Ameliyat öncesi açlık

Geleneksel olarak hastalar anestezi indüksiyonunda gastrik içeriğin aspirasyon riskini azaltmak için hasta "gece yarısından sonra aç kalacak" şekilde ameliyata hazırlanır. Bu planlama, özellikle ertesi gün sonraki günlerde kaydedilen vakalarda, hidrasyon veya beslenme olmaksızın uzun bir süreye neden olur. Ameliyattan 2 saate kadar temiz sıvıların oral olarak alımı, planlı ameliyat geçiren sağlıklı erişkinlerde aspirasyon riskini artırmaz, aksine ameliyatı beklerken anksiyeteyi, açlığı ve susuzluğu azaltabilir. Birden fazla ülkeden anestezi birliği talimatları; yutma güclüğü ve problemi, gastroparezisi olan hastalar hariç, katılar için 6 saat, hızlı ve berrak sıvılarda 2 saat açlığın ameliyat öncesi yetişkin hastalara uygulanabileceğini bildirmişlerdir (Bradyve ark., 2003; Hausel ve ark., 2001). Amerika Anestezi Birliği (2001) yılında ameliyat öncesi açlık süresi önerileri Şekil 2 'deki gibidir (Ersoy & Gündoğdu, 2007).

Şekil.2.2. Amerika Anestezi Birliği Ameliyat Öncesi Açlık Süresi Önerileri

Gıda	Minimum açlık süresi (saat)
Berrak sıvılar*	2
Anne sütü	4
Bebek maması	6
Hayvani süt	6
Hafif yemek**	6

*Su, posasız meyve suyu, açık çay, katkısız kahve

**Tost (yağdan fakir içerikli) ve çay, su, kahve

Kolon ameliyatı öncesi hastaların uzun süre aç kalmasının, hastanede yatış süresini uzattığı ve insülin direncini artırdığı ve bazı metabolik hastalıklara sebep olduğunu kanıtlayan pek çok çalışma vardır. Cochrane derlemesi 22 randomize kontrollü çalışma değerlendirilmiş ameliyattan 2 saate kadar temiz sıvıların oral alınması komplikasyonları arttırmadığına dair önemli kanıtlar sunmaktadır. Bu çalışmaların rehberliğinde çok sayıda Kuzey Avrupa ülkesi ameliyat öncesi açlığın geleneksel uygulama şekline son vermiştir. Çok sayıda ülkede anestezi derneklerinin yaptığı açıklamalarda katılar için 6 saat, hızlı ve berrak sıvılarda 2 saat açlığın ameliyat öncesi yetişkin hastalara uygulanabileceğini önerilmektedir. Ameliyat olacak hastalarda işlem öncesi karbonhidrattan zengin özellikte sıvı gıdalar gece yarısına kadar, ameliyattan 2–3 saat öncesinden verilmesi önerilir. Ameliyat öncesi uygulama şekli ile postoperatif dönemde iyileşmenin arttığı, insülin direncinin azaldığı ve hastanede yatış süresinin önemli ölçüde kısaldığı gözlenmiştir. Preoperatif uygulama şekli ile ameliyat sırasında metabolik stres etkisini azaltılmasına yönelik yapılması önerilenlerin en başında gelir (Hausel ve ark., 2001).

2.1.4. Anestezi öncesi medikasyon (İlaç uygulama)

Cerrahi işlem öncesi, sırasında ve sonrasında yaygın olarak kullanılan ilaçlar hastadan hastaya geniş ölçüde değişir. Bunun nedeni, hastanın geçireceği ameliyat türüne göre ve alınacak anestezi şekli ve miktarının temel sağlık sorunlarına dayanmasıdır. Ameliyat öncesi anksiyete insidansı % 80 gibi yüksek bir oranda olabilir (Sheen, ve ark., 2014). Ameliyat öncesi kullanılan sedasyon, rahatlama sağladığı için sürekli kullanılan yöntemdir. Ameliyat öncesi kasların gevşemesi ve anksiyetenin azalması için kullanılan sedatif etkili ilaçların dezavantajları vardır. İlki, oral anksiyolitiklerin etkisi ve etki sürelerinin önceden tahmin edilememesidir. Bir diğeri, psikomotor işlevinin geniş zamanda etkilediği için iyileşme sürecini olumsuz

etkilemektedir (Walker, ve ark., 2003). Bir ASHİ programı için bu önemlidir. Çünkü bu yolların tümü; yemek yeme, su içme kabiliyetini engelleyebilir. Bu nedenle, uzun etki gösteren farmakolojik ilaçlar anksiyoliz oluşturması sebebi ile önerilmez. Anestezi uzmanı cerrahi işlem öncesi ve hasta tarafından işlem öncesi seçilen müzik ve çeşitli ilaçsız müdahalelerle hastanın ameliyat öncesi kaygı düzeyinin azalttığı etkili olduğu görülmüştür (Leigh, ve ark., 1977).

2.1.5. Tromboemboli profilaksisi

Yapılan çalışmalar cerrahi işlem öncesi deri altına düşük molekül ağırlıklı heparin uygulamasının derin ven trombozu gelişimi, mortalite ve pulmoner emboli riskini azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Günlük doz kullanımı tek doz halinde olması ve heparin kullanımından kaynaklı kanama riskini (trombositopeni) düşürmesi nedeniyle düşük molekül ağırlıklı heparin tercih edilmektedir. Pıhtılaşmayı etkileyen diğer öğelere de dikkat edilmeli ek olarak, tromboemboli önleyici (varis çorabı, basınçlı çorap vb.) kullanılmalıdır (Levine, ve ark., 1998). Antikoagülanlar; büyük cerrahi işlemler sonrası oldukça fazla kullanılan ayaktaki venlerde pıhtılaşmayı yavaşlatan ya da önleyen ilaçlardandır. Ameliyat sonrası alt ekstermitede karşılaşılan derin ven trombozu ameliyat komplikasyonlarının en önemlilerinden biridir. Derin ven trombozu; kan pıhtılarının oluşmasından ve oluşumundan kaynaklı inme veya akciğer embolisi (akciğerde bir pıhtı) gibi diğer sistemik sıkıntılara neden olabilir. Bu nedenle pıhtılaşmayı engelleyen (antikoagülan) ilaçlar subkutan, intravenöz veya oral form olarak kullanılmalıdır.

2.1.6. Antimikrobiyal profilaksi

Ameliyat sonrası yara yeri enfeksiyonlarından korumak ve yara yeri enfeksiyonlarını azaltmak için kullanılır. Ameliyat öncesi yara yeri enfeksiyonlarını önlemek, iyi bir koruma sağlamak için tek doz antibiyotik uygulanır. Hem aerobik hem de anaerobik etki gösteren antibiyotikler kullanılmalıdır. Antibiyotik seçimleri hastaya yapılan işlem türüne göre ve ameliyat bölgesine göre oluşabilecek enfeksiyonları önlemeye uygun seçilmelidir. Yapılan işlemden yarım saat önce tek doz uygulanmalıdır. Üç saati aşan cerrahi işlemlerde intraoperatif dönemde ikinci bir doz daha uygulanabilir (Song ve Glenn, 1998).

2.1.7. Anestezi protokolü

Anestezinin amacı ameliyat işlemi boyunca hastanın ağrı duymasını önlemektir. Bunun için lokal veya genel anestezi modellerinden birisi seçilir. ASHİ'de cerrahi girişim korku ve endişesini azaltma amacını taşımaktadır. Anestetik yöntem olarak hastanın hızlı toparlanmasını

sağlayacak ve işlem sonrası opioid etkisini en az seviyede tutacak yöntem seçilmelidir (Levine ve ark., 1998). Kolorektal ameliyatlara için genel anestezi uygulamaları ile ilgili herhangi bir karşılaştırma çalışması bulunmamakta ve yaşlı hastalarda derin anesteziğin zararlı olabileceği ve ameliyat sonrası karşılaşılan olumsuzlukların artabileceğini gösteren kanıtlar mevcuttur (Punjasawadwong ve ark., 2007).

2.1.8. Ameliyat kesilerinin seçimi

Ameliyat sırasında bozulan doku bütünlüğünün sağlanması ve meydana gelen kanamaların kontrolü amacıyla ameliyat sırasındaki kesi seçimleri önem taşımaktadır. Ameliyatın yeri ve anatomik lokalizasyonuna göre uygun kesi yöntemi seçilmelidir. Abdominal kesiler için yeterli görüş alanı sağlanmalı ve insizyon hattının kapatılması sırasında herhangi bir problemle karşılaşılması (Skandalakis, Skandalakis, 2013).

Ameliyat sırasında bozulan doku bütünlüğünün sağlanması amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda seçilen ameliyat kesileri hastanın ameliyat sonrası konforu göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. ASHİ protokolünde bu konuyla ilgili bir bağlayıcılık bulunmamakla birlikte hasta bütünlüğünü düşünülerek en küçük kesi seçilmelidir (Brown, Tiernan, 2005; Lindgren ve ark., 2001).

Basse L ve arkadaşlarının 2005'te yaptığı çalışmada; 75 yaş ortalaması olan 60 hastaya hızlı ray rehabilitasyonu ve planlı taburcu ile elektif laparoskopik veya açık kolon rezeksiyon uygulanmıştır. İlk 48 saat hastalar çok dikkatli gözlemlenmiştir. Hastaların fonksiyonlarının düzelmesi, ameliyat sonrası ilk ay ayrıntılı gözlem sonucunda değerlendirilmiş ve çalışma sonucunda iki grup arasında iyileşmede farklılık tespit edilememiştir. Hasta olma ve ölüm oranına yönelik kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmiştir (Camus, ve ark., 1996).

King ve arkadaşları Ocak 2002 ve Mart 2004 tarihleri arasında 62 hasta üzerinden laparoskopik ve açık ameliyat geçirmiş hastanın sonuçlarını karşılaştırmıştır. Herkese ASHİ iyileştirme protokolü uygulanmıştır. Hastanede yatış süreleri, ameliyat sonrası iyileşme, hasta konforu, kalitesi gibi birincil sonuçlar değerlendirilmiştir. Kolorektal açık ameliyatlarda ameliyat süreci hazırlıklara rağmen, laparoskopik işlem yapılan hastaların daha iyi iyileşme sonuçları olduğu belirtilmiştir. Laparoskopik işlem yapılan hastalarda her hangi bir maliyet artışı olmadığı ve hastanede kalış süresinde ortalama 2,5 gün azalma olduğu bildirilmiştir (King ve ark., 2006).

Hollanda’da laparoskopik ve ASHİ protokolü standart bakım çalışmaları uygulayan 9 merkezde laparoskopik veya açık kolon rezeksiyonu sonucunu incelemiştir (Vlug ve ark., 2011). Laparoskopik rezeksiyon sonrası hastanede kalış süresinde ortalama 2 gün azalma olduğu bildirilmiştir, yapılan regresyon analizi, sonucunda laparoskopik cerrahinin yatış sonrası kalış süresini ve hastalanma oranını azaltmanın tek öngörülen tek etmen olduğu bildirmiştir (Buchanan, ve ark., 2008).

Konu ile ilgili yapılan çalışmada, çelişkili sonuçlar bildirilmiş; biri, laparoskopik ve açık cerrahi arasındaki hastanede kalış süresinde hiçbir fark göstermediğini bildirirken ikinci çalışma ise laparoskopik kolon cerrahisinin, açık cerrahi ile karşılaştırıldığında iyileşmeyi hızlandırdığı ve hastanede kalış süresini azalttığı iddia edilmiştir (Gustafsson ve ark., 2012).

2.1.9. Ameliyat sırasında vücut sıcaklığının düşmesinin önlenmesi

Vücut dengesinin korunması için normoterminin sağlanması önemlidir. Kolorektal ameliyatı olan 200 hasta arasından rastgele normotermi grubu veya hipotermi grubu diye ikiye ayrılmıştır. Hastanın sonraki tüm bakım ve tedavileri standart halinde uygulanmıştır. Hastaların yara yeri yatış boyunca ve serviste yatışı sırasında günlük olarak iyileşme süreci yönünden değerlendirilmiş; yara kültürü alınmış ve sonucu pozitif olan hastalarda yara yeri enfeksiyonu olduğu kabul edilmiştir. Çalışma sonucunda hipotermi zamanla iyileşme süresini uzatabilir ve enfeksiyon oluşumuna uygun hale getirebilir. Kolorektal ameliyatı geçirecek hastalarda normoterminin korunması yara yeri enfeksiyonlarına yakalanma oranını düşürebilir ve hastanede yatış süresini kısaltabilir (Kurz, ve ark., 1996; Scott & Buckland, 2006).

Ameliyat öncesi öncesi hipotermiyi önlemeye yardımcı olur ve ameliyattan sonra titreme oranını düşürdüğü bildirilmiştir (Camus ve ark., 1996).

Ameliyat sonrası yapılan ağrı kontrolünde vücut ısısı düşük hastaların daha çok ağrı hissettiği, normotermisi korunan hastaların daha iyi olduğu izlenmiş. Ameliyat öncesi hastaların vücut sıcaklığının düşmesine izin vermek yerine normotermiyi korumak ve sonrasında normotermiye getirmeye çalışmaktan daha kolaydır. Hasta ameliyathaneye gelmeden serviste sıcak hava battaniyeleri ile işlemiden önceden ısıtılmalıdır (De Witte, ve ark., 2010).

Uzun süren ameliyatlarda anestezi uygularken (örneğin, kateterleri ve epidural yerleştirmeyi izlerken) işlem sırasında hastaların normotermisi korunması önemlidir. Anestezi uygulanması sırasında normoterminin korunması, hasta altındaki minderleri ısıtma, sıcak hava ısıtma

battaniyeleri, veya sirkülasyonlu su giysi sistemleri ile gerçekleştirilebilir (Galvão ve ark., 2009).

Wong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Ameliyat işlemi sırasında vücut ısısının korunmasında hasta altındaki minderleri ısıtma, sıcak hava ısıtma battaniyeleri, veya sirkülasyonlu su giysi sistemleri ile kullanımının olumlu yönde etkili olduğu gösterilmiştir. Aktif ısıtılması, hastanın sıcaklığı ≥ 36 ° C olana kadar ameliyat sonrası süreçte sürdürülmelidir (Wong ve ark., 2007). Bunun yanın da Camus ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada hastalara damar içi sıvılar, işlem öncesinde başlanarak ısıtılmalıdır diye bildirmiştir (Camus ve ark., 1996).

Yapılan çalışmalarda hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrası vücut sıcaklığını ısıtma battaniyeleri kullanılarak korunmak kardiyak komplikasyonları, yara yeri enfeksiyonlarını, kanamayı ve transfüzyon gerekliliğini azalttığı izlenmiştir. Sistemik ısıtmaya ameliyat öncesi, sırası ve sonrası 2 saate kadar ısıtma işlemi uygulamak ek yarar sağlayabilir (U. Gustafsson ve ark., 2012).

2.1.10. Ameliyat süresince sıvı yönetimi

Ameliyat sonrası vücuda yeteri kadar sıvı alınamadığı için intravenöz sıvılara gereksinim vardır. Günlük 1,5-2,5 litre bir sıvı yüklemesi hastalar için yeterlidir (Fearon ve ark., 2005).

Büyük ameliyatlarda geleneksel ameliyat öncesi damar içi sıvı rejimleri ile hastalar ameliyat gününde 1,5-2,5 litre, ameliyat sonrası 3 - 4 gün boyunca fazla sıvı yüklenmesi yapılabilir. Sıvı yüklemesinden kaynaklı hastada 3 - 6 kg'lık artış görülebilir. Yapılan sıvı yüklemesi normal gastrointestinal fonksiyonun düzenli hale gelmesini geciktirebilir, ameliyat sonrası yara yeri iyileşmesini geciktirebilir, doku oksijenlenmesini etkileyebilir. Hastanede kalış süresini uzatacağından, son yıllarda yapılan araştırma sonuçlarında sıvı yüklemesinden kaçınmanın ameliyat sonrası oluşabilecek riskleri ciddi oranda azattığı ve hastanede yatış süresini kısalttığı vurgulanmıştır. ASHİ protokolüne göre ameliyat öncesi İntravenüz (iv) sıvı yüklemesi protokolü, hastayı dehidrete bırakmayacak şekilde sıvı ihtiyacının karşılanması yeterli olacağı bildirilmiştir. Ameliyat sonrası aşırı İV sıvı yüklemesinin önüne geçmek hastanın erken dönemde oral sıvı almaya başlamasını sağlamakla mümkün olur. Oral sıvı alımı ameliyat sonrası ilk gün olacak şekilde hedeflenmelidir. ASHİ protokolüne göre

ameliyat sonrası ilk 2 saat içinde hastaya oral sıvılara başlanmalıdır. Oral sıvı artıkça paranteral ve İV sıvı alımı azaltılabilir (Smedley ve ark., 2004; Beattie ve ark., 2000).

2.1.11. Karın drenlerinin (Kolon anastomozundan sonra periton boşluğunun boşaltılması) kullanılması

Ameliyat sonrası geleneksel olarak peritoneal biriken sıvının drenajı, için hastaya dren takılır. Petrowsky ve arkadaşları kolorektal ameliyatı olan 390 hastayı incelemişler, 8 randomize kontrollü çalışmada diren sayısı az olan hastalar ile fazla olan hastalar arasında cerrahi yara yeri enfeksiyonları, hastanede yatış süresi veya mortalite yönünden anlamlı farklılıklar görülmemiştir (Petrowsky ve ark., 2004). Araştırmadaki incelemelere göre peritoneal drenajın herhangi bir olumlu veya olumsuzluk ile ilişkilendirilmesi yoktur. Dolayısıyla, drenajlar mevcut literatürde herhangi bir avantaj veya dezavantaj ile ilişkili değildir. Ancak deneysel gözlemlerden anlaşıldığı kadarı ile ameliyat sonrası hastanın bağımsız mobilizasyonun herhangi bir dren sistemi ile ciddi ölçüde etkilendiği görülmüştür.

Amerikan ASHİ (ERAS) derneğinin yayınladığı rehberde hastalara düzenli dren takılması önerilmemekte çünkü hastanın destek almadan mobilizasyonu bozan bir müdahale olarak görülmüştür (Gustafsson ve ark., 2012, s. 783-800). Her ameliyatın kendine özgü işlemi olduğundan seçilen drenlerinde ameliyatlara özgü olması gerekmektedir, takılan drenler ameliyat sonrası fiziki engel oluşturma bilmekte, ağrıyı artırmakta ve ağrıyla başedebilmeyi sorununu güçleştirmektedir (Karliczek ve ark., 2006)

2.1.12. Nazogastrik tüp kullanımı

Elektif kolorektal ameliyatlar sırasında nazogastrik tüpün rutin bir şekilde her hastaya takılmasının amacı, endotrakeal entübasyon işleminden önce hastaya bir nazogastrik tüp kullanarak ventilasyon işlemi sırasında karın da birikmiş havanın boşaltılmasıdır. 1995'te yapılan bir meta-analizde, kolorektal ameliyatlardan sonra rutin nazogastrik sonda takılmasının önüne geçilmesi gerektiği, nazogastrik tüp kullanmayan hastalarda ateş, atelektazi ve pnömoninin azaldığını görülmüştür (Cheatham ve ark., 1995). Nazogastrik sonda hastanın normal yolla beslenmesini engellediğinde ve rutin uygulamada olmadığından mümkün olan en kısa sürede çıkarılmalıdır (Ersoy & Gündoğdu, 2007).

2.1.13. Üriner kateterler (İdrar yolu drenajı)

İdrarı boşaltmak amacıyla bir kateterin mesane içine yerleştirilmesi işlemine denir. Mesane drenajı, idrar çıkışını izlemek ve üriner retansiyonu önlemek için büyük cerrahi işlemler sırasında ve sonrasında kullanılır (Kheterpal ve ark., 2007). İdrar drenajının kısa sürmesi istenir, sebebi idrar sondasının takılı kalma süresi uzadıkça hastanın üriner sistem enfeksiyonuna yakalanma riskini artırır. Büyük ameliyat girişimi geçiren hastalarda idrar kateterin en erken 1 günde çıkarılması ile 4 güne kadar takılı kalması ile ilgili bir randomize çalışmada, idrar yolu enfeksiyonu prevalansı önemli ölçüde azalttığı görülmüştür (Zaouter ve ark., 2009). Üriner drenajın epidural analjezi süresince yapılması gerektiği önerilmiştir. Mesane kateteri epidural analjezi sürdüğü müddetçe bırakıldığında, idrar yolu enfeksiyonu insidansının artmasına ve hastanede kalış süresinin uzamasına neden olmaktadır (McPhail ve ark., 2006; Zaouter ve ark., 2009). Kateterizasyon idrar yolu enfeksiyonlara yatkınlığı artırdığı için idrar kateterlerinin mümkün olan en kısa sürede çıkarılması gerekmektedir. Fakat spinal anestezi sonrası glop oluşumuna karşı anestezi etkisi devam ettiği sürece sondanın takılı olması önerilmemektedir (McPhail ve ark., 2006).

2.1.14. Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusma

Ameliyat sonrası sık karşılaşılan sorunların başında bulantı kusma gelmektedir (Watcha, White, 1992). Her hastanın yaşı, cinsiyeti, fiziksel özellikleri, işlem sırasında kullanılan opioid dozu farklılık göstermektedir. Bulantı kusma hastanın memnuniyetini olumsuz etkileyerek, hastanede kalış süresini uzatır, tedavi için ilaç kullanımını artırır ve maliyeti yükseltir (Rüsch ve ark., 2005). Ameliyat sonrası bulantı kusmayı etkileyen çok sayıda etmen vardır. Bunları hastaya yapılan ameliyat işlemi ve hastaya verilen anestezi ilaçları olarak iki gruba ayırabiliriz. Sigara içen dolaşım bozukluğu olan ve kadın hastalar özellikle risk altındadır. Hastaya verilen anestetik ilaçlar, parenteral afyonların ve azotoksit kullanılması bulantı kusma riskini önemli oranda artırır. Abdominal cerrahi ameliyatı geçiren hastalarla ilgili yapılan bu çalışmada hastaların % 70 inde ameliyat sonrası bulantı kusma oranı görülmektedir (Chatterjee ve ark., 2011). Profilaktik (koruyucu) antiemetiklerin ameliyat sonrası bulantı kusma hassasiyetini \leq % 40 oranında azalttığı konusunda ulusal ve uluslararası birçok çalışma mevcuttur (Gan ve ark., 2007). Bu çalışmaların birçoğu antiemetik profilaksisini uygulamak için; ameliyat sonrası bulantı kusmayı değerlendirmede skorlama sistemlerinden birini (örn. Apfel skoru) kullanmayı önermektedir (Apfel ve ark., 2002). Ayrıca ameliyat öncesi yapılan bu skorlama sistemlerinin kanıt değeri yüksek klinik çalışmalarda ameliyat sonrası bulantı kusmaya duyarlılığı ciddi

oranda düşürdüğü kanıtlanmıştır, fakat hala geleneksel uygulamalarda uygulanmamaktadır (Kranke, Eberhart, 2011).

2.1.15. Gastrointestinal motilitenin uyarılması ameliyat sonrası ileusu önleme

Ameliyat sonrası ileus başlangıçta mide, ince bağırsak ve kolonun bulunmadığı ve daha sonra anormal motor fonksiyonu nedeniyle oluşur. Bu bozulma, gastrointestinal içeriğin gecikmesiyle ve distasyonla sonuçlanır. Ameliyat sonrası ileusu (tıkanıklığı) önlemek, büyük batın ameliyatlarından sonra bağırsakların boşalmasının gecikmesini önlemek demektir ve ASH protokollerinin temel amacı arasındadır (Miedema, Johnson, 2003). Hastanın gastrointestinal fonksiyonları bozulmasının sebebi ameliyat sırasında aşırı sıvı yüklemesi olduğundan bundan kaçınılmalıdır. Nazogastrik tüpün takılması ameliyat sonrası ileus oluşma zamanını azaltabilir (Nelson ve ark., 2005). Laparoskopik olarak yapılan ameliyatların açık ameliyatlara karşılaştırıldığında bağırsak hareketlerinin daha hızlı geri dönüşüne ve oral beslenmeye erken başlanmasına sebep olduğu belirtilmiştir (Tjandra, Chan, 2006). Ameliyat sonrası ileus oluşumunu engellemek için ameliyat öncesi hastalara sakız çiğnetmenin etkisi yıllara göre sistematik olarak incelenmesi amaçlanan bir çalışma yapılmış. Ameliyat öncesi hastalara sakız kullanımının ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonlarını geri gelme süresi ve ileus oluşmasını önlemek üzerinde olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir (Chan & Law, 2007). Ameliyat sonrası oral beslenme gecikeceğinden ve hareketliliği olumsuz etkileneceğinden, bu amaçla epidural anestezide opioidlerin kullanımından kaçınılması gerekmektedir (Basse ve ark., 2000).

2.1.16. Ameliyat sonrası analjezi

ERAS protokolünün üstünde durduğu maddelerden biride ağrı kontrolüdür. Ameliyat sırasında oluşan kaygı düzeyinin azalması, uygun beslenme ve mobilizasyonun sağlanması ameliyat öncesi etkili danışmanlık hizmeti ile gerçekleşir ve danışmanlık ağrı kontrolünde de etkili olur (Kehlet, Dahl, 2003; Akın, 2010). Ayrıca; hastaların ağrı kontrolünde; ameliyat sonrası seçilecek optimal analjezik özellikleri şunları kapsamalıdır: etkili bir ağrı kesici, erken hareketlenmeyi desteklemeli, bağırsak hareketlenmesini erken dönemde başlatmaya yardımcı olmalı, erken oral beslenmeye başlanmasını desteklemeli ve metabolik sıkıntılara sebep olmamalıdır (Veenhof ve ark., 2012).

2.1.17. Ameliyat sonrası beslenme

Yapılan tüm ameliyatla streslidir, bu yüzden ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi iyi beslenmeleri ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandıracaktır(Ersoy & Gündoğdu, 2007). İnsülin

direnci ameliyat sonrası hipergliseminin sebebidir. Yapılan çalışmalarda hastanın aç kalması ile artan insülin direncinin ve kan glukoz seviyesinin, büyük cerrahi ameliyatları sonrası metabolik komplikasyonlarla ilişkili olduğu saptanmıştır (Sato ve ark., 2010). Hastalar ameliyattan iki saat sonra oral sıvı, dördüncü saat katı gıda alınabilir(Ersoy & Gündoğdu, 2007). ASHİ protokolünde ameliyat öncesi aç kalma süresini kısaltmak, karbonhidrat tedavisi yapmak; insülin direncini ve insülin etkisini direk veya dolaylı yoldan olumlu etkiler. Açlık süresinin kısaltılması, bağırsak peristaltizmini desteklemek için sıvı yüklemesinin yapılması, vücut homeostazisinin korunması, stres etkisini azaltmak için uygun anestetiklerin seçimi, bağırsak hareketlerini olumsuz etkileyecek opioidlerin kullanımının seçilmemesi, uzun dönem laksatif kullanımından kaçınılması ve hastanın ameliyat sonrası mobilizasyonuna erken dönemde başlanması gibi uygulamaların hiçbiri hipoglisemi oluşma riskini artırmaz (Ljungqvist, 2010).

2.1.18. Ameliyat sonrası ayağa kalkma ve yürüme

Ameliyat sonrası hastanın mobilizasyonunda herhangi bir kısıtlama yok ise hasta, dokularının düzgün oksijenlenmesi ve emboli riskinin azalması için mümkün olan en kısa sürede mobilizasyonu sağlanmalıdır (Kehlet, Wilmore, 2002).

Ameliyat sonrası erken mobilizasyonun, hastanın metabolik komplikasyonlarını azalttığı ve insülin direncini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir (Lassen ve ark., 2009,). ASHİ Protokolünde hastaya bütüncül yaklaşılması; ameliyat sonrası erken mobilizasyon için hastanın teşvik edilmesi, ameliyat sonrası erken dönemde hastanın beslenmesi sağlanarak hastaların hastanede tedavi süresinin kısaltılması ve yara yeri iyileşmesini hızlandırdığı belirlenmiştir (Henriksen ve ark., 2002). ASHİ protokolüne göre hasta ameliyat sonrası birinci günde 2 saat, sonrasındaki günlerde taburcu olan güne kadar her gün 6 saat yatak dışında kalmalıdır (Ersoy & Gündoğdu, 2007).

2.1.19. Hastaneden çıkış, taburculuk

Hastanın taburculuğu planladığı andan itibaren hasta ve hasta yakınına evde bakıma yönelik bilgiler hemşireler tarafından verilmelidir. Hastaya anlatılan plan dışı durumlardan, istenmeyen olumsuz olaylardan ve bu olayların ne kadar süre ile devam edebileceği açık bir şekilde anlatılmalıdır. ASHİ protokolüne göre hasta ağrı ile baş edebiliyor ise, iv sıvı alımına ihtiyaç duymuyorsa, preoperatif dönemdeki gibi tek başına desteksiz mobilize olabiliyorsa ve eve dönmek istiyor ise hasta taburcu edilebilir demektir (Ersoy & Gündoğdu, 2007).

2.1.20. Takip

Ameliyat sonrası taburcu edilen hastalar 24-48 saat sonra iletişime geçilerek yara yeri ve herhangi bir şikayet olup olmadığı öğrenilmelidir. Herhangi bir sıkıntının olmaması durumunda 7-10. gün arasında hasta dikişleri için veya kontrol amaçlı hastaneye çağırılır (Ersoy & Gündoğdu, 2007). Taburcu edilen hastalarda anastomoz kaçağı olabileceği unutulmamalıdır. Bu yüzden hastalardan gelecek tüm şikayetler dikkatli biçimde incelenmelidir. Hastanın herhangi bir şikayeti yoksa patoloji sonuçları temiz ise ve herhangi bir olumsuz durum görülmedi ise hasta ile 30. gün sonra telefonla görüşme yapılabilir (Gustafsson ve ark., 2012).

2.1.21. Sonuçların denetimi

ASHİ protokolünün, klinik sonuçlarını ölçmek, fonksiyonel iyileşmeyi ve hasta deneyimini kayıt ederek mümkündür. Bu deneyimlerin kayıt edilmesi ASHİ protokolü uygunluğu için kanıt değeri taşımaktadır. ASHİ protokolünün her bir uygulamasının değerlendirilebilmesi ve verilen hizmetin kalitesinin denetlenebilmesi uygulama sonuçların kaydedilmesi sayesinde geliştirilebilir (Ivers ve ark., 2012). Kayıt edilen uygulama sonuçları ASHİ uygulayan merkezler içinde kanıt niteliği taşımaktadır (Gustafsson ve ark., 2011).

ASHİ'nin geleneksel ameliyat sonrası rutin uygulamalardan daha fazla faydaları olduğunu destekleyen güçlü veriler bildirilmiştir. Bu veriler hastanın hastaneden kalış süresinin kısalması, metabolik risklerin azalması ve ameliyat sonrası taburcu edilen hastaların hastaneye geri dönüş oranlarının kabul edilebilir düzeyi bazı meta-analiz çalışmaları ile ortaya konmuştur (Wind ve ark., 2006).

ERAS protokolü sonuçları veri tabanı deneyimleri, klinik sonuçları ve uygulamada yapılan hasta bakımının ve sonuçlarının uygunluğunu ölçmek için önemlidir. Hastanın toparlanma süresi ve deneyimleri bildirmelidir. ERAS protokolü sonuçlarını kaydetmek ve gerektiğinde bu sonuçlardan yararlanmak için çeşitli veri tabanları geliştirilmiştir (Torbé ve ark., 2013).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

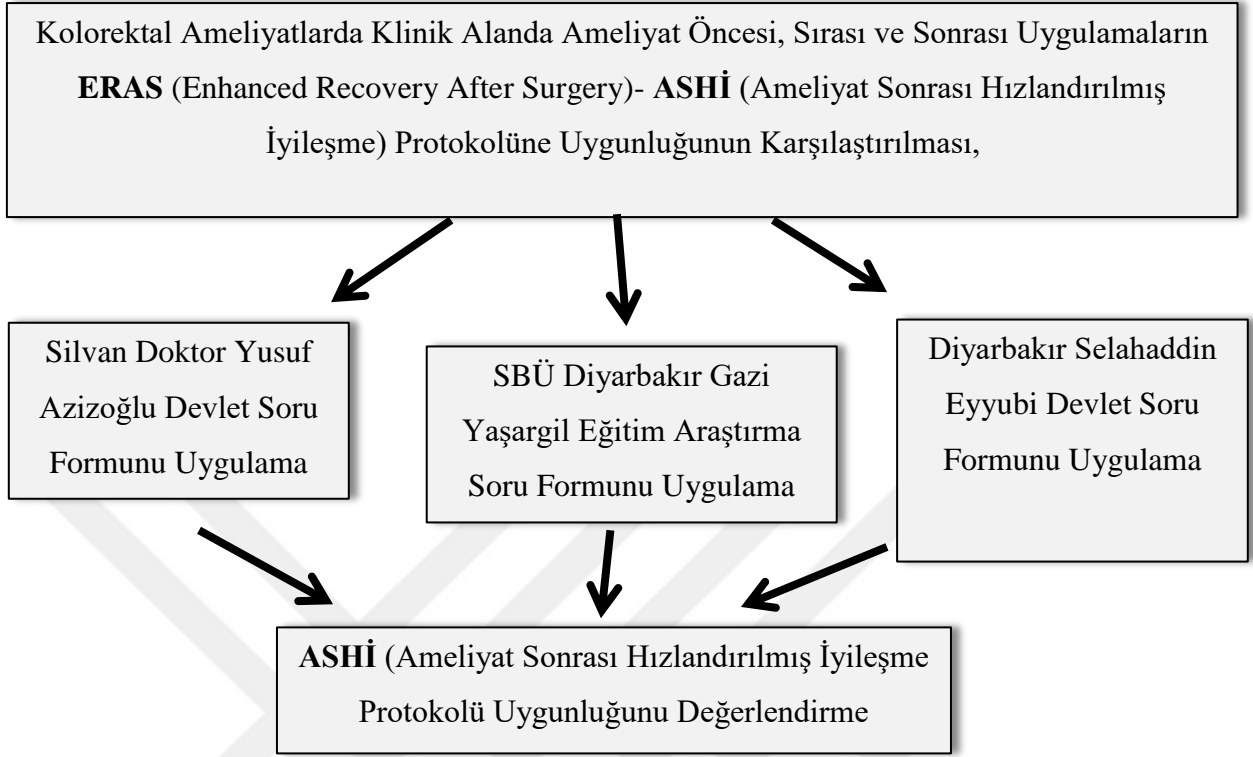
Bu çalışma Türkiye'nin Güneydoğusunda yer alan Diyarbakır'da üç devlet hastanesinde yapıldı (Silvan Doktor Yusuf Azizoğlu Devlet Hastanesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesinin cerrahi klinikleri). Genel cerrahi kliniklerindeki cerrah, hemşire ve anestezi uzmanlarının geleneksel uygulamalar ile ASHİ protokolü uygulamaların hakkındaki bilgi düzeyleri belirlendi. Çalışmanın verileri 1 Mayıs 2017 - 31 Ocak 2018 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Silvan Doktor Yusuf Azizoğlu Devlet Hastanesi, SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi ve Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi genel cerrahi kliniğinde, ameliyathanede ve yetişkin yoğun bakım çalışan cerrah, hemşire, anestezi uzmanlarının tümü kişi evreni oluşturdu. Genel cerrahi servislerde çalışan tüm hemşire, cerrah, anestezi uzmanlarının sayısı 140 kişi idi. Çalışmaya 116 kişi katıldı. Soru formuna yanıt veren çalışanlar örnekleme oluşturdu.

3.4. Verilerin Toplanması

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri yaşı, cinsiyeti, meslekteki deneyim yılı, kurumda çalıştığı deneyim yılı, pozisyonu yanı sıra "Kolorektal Ameliyatlarda Klinik Alanda Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Uygulamaların ASHİ Hakkındaki Bilgileri" kapsamlı bir şekilde değerlendirme formu kullanılarak toplandı. Genel cerrahi kliniklerde çalışan cerrah, hemşire, anestezi uzmanlarının değerlendirme formları araştırmacının gözetiminde doldurdu. Klinik alanda yaptığımız bu çalışmada uygulama yaptığımız hastanelerin tüm cerrahi kliniklerini kapsayacak şekilde soru formu uygulandı. Bu formda; sağlık personelinin geleneksel uygulama ile ASHİ (ERAS) protokolüne uyup uymadığını değerlendirmek için bakıldı. Cerrahi servislerdeki tüm hemşire, cerrah, anestezi uzmanları evreni oluşturdu. Soru formuna yanıt veren çalışanlar örnekleme alındı. Araştırmanın yapılacağı hastaneler Silvan Doktor Yusuf Azizoğlu Devlet Hastanesi, SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi ve Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesiydi (Şekil 3.1).



Şekil. 3.1. Araştırma Akış Şeması

3.4.1 Veri Toplama Araçları

3.4.1.1. Soru formu

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına sosyodemografik özellikleri yaşı, cinsiyeti, meslekteki deneyim yılı, kurumda çalıştığı deneyim yılı, pozisyonu yanı sıra “Kolorektal Ameliyatlarda Klinik Alanda Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Uygulamaların ASHİ Hakkındaki Bilgilerini” kapsamlı bir şekilde değerlendiren formudur (Ek-5) .

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Kolorektal ameliyatlarda klinik alanda ameliyat öncesi, sırası ve sonrası uygulamaların ERAS protokolü ile arasındaki ilişki incelendi.

3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

ASHİ protokolü uygulama düzeyi bağımlı değişken olarak belirlendi.

3.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Genel cerrahi kliniklerde çalışan cerrah, hemşire, anestezi uzmanlarının ERAS protokolünü uygulama düzeyi, yaşı, cinsiyeti, meslekteki deneyim yılı, kurumda çalıştığı deneyim yılı, pozisyonu bağımsız değişken olarak belirlendi.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Uygulanan soru formundaki veriler sayı yüzde, ile incelendi.

3.7. Araştırmada Etik İlkeler

Araştırma öncesinde SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (protokol no: 2017/03-2 tarih: 16.03.2017, EK-1) ve Silvan Doktor Yusuf Azizoğlu Devlet Hastanesi, SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesinin Başhekimliğinden izin alındı (Ek-2, Ek-3, Ek-4). Araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu genel cerrahi kliniklerin'de çalışan cerrah, hemşire, anestezi uzmanlarına uygulandı. Veriler yüz yüze araştırmacı tarafından toplandı.



4. BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik verileri Tablo1 'de verildi. Katılımcıların yaş ortalamaları 29.5+ 5.4 (min:21, max: 50)dı. Yüzde 59.5'u (n=69) kadındı. Araştırmaya katılan meslek gruplarına baktığımızda %84.48'i (n=98) hemşire, %6.03'ü (n=7) cerrah, %14.65'i (n=17) anesteziistlerden oluşmaktaydı.

Tablo 4.1. Ameliyat Ekibinin Sosyo-demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (N)	Yüzde(%)
Yaş	29.5 ±5.4 (min:21, max: 50)	
Cinsiyet		
Erkek	47	40.5
Kadın	69	59.5
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	17	14.7
Ön lisans	17	14.7
Lisans	70	60.3
Lisansüstü	12	10.3
Göreviniz		
Hemşire	98	84.48
Cerrah	7	6.03
Anesteziist	17	14.65
Kaç yıldır bu görevde çalışıyorsunuz.		
0-5 yıl	55	47.4
6-10 yıl	41	35.3
11-20 yıl	18	15.5
20yıl ve üzeri	2	1.7
Kliniğinizde kaç yıldır çalışıyorsunuz.		
0-1 yıl	61	52.6
2-3 yıl	33	28.4
4-5 yıl	18	15.5
6 yıl ve üzeri	4	3.5

Katılımcıların buldukları pozisyonda çalışma yıllarına baktığımızda 0-5 yıl arası %47.4 (n=55), 6-10 yıl %35.3 (n=41), 11-20 yıl %15.5 (n=18), 20 yıl üzeri %1.7 (n=2) olduğu görüldü. Araştırmaya katılanların deneyim yılına baktığımızda ise 0-1 yıl arası %52.6 (n=61), 2-3 yıl %28.4 (n=33), 4-5 yıl %15.5 (n=18), 6 yıl üzeri %3.5 (n=4) olduğu görüldü (Tablo 1).

Kolorektal ameliyatlarda uygulamaların nasıl olduğunu ifade eden “kolorektal uygulamaların ameliyat süresince planlanması (perioperatif hazırlık)” Tablo 2’de verildi.

Tablo 4.2. Kolorektal uygulamaların ameliyat süresince planlanması perioperatif hazırlık.

Kolorektal ameliyat öncesi hastalarımızın açlık süresi	Sayı (n)	Yüzde (%)
- Son birkaç gün içinde sıvı gıda alımı ve ameliyattan önceki gece yarısından sonra hastaların aç bırakılmalı	44	38.3
-Ameliyattan bir gün önce gece yarısından sonra oral alımın kesilmeli	60	51.8
-Ameliyattan bir gün önce katı gıdalar devam edilmeli, miktarının azaltılmalı ameliyattan önce (6 -8saat) hastanın katı gıda alımının durdurulmalı, ameliyattan önce (2 saat) hastanın oral sıvı alımı sonlandırılmalı	12	10.4
Kolorektal ameliyatlarda danışmanlığı kim/kimler vermekte (birden fazla yanıt verebilirsiniz)		
Cerrah	37	31.9
Anestezi	5	4.3
Hemşire	14	12.1
Hepsi	60	51.7
Danışmanlık hizmeti nasıl yapılıyor?		
Yüz yüze görüşme ile	69	59.4
Yüz yüze görüşme ve broşürle	23	19.8
Yüz yüze görüşmeyle broşür ve uygulatarak	24	20.7
Multimedya (tv, bilgisayar ile eğitim simülasyon odası kullanımı yok)	0	0
Sizce hastalarımıza kolorektal ameliyat öncesi karbonhidrattan zengin oral sıvı yüklemesi yapılmalı mı?		
Evet	52	44.8
Hayır	64	55.2

Tablo 4.2. Kolorektal uygulamaların ameliyat süresince planlanması perioperatif hazırlık (Devam)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Servisinizdeki doktorların/ hemşirelerin kolorektal ameliyatlarında bakımı yürütmesi için hazırlanmış tedavi ve bakım prosedürleri var mıdır?		
Evet	94	81.0
Hayır	22	19.0
Cevabınız evetse tedavi ve bakım prosedürleri yazılı mıdır?		
Evet (Ancak kanıt düzeyi yüksek değil, kitap ve uzman bilgisi ile oluşturulmuş)	81	69.8
Hayır	35	31.1
Kolorektal ameliyatı geçirecek her hastaya antiembolik çorap uyguluyor musunuz?		
Evet	54	46.5
Hayır	62	53.4
Cevabınız evetse bu çorapların nasıl kullanılacağını anlatıyor musunuz?		
Evet	53	62.4
Hayır	32	37.6
Kolorektal ameliyatı geçirecek her hastaya antiembolik tedavi uygulanıyor mu?		
Evet	73	62.9
Hayır	43	37.06
Kolorektal ameliyatı geçirecek her hastaya profilaktik antibiyotik uygulaması yapılıyor mu?		
Evet	100	86.2
Hayır	16	13.8

Tablo 4.2. Kolorektal uygulamaların ameliyat süresince planlanması perioperatif hazırlık (Devam).

Kolorektal ameliyatları sonrası hastalarınız ne zaman sıvıları almaya başlıyor (serbest su içme).	Sayı (n) Yüzde(%)	
Ameliyat günü	10	8.6
Post-op 1.gün	17	14.7
Doktor isteyince	42	36.2
Bağırsak sesleri başlayınca	25	21.6
Gaz çıkışı olunca	22	19.0
Kolorektal ameliyatları sonrası hastalarınız ne kadar sürede oral yumuşak gıda alıyor?		
İlk 8 saat içinde	4	3.4
24 saatten sonra	112	97.5
Kolorektal ameliyatları sonrası hastanızı ne kadar sürede mobilize ediyorsunuz?		
İlk 8 saat içinde mobilizasyon	17	14.7
İlk 8-24 saat	51	44.0
24 saatten sonra	48	41.4
Servisinizde ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) / (Fast Tract Surgery) protokolünü kolorektal ameliyatları sonrası uyguluyor musunuz?		
Evet	30	25.9
Hayır	86	74.1

Hastaların kolorektal ameliyat öncesi son birkaç gün içinde sıvı gıda alımının sağlanması ve ameliyattan önceki gece yarısından sonra hastaların aç bırakıldığını ifade eden katılımcılar %38.3'ü (n=44)'tü. Ameliyattan bir gün önce gece yarısından sonra oral alımın kesilmesini ifade eden sağlık personelleri %44.8'i (n=52)'di.

ASHİ Protokolüne göre kolorektal ameliyatlarda; ameliyattan bir gün önce katı gıdalar devam edilmeli, miktarının azaltılması ameliyattan önce (6 saat) hastanın katı gıda alımının durdurulması, ameliyattan önce (2 saat) hastanın oral sıvı alımının sonlandırılması olarak ifade edenler %10.4'ü (n=12) idi.

Hastalarınız kolorektal ameliyatları hakkında ameliyat öncesi danışmanlık eğitimini hangi meslek grubundan alıyor diye sorduğumuzda %12.1'i (n=14) hemşire, %31.9'ü (n=37) cerrah, %4.3'i (n=5) anestezi uzmanı %51.7'si (n=60) tüm sağlık ekibinden aldığını belirtti.

Katılımcılara hastalarınıza kolorektal ameliyatları hakkında ameliyat öncesi danışmanlığı vermek için harcanan hangi meslek grubu daha çok zaman harcar diye baktığımızda %50.0'i (n=33) hemşire, %31.8'ü (n=21) cerrah, %18.2'i (n=12) anestezi uzmanından olduğunu ifade etti.

Ameliyat öncesi hastalara cerrahi prensipler ile ilgili hareketlilik, solunum egzersizleri, gıda alımı ve rehabilitasyon hedefleri gibi bilgilendirmeyi kolorektal ameliyatlarında nasıl yapıyorsunuz diye sorduğunuzda katılımcılar %59.6'sı (n=69) yüz yüze görüşme ile, %19.8'i (n=23) yüz yüze görüşme ve broşür ile, %20.7'si (n=24) yüz yüze görüşme, broşür ve uygulayarak diye belirttiler.

Hastalarınıza kolorektal ameliyat öncesi karbonhidrattan zengin oral sıvı yüklemesi yapılmalı mı diye katılımcılara sorduğumuzda %44.8'i (n=52) evet, %55.2'si (n=64) hayır dedi.

Çalıştığınız serviste kolorektal ameliyat geçirerek hastayla yeterli düzeyde ilgilenecek doktor/hemşire bulunması hastalığın iyileşme sürecini etkileyecektir. Katılımcılara servisinizdeki doktorların/hemşirelerin kolorektal ameliyatlarında bakımı yürütmesi için hazırlanmış tedavi ve bakım prosedürleri var mıdır diye sorduğumuzda %81.0'ı (n=94) evet, %19.0'ı (n=22) hayır dedi.

Servisinizdeki doktorların/hemşirelerin kolorektal ameliyatlarında bakımı yürütmesi için hazırlanmış tedavi ve bakım prosedürleri varsa yazılı mıdır diye sorduğumuzda %69.8'i (n=81) evet, %31.1'i (n=35) hayır dedi.

Kolorektal ameliyatı geçirecek tüm hastalara emboli riskini azaltmak için antiembolik çorap uygulanıyor mu diye sorduğumuzda %46.5'i (n=54) evet, %53.4'ü (n=62) hayır dedi.

Katılımcılara kolorektal ameliyatı geçirecek tüm hastalara emboli riski azaltmak için antiembolik çorap uygulamanız var ise bunu hastalara nasıl kullanacağınızı anlatıyor musunuz diye sorduğumuzda %62.4'ü (n=53) evet, %37.6'sı (n=32) hayır dedi.

Kolorektal ameliyatı geçirecek tüm hastalara emboli riski azaltmak için antiembolik tedavi uygulanıyor mu diye sorduğumuzda %62.9'u (n=73) evet, %37.0'ı (n=43) hayır diye ifade edildi.

Kolorektal ameliyatı geçirecek tüm hastalara proflaktik antibiyotiği ameliyattan yarım saat öncesine kadar uygulanıyor mu diye sorduğumuzda %86,9'u (n=100) evet, %13.8'i (n=16) hayır dedi.

Katılımcılara kolorektal ameliyatı geçiren hastaya ağrı kesici ilaç uygulamasında epidural olarak yapıyor iseniz rutin olarak yaptığınız ilaçlar nelerdir diye sorduğumuzda %18.1'i (n=19) opioidler, %24.8'i (n=26) antienflamatuarlar, %57.1'i (n=60) parasetemoller kullandıklarını belirttiler.

Kolorektal ameliyatları sonrası hastalarınız ne zaman su içmeye başlıyor diye sorduğumuzda %8.6'sı (n=10) ameliyat günü, %14.7'si (n=17) post-op 1.gün, %36.2'si (n=42) doktor isteyince, %21.6'sı (n=25) bağırsak sesleri başlayınca, %19.0'ı (n=22) gaz çıkışı olunca diye belirttiler.

Hastalarınıza kolorektal ameliyatları sonrası ne kadar sürede oral yumuşak gıda almaya başlıyor diye sorduğumuzda katılımcıların %14.7'si (n=17) ilk 8 saat içinde mobilizasyon, %3.4'tü (n=4) ilk 1-2 saat, %11.2'si (n=13) ilk 3-4 saat, %33.6'sı (n=39) ilk 4-8 saat, %0'ı (n=0) ilk 8-24 saat. %51.7'si (n=60) 24 saatten sonra dediler.

Hastalarınızda bağırsak peristaltizmini ve mobilizasyonunu erken dönemde sağlamak için kolorektal ameliyatları sonrası ne kadar sürede mobilize ediyorsunuz diye sorduğumuzda katılımcıların %3.4'ü (n=4) ilk 8 saat içinde, %97.5'i (n=112) 24 saatten sonra dediler.

Katılımcılara kolorektal ameliyatları sonrası hastalarınızda her hangi bir komplikasyon yoksa, taburcu etme gününüzü belirlemenizi etkileyen etmen nedir diye baktığımızda %34.4'ü (n=40) güncel bilgilerim, %65.5'i (n=76) geleneksel rutin uygulamalar diye belirtti.

Katılımcılara çalıştığınız servisinizde ASHİ (ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)/(Fast Tract Surgery)) protokolünü kolorektal ameliyatları sonrası uygulamanız var mı diye sorduğumuzda sağlık personellerinin %25.9'u (n=30) evet, %74.1'i (n=86) hayır dedi (Tablo 4.2).

5. TARTIŞMA

Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme (ASHİ) protokolüne göre genel anestezi alan hastalar daha erken dönemde taburcu olmaktadır. Bu süreçte ameliyat öncesi ve sonrası hastalar daha az sürede aç kalmakta, susuz kalmakta, ameliyat öncesi süreçte iv infüzyon ile beslenmekte, ameliyattan sonra 2 saat içinde sıvı alabilmekte,4-6 saat içinde beslenebilmektedir. Böylelikle metabolik asidoz önlenmekte, yara yeri iyileşimi için önemli bir adım atılmaktadır (Gustafsson ve ark., 2012; Kehlet, 2008).

Hastaların en erken dönemde oturması, ayağa kalkması, hastaların akciğer kapasitelerini attırmakta, akciğer pnomonisini ve atelektaziyi önlemekte, peristaltizmini hızlandırmakta, derin ven trombozunu ve emboliyi önlemekte, dolaşımı ve yara yeri iyileşimini hızlandırmaktadır (Kehlet, Wilmore, 2008; Levine ve ark., 1998).

Hastaların yara yeri iyileşimini özellikle hipotermiyi önlemek için alınan önlemler, ısıtma teknikleri de olumlu etkilemektedir (Fearon ve ark., 2005).

ASHİ protokolünde; hastaların bağırsak hazırlığı geleneksel yöntemlere göre daha kısa sürede ve hastayı aç bırakmadan sıvı elektrolit kaybı olmadan gerçekleştirilmekte, tromboemboliyi ve mikroorganizmanın üremesini önlemeye yönelik profleksiler yer almakta, özellikle mikroorganizma kolonizasyonu azaltmak için antibiyotikler ameliyata başlamadan yarım saat içinde yapılmakta, antikoagülan seçiminde ise düşük doz heparin kullanılmakta, hastalara erken mobilizasyon ve varis çorabı kullanması önerilmektedir (Brady ve ark., 2003; Hausel et al., 2001; Levine ve ark., 1998).

Ameliyat esnasında kullanılan N6, idrar kateteri gibi kateterler ameliyatta yer almakta, mümkünse (enfeksiyonlar'dan kaçınmak adına) bu kateterler ve direnler olmadan ameliyat süreci tamamlanmaktadır (Zaouter ve ark., 2009).

Hastanın ağrı kontrolünü sağlamak, konforunu artırmak, evde ev ortamını düzenlemek, ilaçların kullanımı ve kontrolleri, konusunda bilgi ihtiyaçlarını sağlamak, hastaların ev ortamında kullanacakları korse, varis çorabı, walker (yürüteç) gibi materyalleri nasıl kullanacağı konusunda danışmanlık vermek ve evde taburculuk sonrası bakımı ve tedaviyi sorgulamak,

hemşireler tarafından verilen ASHİ danışmanlık hizmetlerinin içinde yer almaktadır (Kehlet, Wilmore, 2008).

Hemşireler ASHİ protokolünde danışmanlık hizmetlerini yazılı, görsel eğitim materyalleri ile video yöntemleriyle, gösterip uygulatarak hastalara vermektedirler (R. Nelson ve ark., 2005).

ASHİ protokolleri ameliyat öncesi, sırası ve sonrası tedavi ve bakım konusunda geleneksel uygulamalara karşı radikal uygulamalar olarak yer almaktadır. Örneğin yapılan meta analizlerde kolon ameliyatlarında mekanik bağırsak hastalığından vaz geçilmesinin sıvı elektrolit dengesini korumakta önemli olduğu, kolon ameliyatı sonrası anastomoz kaçaklarını MBH'nin azaltmadığı ortaya çıkarmıştır (Gustafsson ve ark., 2012).

Yukarıda ASHİ ile gündeme gelen yeni uygulamaların Türkiye'nin Güneydoğusunda yer alan Diyarbakır ilinde bilinip bilinmediği uygulamaların ne olduğunun ortaya çıkarılması için yapılan bu araştırma sonuçlarına göre; geleneksel klasik uygulamalarda ameliyat öncesi açlık süresi, bağırsak hazırlığı, ameliyat sonrası beslenme, antikoagülan ve antibiyotik gibi koruyucu ilaç tedavileri, derin ven trombozunu önlemeye yönelik varis çorapları kullanımı, ameliyat sonrası en erken dönemde ayak egzersizleri, hastanın oturması, ayağa kalkıp yürümesi gibi tedavi ve bakımı içeren prosedürlerin ASHİ protokolüne göre farklı olduğu bu çalışmada belirlendi. Araştırmada hemşire, anestezi uzmanları ve cerrahlara sorulan sorular ile ASHİ protokolünde yer alan konulara yönelik bilgi, davranış ve tutumlarının olmadığı; geleneksel klasik uygulamaları sürdürdüğü ortaya çıktı. Buna göre; sağlık personellerinden %10.4'ü ASHİ protokolüne uygun olarak hastaları aç bırakmakta, geleneksel klinik uygulamadan biri olan birkaç gün öncesinden katıları kesme ve sıvı gıda ile besleme, ameliyattan önceki gece yarısından sonrada hastaları aç bırakma durumu %38.3 bulundu. Ameliyattan önceki gece, gece yarısından sonra oral alımın kesilmesi %51.8'di. ASHİ protokolüne uyan sağlık personellerinden %10.4'tü. Bu personeller Committee (2011)'deki literatür bilgisine benzer tutum ve davranışı uygulamakta; hastalarda ameliyattan önceki gün katı gıda alımını azaltmakta, ameliyattan 6-8 saat önce katı gıdaları tam olarak kesmekte, ameliyattan 2 saat öncesine kadar da hastaların sıvı alımına izin vermektedir. Amerikan anestezi uzmanları birliği (1989) ameliyat öncesi açlık süresine bu çalışmada 12 sağlık personeli uymaktaydı. Ark. ise geleneksel klinik uygulamaları tercih etmekteydi.

Hastaların ameliyat öncesi bilgilendirilmesi onların anksiyete düzeylerini azaltır, anksiyete düzeyi azalmış hastanın stres düzeyi azalır ve bu da yara yeri iyileşimini olumlu yönde etkiler, kan şekeri düzenler dokuların etkin oksijenlenmesine ve enflamasyon yanıtının olumlu gelişimine sebep olur (Erdem, Çelebi, 1996).

ASHİ protokolün'de hastaların ameliyat öncesi bilgilendirilmesi iletilmektedir (G. Nelson ve ark., 2015). Araştırmada elde edilen bulgular sonucunda; hastaların ameliyat öncesi bilgilendirildiği ancak bu bilgilendirmenin tasarlanmış, planlı, görsel-işitsel, multiteknolojik, gösterip yaptırma teknikleri kullanılarak yapılandırılmadığı, hastaların yeterli düzeyde bilgilendirilmediği söylenebilir (Nelson ve ark., 2005).

Tüm hasta danışmanlığının, yaklaşık 40 dakikada yapılmadığı; hastaların bilgilendirilmesinde tüm ekibin yer aldığı, lakin etkin olarak yüz yüze hastaya göstererek hastanın işitmesini sağlayarak, demonstrasyon tekniğiyle yaptırarak eğitim veren hemşirelik hizmetinin olmadığı, diğer sağlık personelinin de hastalara bu düzeyde danışmanlık ve bilgilendirme yapmadığı, hatta hastalara 10-15 dakikada, hızlı bilgi verme durumunun ortaya çıktığını söyleyebiliriz.

Uzayan açlık süresi, hastalarda metabolik asidoz, yara yeri iyileşiminin de gecikme gibi sıkıntılara yol açabilmektedir. Yara yerini oksijensiz bırakmamak kadar önemli olan yeterli glikoz desteğinin olabilmesi, insülin direncinin azaltılabilmesi için ASHİ protokolü ameliyat olmadan önceki gecede 800cc, ameliyat sonrasında 400cc oral sıvı karbonhidratı önermektedir (Soop ve ark., 2007).

Araştırmamızda sağlık personeli hemşire, cerrah, anestezi uzmanları hastalara ameliyat öncesi oral karbonhidrat verilmediği %55.2'si klasik uygulamada bu bilginin olmadığı ortaya çıktı.

ASHİ'ye göre bağırsak hazırlığından vazgeçilmesi gerekmektedir. Bağırsak hazırlığı ameliyat öncesinde sıvı elektrolit dengesinin bozulmasına, vücuda alınan sıvıdan çok çıkan sıvının artışına neden olabilmekte, anastomoz edilen bağırsaklarda kaçak olmasına sebep olduğu, özellikle yaşlı hastaların hastanede kalma süresini arttırdığı ve ölümüne neden olduğu, ASHİ protokollerinde tartışılmaktadır (Slim ve ark., 2004).

ASHİ protokolü ameliyat öncesi, sonrası yapılacak işlemlerin ve hemşirelik bakımının belirli yazılı prosedürlerle yapılmasını önermektedir (Gustafsson ve ark., 2011). Araştırmamızda da Diyarbakır'daki hastanelerde yazılı prosedürlerin sağlık personeli tarafından

yeterli olduğu (%81) belirlendi. Ancak bu yazılı prosedürlerin kanıta dayalı olmadığı, kanıt düzeyinin düşük olduğu öğrenildi. Hastanın tedavi ve bakım prosedürlerinin olması kalite için, hasta memnuniyeti ve komplikasyonlarının önlenmesi adına önemlidir. Lakin ASHİ protokolünün en güncel yaklaşım olarak klinik alanda olmadığı da verilen tüm yanıtla göre ortadaydı.

ASHİ protokolüne göre hastalara antikoagölan uygulaması yapılmalı, hatta hastalara uygun varis çorabı giydirilmelidir (Levine ve ark., 1998). Yaptığımız bu araştırmalarda da antiembolik ilaç uygulamasının yapıldığını beyan eden %62,9 oranında sağlık çalışanı vardı, lakin %37.06 oranında sağlık personeli net yanıt veremedi. Hastalara ameliyat sonrası emboliyi önlemek amacıyla giydirilen antiembolik çorap oranı %46.5'idi. Sağlık personellerinin %53.4'ü hastalara kolorektal ameliyatlardan sonra varis çorabını giydirmemekteydi. Bu bilgilere göre anestezi ve uzun süren batın ameliyatlarında ASHİ protokolü uygulanmamaktaydı.

ASHİ protokolüne göre ameliyata başlamadan yarım saat içinde ya da ameliyat esnasında antibiyotik profilaktik yapılmalıdır (Song ve Glenny, 1998). Araştırmamızda antibiyotik profilaksisini sağlık çalışanlarının (hemşire, cerrah, anestezi) %86.23'ü ASHİ protokolüne uygun olarak yapmaktaydı. Bu konuda sağlık çalışanlarının uygulaması ASHİ protokolüne benzerlik göstermekteydi.

ASHİ protokolüne göre epidural olarak ameliyat esnasında uygulanan opioidler gastrointestinal aktivitenin bozulmasına, insülin direncini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Punjasawadwong ve ark. 2007). Araştırmamızda sağlık personelinin %80.4'ü epidural olarak ağrı kesicilerin verilmediğini ifade etmesi kısmen de olsa ASHİ uygulamasına benzer bir yaklaşım olduğunu bize gösterdi.

ASHİ protokolü kolorektal ameliyatkardan sonra berrak sıvılara ameliyat sonrası saatler içinde hemen başlanması gerektiğini iletmektedir (Ersoy, Gündoğdu, 2007).

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının ifadelerine göre hastaların oral sıvı alımına ameliyat günü başlanması diyenler %8.6'ydı. Bu sonuca göre; ameliyat sonrası hastaların oral sıvı alımı ASHİ protokolüne uygun yapılmadığı söylenebilir.

ASHİ protokolü ameliyat sonrası ilk 8 saat içinde oral yumuşak gıda alımı önermektedir (Ersoy, Gündoğdu, 2007). Fakat araştırmamızda hastaların ameliyattan 24 saat sonra oral alıma başladığı ortaya çıktı.

Kolorektal ameliyatlardan sonra hastaların erken oturtulması, ayak egzersizlerini yatak içinde yapması ve ilk 8 saat içinde mobilizasyonunun sağlanması ASHİ protokolünde yer almaktadır (Ersoy, Gündoğdu, 2007; Kehlet, Wilmore, 2008). Araştırmamızda da sağlık personellerinin ifadesine göre hastaların ilk 8 saat içinde mobilize edenlerin oranı % 14.7'di. Hastalar bu sonuca göre ASHİ protokolüne benzer olarak en erken dönemde yürütölmekteydi.

Araştırmamızın sonunda ASHİ protokolünü duyan, bilen, okuyan sağlık personellerini sorguladığımızda; %74.1'i "hayır" yanıtını verdi.

Tüm bulguları değerlendirdiğimizde; kolorektal ameliyatların öncesinde, sırasında, sonrasında ASHİ protokolüne uygun bir tedavi ve bakımın Türkiye'nin Güneydoğusunda yer alan Diyarbakır ilinde tam olarak uygulanmadığı söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, kolorektal ameliyatlar öncesi, sırası ve sonrası Avrupa'da ve ABD'de uygulanan kanıta dayalı ASHİ protokolünü bilen ve uygulayan ya da uygulamayan sağlık personelinin bilgi, davranış ve tutumlarını belirlemek istedik.

Sonuç

- Sağlık personellerinin ASHİ uygulamasına yönelik tam bilgilerinin olmadığını,
- Sağlık personellerinin ASHİ protokolüne yönelik bilgi davranış ve tutum değiştirmelerini sağlayabilecek hizmet içi eğitimlerin de olmadığını,
- Sağlık personellerinin kanıta dayalı ASHİ protokolü gibi güncel literatür bilgilerini, klasik geleneksel uygulamaların yerine koymadığını söyleyebiliriz.

Öneri

- ASHİ protolölü kanıt temelli uygulamaları içerdđi için sağlık personellerinin hizmet içi eğitim programlarına alınması,
- Sağlık personelinin güncel bilgilerini artıracakları sempozyum kongre katılımının artırılması,
- ASHİ gibi protokollerin, araştırma sonuçlarının hastane yönetimi tarafından daha fazla önem verilmesi ve uygulamaya geçirilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

Akın, L. (2010). Kolorektal Kanserlerde Fast Track Cerrahi. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kitabı. ss, 733, 734-735.

Apfel, C., Kranke, P., Eberhart, L., Roos, A. & Roewer, N. (2002). Comparison of predictive models for postoperative nausea and vomiting. British journal of anaesthesia, 88(2), 234-240.

Basse, L., Jakobsen, D. H., Billesbølle, P., Werner, M. & Kehlet, H. (2000). A clinical pathway to accelerate recovery after colonic resection. Annals of surgery, 232(1), 51.

Beattie, A., Prach, A., Baxter, J. & Pennington, C. (2000). A randomised controlled trial evaluating the use of enteral nutritional supplements postoperatively in malnourished surgical patients. Gut, 46(6), 813-818.

Brady, M. C., Kinn, S., Stuart, P. & Ness, V. (2003). Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. The Cochrane Library.

Brown, S. R. ve Tiernan, J. (2005). Transverse versus midline incisions for abdominal surgery. The Cochrane Library.

Buchanan, G., Malik, A., Parvaiz, A., Sheffield, J. & Kennedy, R. (2008). Laparoscopic resection for colorectal cancer. British Journal of Surgery, 95(7), 893-902.

Camus, Y., Delva, E., Cohen, S. & Lienhart, A. (1996). The effects of warming intravenous fluids on intraoperative hypothermia and postoperative shivering during prolonged abdominal surgery. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 40(7), 779-782.

Chan, M. K. ve Law, W. L. (2007). Use of chewing gum in reducing postoperative ileus after elective colorectal resection: a systematic review. Diseases of the Colon & Rectum, 50(12), 2149-2157.

Chatterjee, S., Rudra, A. & Sengupta, S. (2011). Current concepts in the management of postoperative nausea and vomiting. Anesthesiology research and practice, 2011.

Cheatham, M. Chapman, WC, Key, SP. & Sawyers, JL (1995). A meta-analysis of selective versus routine nasogastric decompression after elective surgery. *Annals of surgery*, 221, 469-476.

Committee, A. S. o. A. (2011). 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: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. *Anesthesiology*, 114(3), 495.

Çilingir, D., Candaş, B., ÇİLİNGİR, D. (2017). Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü ve Hemşirenin Rolü.. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2017(2).

De Witte, J. L., Demeyer, C., Vandemaele, E. (2010). Resistive-heating or forced-air warming for the prevention of redistribution hypothermia. *Anesthesia & Analgesia*, 110(3), 829-833.

Dort, J. C., Farwell, D. G., Findlay, M., Huber, G. F., Kerr, P., Shea-Budgell, M. A., & Ljungqvist, O. (2017). Optimal perioperative care in major head and neck cancer surgery with free flap reconstruction: a consensus review and recommendations from the enhanced recovery after surgery society. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 143(3), 292-303.

Erdem, C., Çelebi, C. R. (1996). Tüm yönleriyle yara iyileşmesi: Türk Dermatopatoloji Derneği.

Ersoy, E., Gündoğdu, H. (2007). Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması. *Turkish Journal of Surgery*, 23(1), 035-040.

Fearon, K., Ljungqvist, O., Von Meyenfeldt, M., Revhaug, A., Dejong, C., Lassen, K., & Andersen, J. (2005). Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clinical nutrition*, 24(3), 466-477.

Galvão, C. M., Marck, P. B., Sawada, N. O., & Clark, A. M. (2009). A systematic review of the effectiveness of cutaneous warming systems to prevent hypothermia. *Journal of clinical nursing*, 18(5), 627-636.

- Gan, T. J., Meyer, T. A., Apfel, C. C., Chung, F., Davis, P. J., Habib, A. S. & Myles, P.** (2007). Society for Ambulatory Anesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 105(6), 1615-1628.
- Gustafsson, U., Scott, M., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., Francis, N. & Soop, M.** (2012). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Clinical nutrition*, 31(6), 783-800.
- Gustafsson, U., Scott, M., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., Francis, N. & Soop, M.** (2013). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *World journal of surgery*, 37(2), 259-284.
- Gustafsson, U. O., Hausel, J., Thorell, A., Ljungqvist, O., Soop, M., & Nygren, J.** (2011). Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *Archives of Surgery*, 146(5), 571-577.
- Hausel, J., Nygren, J., Lagerkranser, M., Hellström, P. M., Hammarqvist, F., Almström, C. & Ljungqvist, O.** (2001). A carbohydrate-rich drink reduces preoperative discomfort in elective surgery patients. *Anesthesia & Analgesia*, 93(5), 1344-1350.
- Henriksen, M., Jensen, M. B., Hansen, H., Jespersen, T., & Hessov, I.** (2002). Enforced mobilization, early oral feeding, and balanced analgesia improve convalescence after colorectal surgery. *Nutrition*, 18(2), 147-152.
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D. & Oxman, A. D.** (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Library*.
- Kagedan, D. J., Ahmed, M., Devitt, K. S. & Wei, A. C.** (2015). Enhanced recovery after pancreatic surgery: a systematic review of the evidence. *Hpb*, 17(1), 11-16.
- Karliczek, A., Jesus, E., Matos, D., Castro, A., Atallah, A. & Wiggers, T.** (2006). Drainage or nondrainage in elective colorectal anastomosis: a systematic review and meta-analysis. *Colorectal Disease*, 8(4), 259-265.
- Kehlet, H.** (2008). Fast-track colorectal surgery. *The Lancet*, 371(9615), 791-793.

- Kehlet, H., Dahl, J. B.** (2003). Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *The Lancet*, 362(9399), 1921-1928.
- Kehlet, H., Wilmore, D. W.** (2002). Multimodal strategies to improve surgical outcome. *The American journal of surgery*, 183(6), 630-641.
- Kehlet, H., Wilmore, D. W.** (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of surgery*, 248(2), 189-198.
- Kheterpal, S., Tremper, K. & Englesbe, M. O. Reilly M, Shanks AM, Fetterman DM, Rosenberg AL, Swartz RD** (2007). Predictors of postoperative renal failure after noncardiac surgery in patients with previously normal renal function. *Anesthesiology*, 107(6), 892-902.
- King, P., Blazeby, J., Ewings, P., Franks, P., Longman, R., Kendrick, A. ve Kennedy, R.** (2006). Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery for colorectal cancer within an enhanced recovery programme. *BJS*, 93(3), 300-308.
- Kranke, P., Eberhart, L. H.** (2011). Possibilities and limitations in the pharmacological management of postoperative nausea and vomiting. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*, 28(11), 758-765.
- Kurz, A., Sessler, D. I., Lenhardt, R.** (1996). Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. *New England Journal of Medicine*, 334(19), 1209-1216.
- Lassen, K., Soop, M., Nygren, J., Cox, P. B. W., Hendry, P. O., Spies, C. veNorderval, S.** (2009). Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group recommendations. *Archives of Surgery*, 144(10), 961-969.
- Leigh, J. M., Walker, J., Janaganathan, P.** (1977). Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *Br Med J*, 2(6093), 987-989.
- Levine, M. N., Raskob, G., Landefeld, S. & Kearon, C.** (1998). Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment. *Chest*, 114(5), S511.

- Lindgren, P., Nordgren, S., Öresland, T. & Hulten, L.** (2001). Midline or transverse abdominal incision for right-sided colon cancer—a randomized trial. *Colorectal Disease*, 3(1), 46-50.
- Ljungqvist, O.** (2010). *Insulin resistance and outcomes in surgery*: Oxford University Press.
- Ljungqvist, O.** (2012). Jonathan E. Rhoads lecture 2011: insulin resistance and enhanced recovery after surgery. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 36(4), 389-398.
- Ljungqvist, O., Scott, M. & Fearon, K. C.** (2017). Enhanced recovery after surgery: a review. *JAMA surgery*, 152(3), 292-298.
- Mastracci, T., Cohen, Z. & Senagore, A.** (2008). Fast-track programs in colonic surgery. Systematic review of enhanced recovery programs in colonic surgery. *Can J Surg*, 51(1), 70-72.
- McPhail, M., Abu-Hilal, M. & Johnson, C.** (2006). A meta-analysis comparing suprapubic and transurethral catheterization for bladder drainage after abdominal surgery. *BJS*, 93(9), 1038-1044.
- Melnyk, M., Casey, R. G., Black, P. & Koupparis, A. J.** (2011). Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? *Canadian Urological Association Journal*, 5(5), 342.
- Miedema, B. W., Johnson, J. O.** (2003). Methods for decreasing postoperative gut dysmotility. *The lancet oncology*, 4(6), 365-372.
- Nelson, G., Altman, A., Nick, A., Meyer, L., Ramirez, P., Ahtari, C. veWijk, L.** (2015). Guidelines for pre-and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations-Part I. *Gynecologic oncology*.
- Nelson, R., Tse, B., Edwards, S.** (2005). Systematic review of prophylactic nasogastric decompression after abdominal operations. *BJS*, 92(6), 673-680.
- Petrowsky, H., Demartines, N., Rousson, V. & Clavien, P.-A.** (2004). Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery: a systematic review and meta-analyses. *Annals of surgery*, 240(6), 1074.

Punjasawadwong, Y., Boonjeungmonkol, N. & Phongchiewboon, A. (2007). Bispectral index for improving anaesthetic delivery and postoperative recovery. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.

Rüsch, D., Eberhart, L., Biedler, A., Dethling, J. & Apfel, C. C. (2005). Prospective application of a simplified risk score to prevent postoperative nausea and vomiting. *Canadian Journal of Anesthesia*, 52(5), 478.

Sarin, A., Litonius, E. S., Naidu, R., Yost, C. S., Varma, M. G. & Chen, L.I. (2015). Successful implementation of an Enhanced Recovery After Surgery program shortens length of stay and improves postoperative pain, and bowel and bladder function after colorectal surgery. *BMC anesthesiology*, 16(1), 55.

Sato, H., Lattermann, R., Carvalho, G., Sato, T., Metrakos, P., Hassanain, M. veSchrickler, T. (2010). Perioperative glucose and insulin administration while maintaining normoglycemia (GIN therapy) in patients undergoing major liver resection. *Anesthesia & Analgesia*, 110(6), 1711-1718.

Scott, E. M., Buckland, R. (2006). A systematic review of intraoperative warming to prevent postoperative complications. *AORN journal*, 83(5), 1107-1113.

Sheen, M. J., Chang, F.-L. & Ho, S.-T. (2014). Anesthetic premedication: new horizons of an old practice. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*, 52(3), 134-142.

Skandalakis, L. J., Skandalakis, J. E. (2013). *Surgical anatomy and technique: a pocket manual*: Springer Science & Business Media.

Slim, K., Vicaut, E., Launay-Savary, M.V., Contant, C. ve Chipponi, J. (2009). Updated systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials on the role of mechanical bowel preparation before colorectal surgery: LWW.

Slim, K., Vicaut, E., Panis, Y. & Chipponi, J. (2004). Meta-analysis of randomized clinical trials of colorectal surgery with or without mechanical bowel preparation. *British Journal of Surgery*, 91(9), 1125-1130.

Smedley, F., Bowling, T., James, M., Stokes, E., Goodger, C., O'connor, O. & Silk, D. (2004). Randomized clinical trial of the effects of preoperative and postoperative oral

nutritional supplements on clinical course and cost of care. *British Journal of Surgery*, 91(8), 983-990.

Song, F., Glenny, A. M. (1998). Antimicrobial prophylaxis in colorectal surgery: a systematic review of randomized controlled trials. *British Journal of Surgery*, 85(9), 1232-1241.

Soop, M., Nygren, J., Thorell, A. & Ljungqvist, O. (2007). Stress-induced insulin resistance: recent developments. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 10(2), 181-186.

Tjandra, J., Chan, M. (2006). Systematic review on the short-term outcome of laparoscopic resection for colon and rectosigmoid cancer. *Colorectal Disease*, 8(5), 375-388.

Torbé, E., Crawford, R., Nordin, A. & Acheson, N. (2013). Enhanced recovery in gynaecology. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 15(4), 263-268.

Veenhof, A. A., Vlug, M. S., van der Pas, M. H., Sietses, C., Van der Peet, D. L., De Lange-De Klerk, E. & Cuesta, M. A. (2012). Surgical stress response and postoperative immune function after laparoscopy or open surgery with fast track or standard perioperative care: a randomized trial. *Annals of surgery*, 255(2), 216-221.

Vlug, M. S., Wind, J., Hollmann, M. W., Ubbink, D. T., Cense, H. A., Engel, A. F., & van Geloven, A. A. (2011). Laparoscopy in combination with fast track multimodal management is the best perioperative strategy in patients undergoing colonic surgery: a randomized clinical trial (LAFA-study). *Annals of surgery*, 254(6), 868-875.

Walker, K. J., Smith, A. F. & Pittaway, A. (2003). Premedication for anxiety in adult day surgery. *Cochrane database of systematic reviews*, 7(4).

Watcha, M. F., White, P. F. (1992). Postoperative nausea and vomiting. Its etiology, treatment, and prevention. *Anesthesiology*, 77(1), 162-184.

Wind, J., Polle, S., Fung Kon Jin, P., Dejong, C., Von Meyenfeldt, M., Ubbink, D. & Bemelman, W. (2006). Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *British Journal of Surgery*, 93(7), 800-809.

Wong, P., Kumar, S., Bohra, A., Whetter, D., & Leaper, D. J. (2007). Randomized clinical trial of perioperative systemic warming in major elective abdominal surgery. *British Journal of Surgery*, 94(4), 421-426.

Spanjersberg WR, Reurings J, Keus F, Van Laarhoven CJ. (2011). Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery. *Feb 16;(2):CD007635*. doi: 10.1002/14651858.CD007635.pub2.

Zaouter, C., Kaneva, P., & Carli, F. (2009). Less urinary tract infection by earlier removal of bladder catheter in surgical patients receiving thoracic epidural analgesia. *Regional anesthesia and pain medicine*, 34(6), 542-548.

8. EKLER

Ek -1 Etik Kurul Kararı

SANKO ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Kolorektal Ameliyatlarda Klinik Alanda Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Uygulamaların ERAS Protokolüne Uygunluğunun 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: 2	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		Oturma 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 Silvan Dr. Yusuf Azizoğlu Devlet Hastanesi Başhekimlik İzin Yazısı

DİVARRAKİP SİLVAN DR. YUSUF AZİZOĞLU
DEVLET HASTANESİ - DİVARRAKİP SİLVAN DR.
YUSUF AZİZOĞLU DEVLET HASTANESİ EVRAK
SAYI D'PİMİ
22.11.2016 13:09 956413680002077



Dr. Yusuf Azizoğlu Silvan Devlet
Hastanesi

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik bölümü Cerrahi hemşireliği Ana Bilim
Dalı Tezli Yüksek Lisans programında öğrenim gör-
mekteyim. "Klinik alanda Ameliyat öncesi, sonrası ve Son-
rası uygulamalarının belirlenmesi" konulu bir tez ha-
zırlamaktayım. Hastanemizde bu konu ile alakalı bir
anket çalışması yapmak istiyorum.

Gerekli izin verilmesi hususunda bilgilerinizi
ve gereğini art ederim.

22.11.2016

Mehmet Sabri KIRIK

Ek- 3. Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi Başhekimlik İzin Yazısı

01.12.2017

Diyarbakır Selahaddin Eyyübi Devlet Hastanesi Yöneticiliğine

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsünü Hemşirelik Bölümü cerrahi hemşireliği anabilim dalı tezli yüksek lisans programında öğrenim görmekteyim. "Kolorektal Ameliyatlarda Klinik Alanda Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Uygulamaların ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)- (Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme) Protokolüne Uygunluğunun Karşılaştırılması" Konulu tez çalışması yapmaktayım. Gerekli araştırmaları yapmak için hastanenizde anket yapmak için izin almak istiyorum. Anket formu, etik kurul raporum ektedir.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Mehmet Sabri KIRIK



Ek. 1- Anket formu
Ek. 2- Etik kurul raporu

DİYARBAKIR SELAHADDİN EYYUBİ DEVLET
HASTANESİ - DİYARBAKIR SELAHADDİN
EYYUBİ DEVLET HASTANESİ EVRAK KAYIT
BİRİMİ

01/12/2017 11:04 - 37081474-000-10521



00057669494

Sonuç BALIK

DİYARBAKIR SELAHADDİN
EYYUBİ DEVLET HASTANESİ
KURUM BAŞKANI
KURUM BAŞKANI İZİN VERİLDİ

Adres: D. Bakır Cad. Fidan kent sitesi
Kat: 5 No: 15
Tel: 0543 534 1741

Yazısı

28. 11. 2016

Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve
Araştırma Hastanesi.

Dr. Yusuf Azizoglu Silvan devlet hastanesinde
kalite yönetim birim sorumlusuyum. Aynı zamanda
Sanca Üniversitesi Hemşirelik Bölümünde yüksek
lisans yapıyorum. "Klinik Alanda Anestezi
öncesi, Sonrası ve Sirozi Uygulamaların ERAS Pro-
tokolüne Uygunluğu" adlı bir tez çalışması
yapıyorum. Tezimle ilgili cerrahi klinik-
lerinizde çalışan Cerrah, Anestezi, Hemşirelere
konu ile ilgili anket uygulanarak istiyorum.
Gerekli iznin verilmesi hususunda bilgile-
rinize arz ederim

Mehmet Sabri KIRIK



Ek- 5 Uygulanan Soru Formu

Değerli Sağlık Personeli,

Bu çalışma sağlık çalışanlarının kolorektal 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

1.Sağlık Meslek Lisesi

2.Ön Lisans

3.Lisans

4.Lisansüstü

4. Pozisyonunuz

1. Hemşire

2. Cerrah

3.Anestezi

5. Kaç yıldır bu pozisyonda çalışmaktasınız?

1. 0-5 yıl

2. 6-10 yıl

3. 11-20 yıl

4. 20 yıl ve ↑

6. Kliniğinizde kaç yıldır çalışmaktasınız?

1. 0-1 yıl

2. 2-3 yıl

3. 4-5 yıl

4 6 yıl ve üzeri

7.Kolorektal ameliyat öncesi hastalarınızın açlık süresine yönelik uygulamalarınız nedir?

1. Hastaların kolorektal ameliyat öncesi son birkaç gün içinde sıvı gıda alımının sağlanması ve ameliyattan önceki gece yarısından sonra hastaların aç bırakılması

2. Ameliyattan bir gün önce gece yarısından sonra oral alımın kesilmesi

3. ASHİ Protokolüne göre kolorektal ameliyatlarda; ameliyattan bir gün önce katı gıdalar devam edilmeli, miktarının azaltılması ameliyattan önce (6 saat) hastanın katı gıda alımının durdurulması, ameliyattan önce (2 saat) hastanın oral sıvı alımının sonlandırılması

8.a. Hastalarınıza kolorektal ameliyatları hakkında ameliyat öncesi danışmanlığı kim/kimler vermektedir? (birden fazla yanıt verebilirsiniz)

1. Cerrah

2. Anestezi

3. Hemşire

4. Hepsi

8.b. Hastalarınıza kolorektal ameliyatları hakkında ameliyat öncesi danışmanlığı vermek için harcanan zaman kaç dakika/ saattir?

1. Cerrahın harcadığı zaman.....
2. Hemşirenin harcadığı zaman.....
3. Anesteziistin harcadığı zaman.....

11. Hastalarınız hareketlilik, solunum egzersizleri, gıda alımı vs. ve rehabilitasyon hedefleri gibi cerrahi prensipler ile ilgili ameliyat öncesi bilgilendirme kolorektal ameliyatlarında nasıl yapıyor?

1. Yüz yüze görüşmeyle
2. Yüz yüze görüşme ve broşürle
3. Yüz yüze görüşmeyle broşür ve uygulatarak
4. Multimedya (tv, bilgisayar ile eğitim similasyon odası kullanımı yok)

12. Sizce hastalarınıza kolorektal ameliyat öncesi karbonhidrattan zengin oral sıvı yüklemesi yapılmalı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

13. Servisinizde kaç hastaya kaç hemşire düşmektedir? Oranlayınız

14.a. Servisinizde kolorektal ameliyat geçirerek hastayla yeterli düzeyde ilgilenecek doktor/hemşire bulunması hastalığın iyileşme sürecini etkileyecektir. Servisinizdeki doktorların/hemşirelerin kolorektal ameliyatlarında bakımı yürütmesi için hazırlanmış tedavi ve bakım prosedürleri var mıdır?

1. Evet 2. Hayır

14. b. Cevabınız evetse tedavi ve bakım prosedürleri yazılı mıdır?

1. Evet 2. Hayır

15. a. Kolorektal ameliyatı geçirecek her hastaya antiembolik çorap uyguluyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

15.b. Cevabınız evetse bu çorapların nasıl kullanacağını anlatıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

16. Kolorektal ameliyatı geçirecek her hastaya antiembolik tedavi uygulanıyor mu?

1. Evet 2. Hayır

17. Kolorektal ameliyatı geçirecek her hastaya profilaktik antibiyotik uygulaması yapıyor mu?

- 1.Evet 2. Hayır

18. Kolorektal ameliyatları sonrası hastalarınız ne zaman sıvıları almaya başlıyor (serbest su içme) ?

- 1.Ameliyat günü()
2.Post-op 1. gün ()
3.Doktor isteyince()
4.Barsak sesleri başlayınca()
5.Gaz çıkışı olunca ()
6.Diğer (Belirtiniz).....

19. Kolorektal ameliyatları sonrası hastalarınız ne kadar süre yumuşak oral gıda alıyor?

1. İlk 8 saat içinde ()
2. 24 saatten sonra ()

20. Kolorektal ameliyatları sonrası hastalarınızı ne kadar süre sonra mobilize ediyorsunuz?

1. İlk 8 saat içinde mobilizasyon () 2. İlk 8-24 saat() 3. 24 saatten sonra ()

21. Servisinizde ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) / (Fast Tract Surgery) protokolünü kolorektal ameliyatları sonrası uyguluyor musunuz?

1. Evet Hayır

Ek- 6. İntihal raporu

	T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU	TEZ FORM 2b
---	--	----------------------------

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Mehmet Sabri **Anabilim Dalı** : Hemşirelik
Soyadı : KIRIK **Programı** : Hemşirelik Tezli (Cerrahi Hastalıkları Hem.)
Öğrenci No : 161101019 **Statüsü** : Yüksek Lisans Doktora

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışman Adı Soyadı : Prof. Dr. Arzu TUNA
Tez Adı : Kolorektal Ameliyatlarda Klinik Alanda Ameliyat Öncesi, Sırası Ve Sonrası Uygulamaların ERAS Protokolüne Uygunluğunun Karşılaştırılması

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	<u>Benzerlik Oranı (%)</u>	<u>Tarih</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Öncesi	2	30/07/2018
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sonrası	1	10/08/2018

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 32 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil %1'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

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

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR

İmza

Duygu ALANGİL

Enstitü Sekreteri

10/08/2018

Ek- 7 Özgeçmiş



Adı	MEHMET SABRİ	Soyadı	KIRIK
Doğum Yeri	SİLVAN	Doğum Tarihi	03.08.1989
Uyruğu	T.C.	Telefon	0543 534 17 41
E-mail	desperadosabri@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	-	
Lisans	Diyarbakır Atatürk Sağlık Yüksek Okulu	2012

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1	Hemşirelik	Diyarbakır Memorial Hastanesi- Cerrahi Kliniği	1 YIL
2	Hemşirelik	Dicle Üniversitesi Hastanesi-Hematoloji Kliniği	1 YIL
3	Hemşirlik	Silvan Dr. Yusuf Azizoğlu Devlet hastanesi	4 YIL

Yabancı Dilleri	Girdiği Ulusal Sınav Adı ve Notu	Girdiği Uluslararası Sınav Adı ve Notu

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	78.2	74.2	74.0
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Program Bilgisi	Kullanma Becerisi*
Word,	İyi
Excel,	Orta
Powerpoint,	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

Yayımlar: Kinik alanda ameliyat öncesi sonrası sonrası uygulamalarının ERAS (Enhanced recovery after surgery) protokolüne uygunluğunun karşılaştırılması sözel sunumu.

Güneydoğu'da bir ilde kolorektal ameliyatlarda ERAS (Enhanced recovery after surgery) protokolüne uygulama durumu poster sunumu.

Hobiler: Paraşütle veya yüksekten atlama, bahçe ile uğraşmak.



