



T.C.
BURSA ULUDAĞ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM
DALI



HEMŞİRELERİN AMELİYAT SONRASI
HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME UYGULAMALARINA
İLİŞKİN YAKLAŞIMLARI

TUĞBA AFŞAR

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2020

Tuğba AFŞAR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2020



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



HEMŞİRELERİN AMELİYAT SONRASI HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME UYGULAMALARINA İLİŞKİN YAKLAŞIMLARI

Tuğba AFŞAR

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER

BURSA-2020

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Hemşirelerin Ameliyat Sonrası İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Tuğba Afşar

Tarih ve İmza

16.01.2020






SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora öğrencisi Tuğba AFŞAR tarafından hazırlanan "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" konulu Yüksek Lisans/Doktora tezi .30...../...01...../...2020...günü, .11:00...-.12:00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Adı-Soyadı

İmza

Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Nursel Vartanşev	
Üye	Doç. Dr. Neriman Akcazel	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Zülkyha SİMŞEK YARAN	
Üye		
Üye		

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında alınan numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Gülşah ÇEÇENER
Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

..16...1..01...2020

Adı Soyadı: Tuğba Afşar

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Konusu: Hemşirelerin ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme uygulamalarına ilişkin yaklaşımları.

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER

İmza:



İÇİNDEKİLER

Dış Kapak	
İç Kapak	
ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY.....	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TÜRKÇE ÖZET.....	VII
İNGİLİZCE ÖZET.....	VIII
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. ERAS Bileşenleri	5
2.1.1. Ameliyat Öncesi Bileşenleri	6
2.1.1.1. Ameliyat Öncesi Bilgilendirme ve Danışmanlık	6
2.1.1.2. Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği.....	8
2.1.1.3. Ameliyat Öncesi Açlık ve Karbonhidrat Yükleme.....	8
2.1.1.4. Ameliyat Öncesi Optimizasyon	10
2.1.1.5. Premedikasyon	11
2.1.1.6. Tromboemboli Proflaksisi	11
2.1.1.7. Antimikrobial Proflaksi	12
2.1.1.8. Ameliyat Yerinin Hazırlığı	12
2.1.2. Ameliyat Sırası Bileşenleri	13
2.1.2.1. Anestezi Protokolü	14
2.1.2.2. Cerrahi Kesilerin Seçimi	14
2.1.2.3. Hipotermi'nin Önlenmesi	14
2.1.2.4. Bulantı ve Kusmanın Yönetimi	15

2.1.2.5. Perioperatif Sıvı Yönetimi	16
2.1.2.6. Drenlerin Kullanımı	17
2.1.3. Ameliyat Sonrası Bileşenleri	18
2.1.3.1. Nazogastrik Sonda Kullanımı	18
2.1.3.2. İdrar Katateri	18
2.1.3.3. Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması ve İleusu Önleme	19
2.1.3.4. Ameliyat Sonrası Analjezi	20
2.1.3.5. Erken Beslenme	21
2.1.3.6. Erken Mobilizasyon	21
2.1.3.7. Taburculuk	22
2.1.3.8. Takip ve Sonuçların Denetimi	23
2.2. Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarında Hemşirenin Rolü	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Şekli	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	25
3.4. Verilerin Toplanması	26
3.4.1. Veri Toplama Formu	26
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.6. Araştırmanın Etiği	27
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	38
6. KAYNAKLAR	44
7. KISALTMALAR	48
8. EKLER	49
9. TEŞEKKÜR	68
10. ÖZGEÇMİŞ	69

TÜRKÇE ÖZET

Bu araştırma hemşirelerin ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme uygulamalarına ilişkin yaklaşımlarını belirlemek amacı ile yapıldı. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan bu araştırma 11 Kasım 2019 - 14 Aralık 2019 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Cerrahi Klinikler ve Cerrahi Yoğun Bakımlarda çalışan hemşirelerden dahil etme kriterlerine uygun 160 hemşire ile gerçekleştirildi. Araştırmadaki veriler, ‘Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları’ anketi kullanılarak toplandı. Elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS) 24 Programında; Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, ki-kare testi ve Fisher’in kesin ki-kare testleri kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Çalışmaya katılan hemşirelerin, %87,5’inin (n=140) kadın, %39,4’ünün (n=63) 35 yaşın üzerinde, %89,4’ünün (n=143) lisans mezunu, %55,6’sı (n=89) cerrahi yoğun bakım ünitelerinde, %44,3’ünün (n=71) cerrahi kliniklerde görev yaptığı belirlendi. Araştırmaya katılan hemşirelerin %91,3’ünün (n=146) ERAS protokol uygulamaları hakkında bilgisi olmadığı, %8,8’inin (n=14) bilgisi olduğu ve bu bilgiyi en çok kongrelerden edindikleri tespit edildi.

Çalışmada; hemşireler tarafından “Ağrı Yönetimi” konusunun ortalama %71 düzeyi ile en yüksek bilinirliğe sahip olduğu, ilgili konuyu %68,75 doğru yanıtlanma oranı ile “Takip ve Sonuçların Denetimi”, %67,85 doğru yanıtlanma oranı ile “Erken Mobilizasyon” ve %66,25 doğru yanıtlanma oranı ile “Taburculuk” bileşenlerinin takip ettiği görülmüştür. “Ameliyat öncesi açlık” ve Erken Beslenme” konusuna ait doğru yanıtlanma düzeyinin klinikte görev yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu; “Hipotermi” konusuna ait doğru yanıtlanma düzeyinin ise yoğun bakımda görev yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ERAS protokolü hakkında bilgisi olan hemşirelerin, “Ameliyat Öncesi Açlık” başta olmak üzere, “Erken Beslenme”, “Erken Mobilizasyon”, “Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği” ve “Hipotermi” bileşenlerine ait doğru yanıtlanma düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Elde edilen sonuçlarda; hemşirelerin ERAS protokolleri hakkında bilgi düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: ERAS; Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme; Hemşire; FTS

İNGİLİZCE ÖZET

Approaches of Nurses About Enhanced Recovery After Surgery

Hereby this research has been done in order to define the approaches of nurses about recovery activities after surgery. This research which was descriptive and cross-sectional was carried out between the 11th of November and 14th of December in 2019 with 160 nurses who are working at Bursa University Medical School. Also, the data have been collected within 'Approaches of Nurses about Recovery Activities After Surgery' survey. The collected data has been evaluated with both 'chi-square test' and 'chi-square test' by Fisher. The border of statistical significance was regarded as $p < 0,05$. It has been stated that the %87,5 of nurses (n=140) who have been contributed to survey are women, %39,4 percent (n=63) is older than 35 years old, %89,4 percent has Bachelors' Degree, %55,6 percent (n=89) is working in surgical intensive care section and %44,3 is in surgical clinics. Moreover, it has been found that %91,3 percent (n=146) of the contributor nurses of this research has no information about ERAS protocol applications, yet %8,8 percent of them (n=14) has information about that protocol and they have learnt it mostly at medical congresses.

This research shows that "Pain Management" is the most known issue among nurses(%71). Therefore, "Tracking and Result Check" is the second known topic by nurses(%68,75). "Early Mobilisation"-%67,85 and "Discharge of Patients"-%66,25 are following well known general applications. Also, it has been determined that the level of awareness for both "Preoperative Nutrition" and "Early Nutrition" topics are higher among nurses who work in clinics, however intensive care nurses have much more awareness than other department nurses about "Hypothermia". As a result of this research, it is obvious to see that nurses who have knowledge about ERAS protocol higher consciousness about "Preoperative Nutrition", "Early Nutrition", "Preoperative Bowel Cleaning" and "Hypothermia" issues. Results indicate that nurses have limited knowledge about ERAS protocols.

KeyWords: ERAS; Enhanced Recovery After Surgery; Nurse; FTS

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanlığın var olduğu süreçten bu yana hastalıklarla birlikte cerrahi girişimler de kullanılmaktadır. Cerrahi girişimler geçmişte zor ve tehlikeli bir tedavi şekli olarak yer almışlardır. Geçmişte en son başvurulan tedavi yöntemi olarak kullanılan cerrahi bugün ilk başvurulan tedavi seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır (Aslan, 2009).

Tıp alanındaki gelişmeler, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönem için yapılan çalışmalar birçok eski alışkanlığın sorgulanarak değişmesine neden olmuştur. Günümüzde cerrahi uygulamalar ve anestezi tekniklerindeki gelişmelerle birlikte, ameliyat sürecindeki hasta bakımında geleneksel yaklaşımlar yerini kanıta dayalı uygulamalara bırakmaktadır (Çilingir ve Candaş, 2017; Servet, 2013).

Ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme programları (ASHİ); Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), Fast Track Surgery (FTS) gibi birçok farklı isimle kullanılabilirler. Ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme programları, hemşireler, cerrahlar, anestezi uzmanları, diyetisyenler ve fizyoterapistler arasında hastaların bakımını koordine etmek için işbirliği gerektiren çok disiplinli bir yaklaşımdır. Programların amacı ameliyat öncesi organ fonksiyonlarını korumak ve doku katabolizmasını azaltmak için cerrahi sonrası stres yanıtı azaltarak fizyolojik fonksiyonları korumak ve erken iyileşme sağlamaktır. ERAS programının genel bileşenleri arasında hastanın eğitimi ve hazırlığı, cerrahi stres yanıtını azaltma, ameliyat sonrası fizyolojik işlevi sürdürme, ağrı ve rahatsızlığı en aza indirme ve hastanın bağımsız rollerini teşvik ederek erken taburculuğunun sağlanması vardır (Bozkırlı ve ark., 2012; Gerlitz, 2017; Harlak ve ark., 2008; Sturm ve Cameron, 2009; Temple Oberle ve ark., 2017; Yıldırım, 2017).

Ameliyat sonrası hızlı iyileştirme programları 1990 yıllarında Danimarka'da Henrik Kehlet tarafından başlatılmıştır (Kehlet ve Wilmore, 2008). Kuzey Avrupa'da 2001 yılında beş merkezin (İskoçya, İsveç, Danimarka, Norveç ve Hollanda) katıldığı

ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) çalışma grubu elektif kolon cerrahisi uygulanacak hastalarda cerrahi girişim sonrası iyileşmenin hızlandırılması için bir protokol geliştirmiştir. Avrupalı anestezi uzmanları ve cerrahlar da bu programın çıkışına öncülük etmiş ve bu program dünya çapında yaygınlaşmaya başlamıştır. Geliştirilen bu protokolün amacı ameliyat öncesi organ fonksiyonlarını korumak ve cerrahi sonrası stres yanıtı azaltarak erken iyileşme elde etmektir (Duran, 2019; Gerlitz, 2017; Gündoğdu, 2018; Kankılıç, 2018; Temple Oberle ve ark., 2017).

ERAS protokolü ilk olarak kolorektal cerrahide uygulanmaya başlanmıştır. Daha sonra kalp, toraks, vasküler cerrahi, üroloji ve ortopedi gibi pek çok cerrahi alanda uygulanmaya başlanmış ve başarılı olmuştur. Her ne kadar çeşitli uzmanlıklar ERAS programlarını benimsemiş olsa da, şu anda en çok kolon ve rektal cerrahi alanlarında kullanılmaktadır. Hızlandırılmış iyileşme programlarında kullanılan unsurlar cerrahi üniteler arasında farklılıklar gösterebilir, ancak hasta eğitimi, ameliyat öncesi oral karbonhidratlar, geliştirilmiş anestezi ve ameliyat sonrası analjezik teknikleri, erken oral beslenme ve erken mobilizasyon gibi birçok özelliği ortaktır (Bozkırlı ve ark., 2012; Gerlitz, 2017; Temple Oberle ve ark., 2017).

ERAS programı ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemleri içeren üç ana bileşenden ve bunların alt başlıklarından oluşmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde;

- Hasta eğitimi,
- Optimal sıvı yönetimi,
- Ameliyat öncesi bağırsak hazırlığından kaçınılması,
- Uzun süren açlıktan kaçınılması ve
- Ameliyat öncesi iki saate kadar karbonhidratlı içeceklerin kullanılması,
- Premedikasyon,
- Derin ven trombozu profilaksisi,

Ameliyat sırası dönemde;

- Minimal cerrahi yöntemlerin tercih edilmesi,
- Antimikrobiyal profilaksi,
- Cilt temizliği,
- Standart anestezi protokolü,

- Opioid türü analjezi kullanımının kısıtlanması,
- Hipoterminin önlenmesi,
- İntravenöz sıvı yönetimi;
Ameliyat sonrası dönemde ise;
- Erken oral beslenmenin ve mobilizasyonun sağlanması,
- Ağrı kontrolü,
- Dren ve kataterlerin kullanımının azaltılması,
- Üriner kateterin erken çıkarılması,
- Bulantı kusmanın önlenmesi ve
- Taburculuk basamaklarını içerir.

Hastaneye başvurudan taburculuğa kadar yaşanacak bu süreç başta cerrah ve anestezi uzmanları olmak üzere tüm ekip üyelerini kapsar (Bozkırlı ve ark., 2012; Gerlitz, 2017; Harlak ve ark., 2008; Sturm ve Cameron, 2009; Temple Oberle ve ark., 2017; Yıldırım, 2017).

Bugüne kadar tanımlanan ERAS programlarının başlıca hedefleri cerrahi sonrası hastanede kalış süresini ve komplikasyonları azaltmak, tekrar kabul oranlarını veya maliyeti artırmadan hastaların günlük normal faaliyetlerine dönmelerini hızlandırmaktır. Bu yeni protokolün uygulanmasının ameliyat sonrası dönemde oral gıda alımını kolaylaştırdığı, hızlandırdığı ve hastanede kalış süresini belirgin olarak kısalttığı gözlenmiştir (Bozkırlı ve ark., 2012; Gerlitz, 2017; Harlak ve ark., 2008; Sturm ve Cameron, 2009; Temple Oberle ve ark., 2017; Yıldırım, 2017).

Cerrahi müdahale geçiren hastalara bakım vermek profesyonel hemşirelik mesleğinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Cerrahi hemşireliği ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası hemşirelik bakımını kapsar. Cerrahi sonrası hemşirelik bakımı hasta ve ailesine bütüncül yaklaşım gerektirir. Ameliyat sonrası bakımın amacı, bu dönemde gelişebilecek komplikasyonları önlemek ya da en aza indirmek, komplikasyonları erken fark ederek tedaviye katkı sağlamaktır. Ameliyat sonrası hastanın iyileşme sürecinde önemli role sahip sağlık profesyonellerinden olan cerrahi hemşirelerinin temel amaçlarından birisi bakım ve tedavi uygulamaları ile hastaların hızla iyileşmelerini sağlamaktır (Aslan, 2009).

1.2.Araştırmanın Amacı

Ülkemizde ERAS protokolüne ilişkin çok fazla veri bulunmasına karşın protokolün hemşirelerin rollerini içeren uygulamaları ya da hemşirelikle ilişkisini açıklayan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle hemşirelerin konu ile ilgili çalışmalar yaparak literatüre katkı vermeleri gerekmektedir (Çilingir ve Candaş, 2017; Ersoy ve Gündoğdu, 2007; Hughes ve ark., 2015; Koyuncu ve ark., 2015). Bir sağlık profesyoneli olan hemşirelerin, bu protokollerin uygulanmasında sunabilecekleri en iyi katkı, ERAS konusunda bilgilerini artırarak hemşirelik girişimlerini bu protokol çerçevesinde yürütmeleridir (Harlak ve ark., 2008; Gustafsson ve ark., 2019). ERAS protokollerinin uygulanması ile daha hızlı iyileşme ve kabul edilen yararların sağlanabilmesi, sağlık bakım ekibinin ortak hareket etmesi ve protokole uyumunun sağlanması ile mümkün olabilmektedir. Cerrahi ekibin önemli bir üyesi olan hemşirelerin, ERAS hakkında yaklaşımları belirlenerek hem bu konuda farkındalıklarının artırılması, hem de ERAS konusunda gereksinim duydukları bilgiye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesinin sağlanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, hemşirelerin ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme uygulamalarına yaklaşımlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) protokolü ya da diğer adıyla Hızlandırılmış Cerrahi (Fast Track Surgery, FTS), bakım için standardizasyon sağlamaya, hasta sonuçlarını iyileştirmeye ve genel olarak bakım maliyetlerini düşürmeye yardımcı olan kanıta dayalı protokoller ve kılavuzlar birleştirilerek oluşturulan bir cerrahi programı tanımlamaktadır (Clifford ve ark., 2016).

Hastaneye yatırılan hastalar için ameliyat sonrası iyileşme (ERAS) programları ilk olarak 1990'ların sonunda uygulandı. O dönemde, büyük bir cerrahi operasyon sonrası hastanede yatış süresi yaklaşık 11 gündü, bu oran 2014 yılına kadar üç ile dört güne kadar düştü (Sibbern ve ark., 2017).

Avrupa ülkelerinden sağlık hizmeti sağlayıcıları, yaklaşık 20 yıldır ERAS ile ilgili kavramları uygulamaktadır. Başlangıçta bu ilkeler kolorektal cerrahi geçiren hastalar için Danimarka'daki sağlık hizmetleri tarafından yönlendirilse de, jinekolojik, ortopedik, torasik ve genitoüriner cerrahi gibi diğer cerrahi programlara da uygulanmaktadır (Clifford ve ark., 2016; Sibbern ve ark., 2017).

Uygulanan yöntemler, cerrahiye fizyolojik stres yanıtını azaltan müdahaleler olarak tanımlanmıştır. Geçirilen operasyon sonrası oluşan cerrahi stres yanıtı katabolik hormonlarda artış ve anabolik hormonların bozulması ile karakterizedir. Bu yanıt, vücut hücrelerinin tahrip olmasına neden olabilir. Ameliyat sonrası iyileşme programlarının amacı; cerrahi stres yanıtı azaltarak organ disfonksiyonunu ve morbiditesini azaltmak, iyileşmeyi artırmak, daha kısa hastanede kalış süresi ve daha az ameliyat sonrası komplikasyon oluşmasını sağlamaktır (Clifford ve ark., 2016; Pasero ve Belden, 2006; Sibbern ve ark., 2017).

Bu programlar, hasta eğitimi, ameliyat öncesi karbonhidrat yüklemesi, minimal invaziv cerrahi, anestezi ve analjezi için farmakolojik ajanların dikkatli bir

şekilde seçilmesine bağlı daha az ameliyat sonrası komplikasyon, azalmış cerrahi stres yanıt, ameliyat öncesi ve sonrası optimal ağrı tedavisi, erken beslenme, ameliyat sonrası erken mobilizasyon ve taburculuk planını içerir. Başarılı bir ERAS uygulaması, cerrah, anestezi uzmanı, fizyoterapist, hemşire ve ERAS programına katılmaktan sorumlu diğer tüm personel de dahil olmak üzere cerrahi bakım ekibinin tüm üyelerini içerir (Clifford ve ark., 2016; Sibbern ve ark., 2017).

Klinik başarısı göz önüne alındığında, hasta deneyimleri hakkında bilgi sağlamak için yapılan çalışmalarda ERAS programı ile ilgili yüksek düzeyde bir memnuniyet bildirilmiştir (Archer ve Montague., 2014; Gillis ve ark., 2017; Short ve ark., 2016; Sibbern ve ark., 2017).

ERAS programlarına katılan hastaların taburculuk sonrası geri dönüş oranları artmadan genel morbidite oranlarının azaldığı ve hastanede kalış sürelerinin kısaldığı görülmüştür. ERAS programlarının diğer faydaları arasında ameliyat sonrası erken dönemde gelişebilen fiziksel ve psikolojik işlevleri etkileyebilecek ağrı, yorgunluk ve organ disfonksiyonu gibi komplikasyonların önemli ölçüde azalması da yer alır (Sibbern ve ark., 2017).

Mevcut hizmetlerin; ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası desteğinin hasta ihtiyaçlarını karşılamadığı belgelenmiştir. Bu nitel bulgulara rağmen, ameliyat öncesi ve sonrası destekleyici rehberlerde çok az değişiklik olmuştur (Gillis ve ark., 2017).

2.1.ERAS Bileşenleri

ERAS protokolü; ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemleri içeren bileşenlerden oluşmaktadır:

Ameliyat Öncesi Bileşenler

Ameliyat Öncesi Bilgilendirme ve Danışmanlık

Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği

Ameliyat Öncesi Açlık ve Karbonhidrat Yükleme

Ameliyat Öncesi Optimizasyon

Premedikasyon

Tromboemboli Profilaksisi

Antimikrobial Proflaksi
Ameliyat Yerinin Hazırlığı

Ameliyat Sırası Bileşenler

Anestezi Protokolü
Cerrahi Kesilerin Seçimi
Hipoterminin Önlenmesi
Bulantı ve Kusmanın Yönetimi
Perioperatif Sıvı Yönetimi
Drenlerin Kullanımı

Ameliyat Sonrası Bileşenler

Nazogastrik Sonda Kullanımı
İdrar Katateri
Kan Şekeri Yönetimi
Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması ve İleusu Önleme
Ameliyat Sonrası Analjezi
Erken Beslenme
Erken Mobilizasyon
Taburculuk
Takip ve Sonuçların Denetimi
ERAS Türkiye Derneği; <http://eras.org.tr/> (05.01.2020).

2.1.1. Ameliyat Öncesi Bileşenleri

2.1.1.1. Ameliyat Öncesi Bilgilendirme ve Danışmanlık

Ameliyat öncesi yeterince bilgiye sahip olmayan hastalar mutlaka endişe yaşayacaklardır. Ameliyat öncesi hasta eğitimi ve danışmanlık, hastanın endişesini azaltır, iyileşme sürecini hızlandırır ve hastanede kalış süresini kısaltır. Bu nedenle hasta cerrahi öncesi mutlaka yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmelidir. Bilgilendirme görevi tüm sağlık ekibini kapsamalıdır. Bilgilendirme işlemi hastanın tüm süreçlerinde devam etmelidir. Bu bilgilendirme hastanın hastanede kalış süresi boyunca yaşayacakları hakkında detayları içermelidir (Akpolat, 2018; Kırık, 2018; Öndeş, 2012; Yıldırım, 2017).

Hastaların ameliyat öncesinde bilgilendirilmesi gereken konular;

- Hastaya mevcut sağlık/hastalık durumu ve yapılacak cerrahi işlemle ilgili bilgi verilmelidir.
- ERAS'ın ne olduğu, hangi konu ve uygulamaları kapsadığı, kanıtlanmış faydaları hakkında bilgi verilmelidir.
- Süreç boyunca hastanın hangi aşamalardan geçeceği ve bu aşamalarda ERAS protokollerine dayanılarak hastadan neler yapması ve yapmaması isteneceği gerekçeleriyle açıklanmalıdır.
- Taburculuk gerektiren konular hakkında bilgilendirilmelidir.
- Ameliyat sonrası dönemde uygulanacak erken mobilizasyon, erken beslenme ve solunum egzersizlerine erken dönemde başlanması gerektiği anlaşılır ve ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır.
- Hastaların bu süreçte kendi sorumluluklarını alabilmeleri için başarabilecekleri ölçüde günlük görevler verilmelidir (Akpolat, 2018; Öndeş, 2012).

Hastaya bilgi verilirken; bilginin hastaya uygun olan yolla verildiğine (yazılı, görsel, sözel, resim, video, broşür.. gibi) ve hastanın verilen bilgiyi anladığına dikkat edilmesi gerekir. Gerekli durumlarda hastalara ameliyat sonrası yapması gereken uygulamalar (solunum egzersizleri, yatak içi egzersizleri.. gibi) ameliyat öncesi dönemde öğretilip uygulamaları, alıştırmaları sağlanabilir. Verilen eğitimlere hasta ve yakınlarının aktif olarak katılımları sağlanmalıdır. Çünkü ERAS protokolleri sadece sağlık çalışanlarının değil hasta ve yakınlarının da tam bir uyum içerisinde katılımıyla başarıyla uygulanabilmektedir. Burada önemli nokta hastanın sadece pasif olarak bilgilendirilmesi değil, tüm süreçte yükleneceği rolün anlatılmasıdır. Hasta iyileşme sürecinde aktif olarak rol alacağını bilmelidir. Böylece hasta olayın bir parçası olacak ve iyilik halinin önemli bir belirleyicisi olan anksiyeteyi daha az oranda yaşayacaktır. Hastanın ameliyat öncesi bilgilendirme ve eğitiminin ameliyat sonrası komplikasyonları azalttığı, hastaların memnuniyetini artırdığını, anksiyeteyi hafiflettiği, analjezik gereksinimini ve hastanede kalış süresini azalttığı görülmektedir (Akpolat, 2018; Kırık, 2018; Öndeş, 2012; Yıldırım, 2017).

2.1.1.2. Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği

Yapılan çalışmalar ve analizler sonucunda bağırsak temizliği yapılan hastalarda yapılmayan hastalara oranla daha fazla sıvı elektrolit kaybı gözlemlendiği, bağırsak hazırlığı yapılan hastaların, toplam vücut sıvılarınının 2 litreye kadarını kaybettikleri kaydedilmiştir (Duran Yakar, 2019; Kankılıç, 2018).

Son dönemlerde yapılan çalışmalar kolon cerrahisi öncesi anastomoz kaçaklarını önlemek için uygulanan barsak temizliğinin azaltmak yerine anlamlı oranda arttırdığı, özellikle yaşlı hastalarda ciddi sıvı elektrolit dengesizliklerine yol açtığı tespit edilmiştir. Bu sebeple kolonoskopi uygulanacak hastalar haricinde bağırsak temizliği yapılmamalıdır (Bayar ve ark., 2013; Büyükyılmaz ve Şendir, 2009; Erdem, 2018).

Ameliyat öncesi bağırsak temizliğinden kaçınılarak, hastaların dehidratasyon ve elektrolit dengesizliklerinden korunması sağlanır (Duran Yakar, 2019).

2.1.1.3. Ameliyat Öncesi Açlık ve Karbonhidrat Yükleme

Anestezi sırasında mide içeriğinin aspire edilmesini önlemek amacıyla gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey almama kuralı ortaya çıkarılmış ve bu durum gelenekselleşerek günümüze kadar taşınmıştır. Fakat uzun süreli açlığın bazı olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Özellikle, 12 saatlik bir açlık periyodu, vücudun metabolik açlık durumuna geçmesine neden olur. Bu durum, ameliyat sonrası dönemde yüksek enerji taleplerini karşılamak için harekete geçirilen karaciğer glikojen depolarının tükenmesine, glikoz metabolizmasının bozulmasına ve insülin direncinin artmasına neden olmaktadır (Çelik ve ark., 2013; Ersoy ve Gündoğdu, 2007; Yıldırım, 2017).

Gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey almama durumunda aspirasyon, regürjitasyon veya ilişkili morbidite riskinin azaldığına dair kanıt bulunamamıştır (Yıldırım, 2017). Ülkemizde Dolgun ve ark.'nın (2011) yapmış oldukları "Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Aç Kalma Sürelerinin İncelenmesi" adlı tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan çalışmada hastaların ameliyat öncesi aç kalma süresi ortalama 13,53

saat ve sıvı kısıtlama süreleri ortalama 12,21 saat olarak bulunmuştur (Dolgun ve ark., 2011).

Günümüzde geçerli olan uygulama ameliyattan altı saat öncesine kadar katı, iki saat öncesine kadar berrak sıvı gıdaların alımına izin verilmesidir. Bunun yanı sıra ameliyattan önceki gece yarısına kadar 800 ml, 2-3saat öncesinde de 400 ml karbonhidrattan zengin sıvı gıda verilmesinin ameliyat sonrası iyilik halini arttırdığı, bulantı-kusmayı, insülin direncini azalttığı ve hastanede kalış süresini de anlamlı oranda kısalttığı tespit edilmiştir (Demirhan ve Pınar, 2014; Erdem, 2018; Ersoy ve Gündoğdu, 2007; Yıldırım, 2017).

Tablo 1. Amerika Anestezi Birliği Ameliyat Öncesi Açlık Süresi Önerileri / 'American Society of Anesthesiologists' e göre preoperatif açlık tavsiyeleri

Besin Türü	Açlık Süresi
Berrak sıvılar*	2
Anne sütü	4
Hayvansal sütler ve bebek Maması	6
Hafif yemekler**	6
Kızarmış gıdalar, yağlı yiyecekler ve et	8 veya daha fazla saat gerekebilir.

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

** Yağdan fakir yiyecekler, çay, kahve

(American Society of Anesthesiologists Committee Guideline , 2017)

Karbonhidrat yüklemesi, ameliyattan önceki gece ve ameliyattan 3 saat önce karbonhidratlı içeceklerin uygulanması şeklinde yapılır. Bu içecekler, berrak bir sıvı içinde asılı yoğun kompleks karbonhidratlardan oluşur ve mideden 30 dakika içinde boşaltılmaktadır. Ameliyattan 2-3 saat önce verilen içeceğin dört yüz mililitresinin, insülin direncini azalttığı gösterilmiştir. Hasta kaygıları, susuzluk ve açlıkta azalma gibi yararları da bulunmaktadır (Erdem, 2018; Öndeş, 2012; Yıldırım, 2017).

Yapılan çalışmalarda 400ml sıvı uygulanmasının entübasyon süresince aspirasyon riskini artırmadığı tespit edilmiştir. Bu sıvıların açlık ve susuzluk hissini azalttıkları ve bazı hastalarda bu uygulamanın anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir (Öndeş, 2012).

2.1.1.4. Ameliyat Öncesi Optimizasyon

Cerrahi öncesi hastanın mevcut durumu iyi değerlendirmelidir. Hastanın alışkanlıkları, sigara, alkol varlığı, kullandığı ilaçları, eş zamanlı hastalıkları bilinmeli ve hastaya bu konularla ilgili gerekli bilgiler verilmelidir. Amaç; kalp hastalığı, akciğer hastalığı, böbrek hastalığı, hipertansiyon, diyabet, anemi ve malnütrisyon gibi sistemik hastalıkların düzeltilmesini ve aşırı alkol ve sigara kullanımının kesilmesini sağlamaktır (Duran, 2019).

Hastaların sigara ve alkolü cerrahiden dört hafta önce bırakılmaları önerilir. Alkol kullanan hastalar yara yeri iyileşmesi, kardiyopulmoner fonksiyonlar ve kanama açısından büyük riskler taşır ve bu hastaların mortalite oranı iki üç kat artmaktadır. Sigara kullanan hastalarda ise pulmoner fonksiyon ve yara yeri komplikasyonları daha fazla görülmektedir. Sigara ve alkol kullanımının terkedilmesinin metabolik stres yanıtı azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca sigaranın ameliyat öncesi erken dönemde bırakılması, ameliyat sonrası solunum yolu komplikasyonlarının gelişme riskini de azaltır. Ancak sigaranın pulmoner etkileri, sigaranın bırakılmasından sonraki dört hafta içinde düzelebilmektedir (Akpolat, 2018; Tuna ve Kurşun., 2018; Yıldırım, 2017).

Hastanın ameliyat öncesi albümin düzeyi ameliyat sonrası dönemini etkileyebilmektedir. Anemi varlığı hastanın cerrahi müdahalesinden önce tespit edilerek tedavi edilmelidir. Ameliyat öncesi dönemde aneminin tedavi edilmesinin (demir eksikliğinde demir replasmanı yapılması gibi) transfüzyon ihtiyacını ve buna bağlı olarak ameliyat sonrası morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir (Akpolat, 2018; Yıldırım, 2017).

Benzer şekilde tansiyon ve kan glukoz düzeylerinin normal sınırlarda tutulması da iyileşmeyi hızlandırır. Obezite varlığında ise ameliyat öncesi yeterli zaman mevcutsa egzersiz ve diyet programı uygulanarak ameliyat öncesi rehabilitasyon yapılabilir (Akpolat, 2018).

2.1.1.5. Premedikasyon

Ameliyat öncesi dönemde hastaların anksiyetelerini gidermek amacıyla anksiyolitik ajanlar verilebilmektedir. Fakat bu uygulamaların ameliyat sonrası sedasyon ihtiyacını arttırdığı, ameliyattan sonra hastanın ağrısında bir değişiklik yapmazken iyilik halinde azalma meydana getirdiği tespit edilmiştir. Premedikasyon yapılan hastalarda ameliyat sonrası oral alımın, mobilitenin ve bunlara bağlı olarak iyileşmenin gecikmesi nedeniyle ERAS protokolünde premedikasyon önerilmemektedir (Akpolat, 2018; Erdem 2018).

Yapılan bir çalışmada anestezi uzmanının, cerrahi işlem öncesi hasta tarafından seçilen müzik ve çeşitli ilaçsız müdahalelerle hastanın ameliyat öncesi kaygı düzeyini azaltmada önemli etki sağladığı görülmüştür (Kırık, 2018).

2.1.1.6. Tromboemboli Profilaksisi

Tromboemboli oluşumunu sağlayan en önemli sebepler; derin ven trombozu (DVT) öyküsü, kardiyovasküler hastalıklar, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve ameliyat sonrası hareketsizlik olarak belirlenmiştir. Bu sebeple ameliyat öncesi dönemden itibaren günlük tek doz düşük molekül ağırlıklı heparin verilmesinin ve tromboemboli önleyici basınçlı çorapların kullanımının rutin uygulanması gerekmektedir. Ancak düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi uygulanırken dikkatli olunması gereken hasta grupları vardır. Kronik karaciğer hastalığı olan veya böbrek fonksiyon bozukluğu olan yaşlı hastalarda kanama riski açısından dikkatli olunmalıdır (Akpolat, 2018; Kırık, 2018; Tuna ve Kurşun, 2018).

DVT için risk faktörleri olan kızarıklık, şişlik, sıcaklık, hassasiyet ve ağrı değerlendirmesi çoraplar giydirilmeden önce yapılmalıdır. Hastanın ölçülerine uygun olan çorap seçilmeli, hasta çorabı sırt üstü yatarken giymelidir. Eğer oturuyorsa ayaklar 15 dakika yükseltildikten sonra çoraplar giydirilmelidir (Tuna ve Kurşun, 2018).

Derin ven trombozu ameliyat komplikasyonlarının en önemlilerinden biridir. Derin ven trombozu; oluşan kan pıhtılarının yol açtığı inme veya akciğer embolisi gibi diğer sistemik sorunlara neden olabilir. Bu nedenle pıhtılaşmayı engelleyen

(antikoagülan) ilaçlar subkutan, intravenöz veya oral yolla uygulanmalıdır (Kırık, 2018).

2.1.1.7. Antimikrobiale Profilaksi

Ameliyat sonrası yara yerini enfeksiyonlardan korumak ve gelişebilecek enfeksiyonları azaltmak için tek doz antibiyotik uygulanır. Yapılan incelemelerde antimikrobiyal profilaksi uygulamasının cerrahi alan enfeksiyonlarını azalttığı tespit edilmiştir. Aerop ve anaerop etkenlere karşı etkili olan, tek doz intravenöz antibiyotik cerrahi kesiden yaklaşık 30-60 dk önce yapılmalıdır. Operasyonun 3-4 saatten daha uzun sürdüğü veya kan kaybının 1500 ml'den fazla olduğu durumlarda ilacın yarılanma ömrüne bağlı olarak ek doz uygulanabilir. Seçilen antibiyotik yerleşik enfeksiyonların tedavisi için tercih edilen ilaçlardan farklı olmalıdır. Kullanılacak antibiyotikler, aerobik ve anaerobik bakterileri kapsamalıdır. Standart antibiyotikler aerobik ve anaerobik bakterileri kapsayan metronidazol ile birlikte bir sefalosporin içerir. Düşük maliyetli olması ve geniş spektrumlu olması nedeniyle en sık kullanılan antibiyotik grubu sefalosporinlerdir (Dağıstanlı ve ark., 2018, Duran Yakar, 2019; Kırık, 2018). 2014 yılında yayınlanan bir *Cochrane* incelemesinde kolorektal cerrahi öncesi antibiyotik profilaksisinin zorunlu kullanımının, cerrahi alan enfeksiyonlarını %39'dan %13'e düşürdüğü bildirilmiştir (Duran Yakar, 2019).

2.1.1.8. Ameliyat Yerinin Hazırlığı

Yara yeri enfeksiyonlarını önlemek için cerrahi öncesi cilt hazırlığı yapılmaktadır. Cilt hazırlığında kullanılan ürünleri karşılaştıran bir çalışmada klorheksidin-alkol kullanılan kişilerde cerrahi alan enfeksiyonu gelişme riskinin povidon-iyot kullanılan kişilere göre %40 daha düşük olduğu gösterilmiştir (Darouiche ve ark., 2010). Bununla beraber diatermi kullanılacak hastalarda, alkol bazlı deri solüsyonlarının yanık hasarı oluşturma ihtimalleri vardır. Antiseptik duş, rutin traş ve yapışkan bantların kullanımı ile ilgili kanıtlar ise yetersiz düzeydedir. Kıl temizliği yapılması gerekiyorsa kılların koparılarak uzaklaştırılması, traş edilmesine göre daha az enfeksiyon riski oluşturmaktadır. Sonuç olarak ameliyat öncesi dönemde klorheksidin

gibi alkol bazlı solüsyonlar ile yapılan cilt hazırlığından sonra cerrahi alan enfeksiyonlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Dağıstanlı ve ark., 2018; Kırık, 2018).

2.1.2. Ameliyat Sırası Bileşenleri

2.1.2.1. Anestezi Protokolü

Anestezinin amacı cerrahi işlem süresince hastanın ağrı duymasını engellemektir. Lokal veya genel anestezi yöntemi kullanılabilir. ASHİ uygulamaları hastanın cerrahi girişime olan korku ve endişesini azaltmaya yöneliktir (Duran Yakar, 2019).

Hızlandırılmış iyileşmede daha kısa genel anestezi süresi, minimal opioid kullanımı ve anestezi ilaç kullanımı gibi bazı strateji ve yeni anestezi teknikleri hastaların erken ekstübasyonunu sağlamaktadır (Koyuncu ve ark., 2015).

Ameliyat sonrası dönemde daha hızlı iyileşme sağladığı için uzun etkili opioidlerden kaçınılarak hızlı uyanmayı sağlayan standart kısa etkili inhalasyon anesteziplerinin kullanılması önerilmektedir (Erdem, 2018; Kabataş ve ark., 2018).

Ameliyat boyunca genel anesteziye ek olarak rejyonel anestezi blokunun da kullanılması, ameliyat sonrası dönemde opioid kullanımını azaltır. Anesteziden erken uyanmayı sağlar, ameliyat günü erken oral alım ve erken mobilizasyonu kolaylaştırır. Açık cerrahide; yüksek epidural analjezinin, ağrı, ameliyat sonrası bulantı kusma ve diğer komplikasyonlar da dâhil birçok sonuçta opioid bazlı alternatiflerinden daha iyi sonuçlar verdiği görülmüştür. Rejyonel blok uygulanması, stres yanıtını da azaltarak, insülin rezistansının azalmasını (hipergliseminin ana mekanizması) sağlamaktadır. Hiperglisemi, ameliyat sonrası komplikasyonlarda artışa neden olacağı için glukoz takibi önemlidir. Yaşlı hastalar için derin anesteziplerin daha riskli olduğu ve ameliyat sonrası karşılaşılan sorunlarda artışa neden olduğu bilinmektedir. Bu hastalarda anestezi derinliğini minimumda tutmak için bispectral indeks (BIS <30) monitörizasyonu kullanılabilir (Dağıstanlı ve ark., 2018).

2.1.2.2. Cerrahi Kesilerin Seçimi

Ameliyat sırasında bozulan doku bütünlüğünün sağlanması ve meydana gelen kanamaların kontrolü amacıyla ameliyat sırasındaki kesi seçimleri önem taşımaktadır. Kesi yöntemine karar verirken ameliyatın yeri ve anatomik bölgesine uygun seçim yapılmalıdır. Ameliyat sırasında yapılan kontrollü kesilerle bozulan doku bütünlüğünün en kısa sürede sağlanması amaçlanmaktadır. Bu nedenle seçilen ameliyat kesileri sadece ameliyat sırasındaki süreç düşünülerek değil hastanın ameliyat sonrası konforu da göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. ASHİ protokolüne göre hasta bütünlüğü düşünülerek uygulanacak cerrahiye uygun en küçük kesi seçilmelidir (Kırık, 2018).

Son yıllarda minimal invaziv yaklaşım için sık uygulanmaya başlanan laparoskopik cerrahinin; pulmoner fonksiyonlar, ağrı yönetimi, kan kaybının azaltılması ve ileusun önlenmesi gibi konularda açık cerrahiden daha iyi sonuçlar verdiği, iyileşmeyi hızlandırarak taburculuk süresini kısalttığı ortaya konmuştur. Laparoskopik cerrahi dışında minimal invaziv teknik olarak; robotik cerrahi, tek insizyonlu laparoskopik cerrahi ve el yardımcı laparoskopik cerrahi gibi yöntemler de uygulanmaya başlanmıştır. Ancak bu yöntemlerle laparoskopik cerrahinin birbirine üstünlüğü henüz netlik kazanmamıştır (Akpolat, 2018).

2.1.2.3. Hipoterminin Önlenmesi

Hipotermi, vücut merkezi sıcaklığının 36°C altına düşmesi durumudur. Hastalarda farklı nedenlerle; ısı üretiminin azalması, ısı kaybının artması ya da termoregulasyonun bozulması gibi durumlar hipotermi gelişmesine yol açar (Demirarslan, 2017; Yüksel ve Uğraş, 2016).

Hipotermi; yara iyileşmesinde gecikme, cerrahi alan enfeksiyonu, kanama, kardiyak sorunlar, hasta konforunda bozulma, hastanede kalış süresinde uzama ve yaşam kaybı gibi ciddi komplikasyonlara ve sorunlara neden olabilir. Hafif hipotermi birçok ilacın biyoyararlılığını değiştirir, narkotik ve nöromusküler bloke edici ajanların metabolizmasını azaltır. Hipoterminin, serebral iskemiye hipoksiden korumak gibi bazı faydaları vardır (Koyuncu ve ark., 2015). Bu nedenle, kontrollü

hipotermi oluşturulan bazı cerrahi girişimler veya patolojik durumlar dışında hipotermi, cerrahi hastasında önlenmesi gereken bir sorundur. Hipotermi geliştikten sonra normoterminin tekrar sağlanması, yaklaşık 2-5 saat gerektirdiğinden, hipotermi olmadan önlenmesi önemlidir (Yüksel ve Uğraş, 2016).

Ameliyat sonrası ve sonrası dönemde normoterminin sürdürülmesi, taburculuk süresini %40'a kadar kısaltmakta ve cerrahi alan enfeksiyonu riskini %64'e kadar azaltmaktadır (Hooven K., 2011). Hipotermi gelişmesini önlemek ve normotermiyi sürdürmek için pasif izolasyon, aktif eksternal ısıtma sistemleri ve internal ısıtma yöntemleri kullanılmaktadır. Pasif ısıtma yöntemleri, hastanın vücudunu örterek vücut ısısını korumaya yönelik uygulamalardır. Bu nedenle genellikle battaniyeler üzerine çalışmalar yapılmış, yapılan çalışmalarda da sıklıkla pamuklu battaniye kullanıldığı tespit edilmiştir. Pasif ısıtma yöntemlerinden pamuklu battaniyelerin vücut ısısını koruyabilmeleri fakat arttıramamaları nedeniyle aktif ısıtma yöntemleri ile birlikte kullanılmaları önerilmektedir (Demirarslan, 2017).

Yapılan çalışmalarda anestezi sonrası yoğun bakım ünitelerinde, pasif ısıtma yöntemi olarak pamuklu malzemeler ve aktif ısıtma yöntemi olarak sıcak hava fanları kullanıldığı görülmektedir. Aktif ısıtma yöntemleri kullanılmasına rağmen normoterminin sağlanması 15-60dk sürebilmekte ve yaş ilerledikçe bu süre uzamaktadır (Demirarslan, 2017).

2.1.2.4. Bulantı ve Kusmanın Yönetimi

Postoperatif bulantı kusma (POBK), cerrahinin ve anestezinin ortak komplikasyonudur. Bulantı ve kusma; erken enteral beslenmeyi geciktirerek normal diyete geçişi zorlaştırır, sebep olduğu huzursuzluk nedeniyle hastanın stresini artırır, taburculuk süresinin uzamasına ve hasta maliyetinin artmasına neden olur (Akpolat, 2018; Öndeş,2012).

Alınan önlemlerin arttırılmasıyla POBK insidansında azalmalar görülmekle birlikte, anestezi sonrası bakım ünitesinde bulunan hastalarda görülme sıklığı hala %30 gibi yüksek bir orana sahiptir ve risk faktörünün mevcut olduğu durumlarda bu oran %80'e kadar çıkmaktadır. Bu nedenle POBK'ı oluşmadan önlemek, tedavi etmek

kadar önemlidir. POBK gelişme ihtimaline karşı risk faktörlerini belirlemek için farklı skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Apfel ve arkadaşları POBK profilaksisi için 4 bileşenden oluşan skorlama sistemi geliştirmişlerdir. Bunlar; kadın cinsiyet, sigara içmeme, ameliyat sonrası opioid kullanımı, taşıt tutması veya POBK öyküsüdür. Bu risk faktörlerinden 0, 1, 2, 3 ve 4'ü mevcutsa POBK görülme riski sırasıyla %10, %21, %39, %61 ve %79 oranındadır (Akpolat, 2018).

POBK için; 50 yaşın altında olmak, immobilitate, obezite ve laparoskopik cerrahi geçirmiş olmak risk artışına neden olan faktörlerdendir. Rejyonel anestezi tercih edilmesi ve propofol kullanımı, preoperatif dönemde minimal açlık ve karbonhidrat yüklemesi riski azaltır. Yüksek riskli hastalar için kullanılan en yaygın yöntem; anestezi sırasında deksametazon ve anesteziden uyanmadan önce ondansetron verilmesidir. Glukokortikoid olan deksametazon, bulantı ve kusma riskini azaltmasının yanı sıra doku ödemi de azaltır ve hafif analjezik etkisi de mevcuttur. Ondansetron ise yeni geliştirilmiş ajanlardandır. Ağrılar üzerindeki etkinliği yüksektir. Yapılan çalışmalarda POBK'nın önlenmesinde en olumlu sonuçların; profilakside en az 3 ve üzeri antiemetik kullanımıyla sağlandığı görülmüştür. Bulantı ve kusmanın engellenmesi için yeterli sıvı alımını sağlama, perioperatif opioid kullanımını en aza indirme, nitroz oksitten ve uçucu anestetiklerden kaçınma, farklı tiplerde antiemetik (droperidol, antiserotonerjik) ilaç kullanma, uygun analjezi, erken mobilizasyon, minimal invaziv cerrahi yaklaşımı gibi stratejiler denenmelidir (Akpolat, 2018; Öndeş, 2012).

2.1.2.5.Perioperatif Sıvı Yönetimi

Intravenöz sıvı tedavisinin amacı, intravasküler hacmi, kardiyak outputu ve doku perfüzyonunu korumak için; perioperatif sıvı dengesini sürdürmek ve ekstrasellüler alana sıvı kaçışını azaltmaktır. Hipovolemi ile ilişkili durumlar kardiyak outputun azalması, dokulara oksijen dağılımının azalması, organ disfonksiyon ve yaralanmalarının oluşmasıdır. Hipervoleminin de olumsuz sonuçları olabileceği için fazla sıvı elektrolit yüklemesinden kaçınılmalıdır. Yapılan fazla sıvı yüklemesi normal gastrointestinal fonksiyonun düzenli hale gelmesini geciktirebilir, ameliyat sonrası yara yeri iyileşmesini geciktirebilir, doku oksijenlenmesini etkileyebilir, pulmoner

ödeme neden olan interstisyel aralığa sıvı geçişine ve bağırsak fonksiyonunun dönüşünü geciktiren bağırsak duvarı ödeme neden olabilir (Duran Yakar, 2019; Kırık, 2018; Yıldırım, 2017).

Hastalara ameliyat sırasında sıvı dengesini sağlamak için günlük 1,5-2,5 litre bir sıvı yüklemesi ya da 1-4 ml/kg/saat oranında kristaloid solüsyon verilir. Arteriyel hipotansiyon varlığında intravenöz sıvı yüklemeleri ile volüm düzeltilemediğinde vazopressör ajanlarla müdahale edilmelidir. Yeterli oksijen dağılımını sağlamak için kardiyak kontraktilesi düşük olan hastalarda inotropolar kullanılmalıdır (Duran Yakar, 2019).

ASHİ protokolüne göre ameliyat öncesi intravenöz sıvı yüklemesi protokolü, hastayı dehidrate bırakmayacak şekilde sıvı ihtiyacının karşılanması şeklinde uygulandığında hastaların morbidite ve hastanede kalış süresini azalttığı görülmüştür. Hastanın ameliyat sonrası erken dönemde oral sıvı almaya başlamasını sağlamak fazla intravenöz sıvı yüklemesinden korur. Hastalar ameliyat sonrası ilk gün oral sıvı almaya çalışmalıdırlar. ASHİ protokolüne göre ameliyat sonrası ilk 2 saat içinde hastaya oral sıvılar başlanmalı, oral sıvı alımı artıkça paranteral ve intravenöz sıvı alımı azaltılmalıdır (Duran Yakar, 2019; Kırık, 2018; Yıldırım, 2017).

2.1.2.6. Drenlerin Kullanımı

Drenler, cerrahi sonrası birikimin ve olası bir anostomatik kaçağın drenajı için kullanılır. ERAS derneğinin yayınladığı rehberde hastanın mobilizasyonunu bozduğu ve rahatsızlık hissi verdiği için hastalara düzenli dren takılması önerilmemektedir (American Society of Anesthesiologists Committee, 2017). Seçilen drenler ameliyatlara özgü olmalı drenlerden seçici bir şekilde yararlanılmalıdır. Drenler rutin olarak kullanılmamalıdır. Takılan drenler ameliyat sonrası fiziksel bir engel oluşturup mobilizasyonu engeller ve ağrı kontrolünü, hastanın ağrıyla başedebilme durumunu zorlaştırır (Kırık, 2018; Öndeş, 2012).

2.1.3. Ameliyat Sonrası Bileşenleri

2.1.3.1. Nazogastrik Sonda Kullanımı

Nazogastrik sonda, ameliyat sonrası dönemde gastrik distansiyon ve kusmayı azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalar nazogastrik sondanın rutin kullanımının birçok olumsuz etkisinin olduğunu; sondanın varlığının erken enteral beslenmeyi geciktirdiğini, erken mobilizasyona engel olduğunu, pnömoni gibi pulmoner komplikasyonların gelişme riskini arttırdığını, gastrik boşaltımı geciktirerek bulantı ve kusma olasılığını arttırdığını ve hastalar için rahatsızlık verici olduğunu ortaya koymuştur. Nazogastrik sonda uygulanmayan hastaların oral beslenme tolerasyonunun daha iyi olduğu, bağırsak fonksiyonlarının erken döndüğü, farengolarenjit, pulmoner komplikasyonların azaldığı, hastanede yatış süresinin kısaldığı, nazogastrik sonda uygulananlarda ise oral alımın gereksiz yere geciktiği ortaya konmuştur. Nazogastrik sonda, gerekli durumlarda cerrahi sırasında yerleştirilirse de hasta uyandırılmadan önce çıkarılmalıdır (Akpolat, 2018; Demirhan ve Pınar, 2014; Duran Yakar, 2019; Öndeş, 2012).

2.1.3.2. İdrar katateri

İdrar katateri, ameliyat sırası dönemde mesanenin boşaltılması ve idrar çıkışının takibi için majör cerrahilerde rutin olarak kullanılmaktadır. Fakat katater varlığı idrar yolu enfeksiyonlarına yol açabilmekte ve mobilizasyonu güçleştirebilmektedir, kataterin uzun süre kalması ise bu risklerin artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle idrar sondasının ameliyat sonrası erken dönemde çıkarılması önerilmektedir (Zaouter ve Kaneva, 2009). Çıkarılma zamanı hastaya ait durumlara ve ameliyat türüne göre farklılık gösterebilir. Yapılan tüm çalışmaların sonucunda üriner kateterin cerrahiden 6 saat sonra çıkartılması, erken veya geç çıkarılmasından daha avantajlı bulunmuştur. ERAS protokolleri cerrahiden sonraki 24 saat içinde üriner kateterin çıkarılmasını ve bazı durumlarda daha erken çıkarılmasını savunmaktadır (Watt ve McSorley, 2015). Yapılan çalışmalarda 2 günden daha uzun süre idrar sondası kullanımının üriner enfeksiyon oranını 2 kat arttırdığı, ürosepsis oluşmasına neden olabildiği tespit edilmiştir (Basse ve Werner, 2000). Torakal epidural kateterin varlığının, idrar

retansiyon riskini arttırdığı düşünülerek idrar sondası hastalarda uzun süre kalmaktaydı. Çalışmalar epidural kateteri olan hastalarla, olmayan hastalar arasında idrar retansiyonu gelişme riski açısından fark olmadığını göstermiştir (Akpolat, 2018; Yıldırım, 2017).

2.1.3.3. Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması ve İleusu Önleme

Ameliyat sonrası erken dönemde gastrointestinal motilitenin uyarılması ve daha da önemlisi motilitayı olumsuz etkileyecek ajanların kullanımından kaçınılması erken enteral beslenmenin sağlanabilmesi için önemlidir. Ameliyat sonrası bağırsakların boşalmasının gecikmesini önlemek için ileusu (tıkanıklığı) önlemek gerekmektedir (Kırık, 2018).

Ameliyat sonrası ileus gelişmesini önlemek için; opioid kullanımından kaçınılarak epidural analjeziyi tercih etmek, sıvı yüklemesinden kaçınmak, sakız çiğnemek, yeterli cerrahi tecrübe varsa laparoskopi gibi minimal invaziv cerrahi teknikleri uygulamak, nazogastrik sonda kullanımından kaçınılıp erken enteral beslenmeye geçmek gibi koruyucu yöntemler uygulanabilir. Opioid kullanımından kaçınılmasının sebebi; opioidlerin oral beslenmeyi geciktirmesi ve hareketliliği olumsuz etkilemesidir. Laparoskopik olarak yapılan ameliyatların açık ameliyatlara karşılaştırılması yapıldığında bağırsak hareketlerinin daha hızlı geri dönüşüne ve oral beslenmeye erken başlanmasına sebep olduğu belirtilmiştir (Tjandra ve Chan, 2006). Ameliyat sonrası ileus; mide barsak hareketliliğinde azalmanın sonucu olarak distansiyon, bulantı, kusma ve ağrı gibi durumlara yol açabilir. Ameliyat öncesi hastalara sakız çiğnetmenin, ameliyat sonrası ileus oluşumunu engellediği ortaya konmuştur. Sakız çiğnemek, mide salgısını uyardığı için enteral beslenme taklidi yaparak gastrointestinal sistemi çalıştırır. Yapılan çalışmaların sonucunda sakız çiğneme zamanı ameliyat sabahı olarak belirlenmiş ve sakız çiğnemenin hastalarda ileus gelişmesini azalttığı, gaz çıkışı ve dışkılama zamanını kısalttığı saptanmıştır (Chan ve Law, 2007). Bu nedenle hastalara ameliyat sonrası günde 3-4 kez en az 10 dakika şekersiz sakız çiğnemeleri önerilir (Akpolat, 2018; Kırık, 2018; Tuna ve Kurşun 2018).

Bağırsak hareketlerini hızlandırmak için magnezyum oksit oral yoldan günde 2 kez kullanılabilir. Opioid reseptör antagonisti olan alvimopan ise gastrointestinal motiliteyi artırmak için uygulanan yeni kullanıma girmiş bir ilaçtır. Opioidlerin gastrointestinal sistemde oluşturduğu yan etkileri engeller (Akpolat, 2018).

2.1.3.4. Ameliyat Sonrası Analjezi

Ameliyat sonrası ağrı; cerrahi strese yanıtı, organ fonksiyonlarını, beslenmeyi, mobilizasyonu, iyileşmeyi bozarak komplikasyonların ve hastanede kalış süresinin artmasına sebep olur. Bu nedenle ağrı kronik sürece girmeden önce hemen tedavi edilmelidir (Akpolat, 2018; Dağistanlı ve ark., 2018; Demir ve ark., 2012; Yıldızeli Topçu, 2008).

Non-steroidal antiinflamatuar ilaçların (NSAİİ) parasetamol ile kombinasyonu, analjezide en uygun sonuçlara ulaşmayı sağlar. NSAİİ'ler opioid kullanımını ve ağrıyı azaltarak, hasta memnuniyetini artırmaktadır. Ağrı yönetiminde opioid ihtiyacını azaltmak için rejyonel analjezi ve lokal anestezi teknikleriyle nonopioid parenteral ajanlar kombine edilerek kullanılmalıdır (Akpolat, 2018).

Bölgesel analjezik tekniklerden biri olan torasik epidural analjezi (TEA), ameliyat sonrası dönemde epidural kateter yardımıyla lokal anestetik ajanın gerekli durumlarda düşük doz opioid de eklenerek infüzyon ya da aralıklı bolus şeklinde uygulanmasıdır. Yapılan çalışmalarda TEA ile opioid bazlı analjezi karşılaştırılmış ve TEA'nın ağrı kontrolünde, komplikasyonlarda, ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı önlemede, insülin rezistansını azaltmada daha iyi sonuçlar sağladığı görülmüştür (Akpolat, 2018; Dağistanlı ve ark., 2018; Yıldırım, 2017). Aynı zamanda cerrahide ameliyat sonrası analjezi sağlamada hasta kontrollü analjeziye (PCA) göre daha etkin olduğu bilinmektedir (Baş ve ark., 2016; Erden ve Çelik, 2013; Yıldırım, 2017).

Sonuç olarak ameliyattan sonraki ilk iki gün epidural kateter yoluyla devamlı analjezik infüzyonu ve buna ek olarak 4 g/gün parasetamol rutin olarak kullanılmalıdır. Eğer bu protokol yetersiz kalırsa aralarda nonsteroid antiinflamatuarlar (NSAİD) kullanılmalıdır. Epidural kateterin çekilmesine yakın dönemde rutin analjezik olarak

NSAID başlanmalı ve taburcu olduktan sonra da ihtiyaç halinde parasetamol ve NSAİİ türü ilaçlarla ağrı yönetimine devam edilmelidir (Akpolat, 2018; Erdem, 2018).

2.1.3.5. Erken Beslenme

Eskiden ameliyat sonrası dönemde anastomoz kaçağına yol açmaması için hastaların beslenmesinin geciktirildiği bilinmektedir. Günümüzde erken enteral beslenmenin anastomoz kaçağı riskini arttırmadığı bunun dışında bakteriyel translokasyonu azaltarak enfeksiyon riskini azalttığı görülmüştür. Aynı zamanda erken enteral beslenmeye başlayan hastaların daha erken taburcu olduğu bilinmektedir. Erken enteral beslenmenin kusma riskini arttırabileceği düşünülmekte ama zaten bununla ilgili hastalara antiemetik profilaksisi uygulanmaktadır. Yine de takip eden sağlık personeli kusma riski açısından tedbirli olmalıdır. Hastalar ameliyattan iki saat sonra oral sıvı, dört saat sonra katı gıda alabilirler, bunun için teşvik edilmelidirler (Akpolat, 2018; Kırık, 2018; Öndeş, 2012).

Ameliyat sonrası hipergliseminin sebebi hastada gelişen insülin direncidir. Yapılan çalışmalarda hastanın aç kalması ile artan insülin direncinin ve kan glukoz seviyesinin, büyük cerrahi ameliyatlardan sonra meydana gelen metabolik komplikasyonlarda etkili olduğu bulunmuştur. ASHİ protokolüne göre ameliyat öncesi ve sonrası aç kalma süresini kısaltmak, karbonhidrat tedavisi yapmak; insülin direncini ve insülin etkisini olumlu yönde etkilemektedir (Kırık, 2018; Ljungqvist, 2012).

Uygun beslenme yara iyileşmesi, enfeksiyon riskini azaltma ve hareket için gerekli kas gücünün arttırması açısından önem taşır. Azalmış beslenme katabolizmayı artırır ve kas yıkımına neden olur (Öndeş, 2012).

Eğer hasta yeterince oral beslenemiyorsa nütrisyon solüsyonlarıyla destek verilebilir. Destek gereken hastalara; ameliyat öncesi 7-10. günde desteğe başlanmalı ve ameliyat sonrası dönemde de yaklaşık 8 haftaya kadar devam edilmelidir (Akpolat 2018; Öndeş, 2012).

2.1.3.6. Erken Mobilizasyon

ERAS programının en önemli amaçlarından birisi de erken mobilizasyondur. Mobilizasyonun gecikmesi; kas atrofisi, kas gücü kaybı, fiziksel aktivitenin azalması, atelektazi, insülin direnci ve derin ven trombozu riskinde artmaya sebep olur. Bu durum hastanede kalış süresinin uzamasına neden olur (Akpolat 2018).

Mobilizasyonu engelleyen ya da geciktiren durumlar; hastanın motivasyon eksikliği, yetersiz ağrı kontrolü, idrar sondasının varlığı, intravenöz sıvı alımının devam etmesi ya da hastaya ait ciddi komorbidite durumlarıdır (Akpolat, 2018; Duran Yakar, 2019).

Ameliyat sonrası ilk 6-8 saat aralığında yatak kenarında birkaç adım atma şeklinde gerçekleştirilen mobilizasyon ‘erken mobilizasyon’ olarak belirtilebilir (Uğurlu ve ark., 2017; Vermişli ve Çam, 2015)

Mobilizasyon emboli riskini azaltır ve bağırsak hareketlerinin erken başlamasına yardımcı olur. ERAS protokolü, hastaların ameliyat günü 2 saat, sonraki günlerde ise en az 6 saat yatak dışında kalmasını önermektedir. Hedeflenen bu durum hastaya anlatılmalı ve hastanın günlük durumu takip edilip kaydedilmelidir. Bu şekilde hastanın da uyarılıp motive olması sağlanmalıdır (Akpolat 2018; Tuna ve Kurşun, 2018).

Daha önce düşme nedeniyle bireyin taşıdığı düşme korkusu ve riskli ilaç kullanımı cerrahi hastası için düşme riski oluşturan durumlardandır (Özlü ve ark.,2014). Cerrahi günü hastanın durumu değerlendirilip eğer uygunsa ve tolere edebileceyse iki saat boyunca sandalyede oturtulmalıdır. Uzun süre yatan hastaların ani bir şekilde ayağa kaldırılması hastalarda hipotansiyon gelişmesine yol açabilir. Bu nedenle hasta ayağa kaldırılmadan önce sırt üstü pozisyonda, sonra oturur pozisyonda kan basıncı ölçümü yapılmalıdır. Ortostatik hipotansiyon bulguları olan sistolik kan basıncında 20 mmHg, diyastolik kan basıncında 10 mmHg’lık düşme, halsizlik ve baş dönmesi olursa hastanın ayağa kaldırılması birkaç saat geciktirilmelidir. Hastanın pozisyon değişiminin kademeli olarak yapılması dolaşım sisteminin bu değişime uyumunu kolaylaştırır (Tuna ve Kurşun, 2018; Yolcu ve ark., 2016).

2.1.3.7. Taburculuk

Hastanın taburculuğu planladığı andan itibaren hasta ve hasta yakınına evde bakıma yönelik bilgiler verilmelidir. Hastaya anlatılan plan dışı durumlardan, istenmeyen olumsuz olaylardan ve bu olayların ne kadar süre ile devam edebileceği açık bir şekilde anlatılmalıdır (Dal ve ark., 2012; Erdem, 2018; Kırık, 2018).

ERAS protokolüne göre taburcu edilecek hastada;

- Hastanın ağrı kontrolü oral analjezikler ile yeterli düzeyde sağlanabiliyorsa,
- İntravenöz sıvı ihtiyacı ortadan kalkmış ve oral yoldan yeterli bir şekilde beslenebiliyorsa,
- Bağırsak fonksiyonları geri dönmüş ise,
- Enfeksiyon belirti ve bulguları gözlenmemişse,
- Eşlik eden yandaş hastalıklar kontrol altına alınmışsa,
- Ameliyat öncesi dönemdeki kadar mobilize olabiliyorsa ve eve dönmek istiyor ise, taburcu edilebilir (Dağıstanlı ve ark., 2018; Erdem, 2018; Kırık, 2018).

2.1.3.8. Takip ve Sonuçların Denetimi

Ameliyat sonrası taburcu edilen hastalarla 24-48 saat sonra telefonla iletişime geçilerek yara yerinin durumu ve herhangi bir şikayetinin olup olmadığı öğrenilmelidir. Herhangi bir sıkıntının olmaması durumunda 7-10. günler arasında hasta dikişlerinin alınması ve kontrol amaçlı hastaneye çağırılmalıdır. Taburcu edilen hastalarda anastomoz kaçağı yönünden dikkatli olunmalıdır. Taburcu edildikten sonra hastaların % 1-3'ünde anastomoz kaçağı veya başka büyük bir komplikasyon gelişebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle hastaların tüm şikayetleri dikkatli biçimde değerlendirilmelidir. Hastanın herhangi bir şikayeti yoksa patoloji sonuçları temiz ise ve herhangi bir olumsuz durum görülmedi ise hasta ile 30 gün sonra telefonla görüşme yapılabilir. Tüm çalışmalar temelde verilerin paylaşılması ve tartışılması ile sonuca ulaşmıştır bu durum ERAS protokolü için de geçerlidir. Protokolün geliştirilmesi ve hatta gerekiyorsa değiştirilmesi gereken noktaların tespit edilebilmesi için hastanın

toparlanma süresi ve deneyimlerinin kayıt edilip bildirilmesi gerekir. Kayıt edilen uygulama sonuçları ASHİ uygulayan merkezler içinde kanıt niteliği taşımaktadır (Erdem, 2018; Kırık, 2018).

2.2. Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarında Hemşirenin Rolü

Sağlık alanındaki gelişmeler yakından takip edilmeli ve yapılan uygulamalar da bu bilgilerin temeline dayanmalıdır. Bu anlamda tüm süreç boyunca hastanın yanında olan cerrahi hemşiresine büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler; hastayı fiziksel, biyolojik ve psikolojik açıdan bütüncül bir yaklaşımla ele almalı ve her yönden değerlendirilmelidir. Cerrahide hastaların anksiyete düzeyleri yüksektir ve buna bağlı hastaların soru sorma düzeyleri azalır, bu süreçte hemşirelerin iletişim ve eğitim becerileri ön plana çıkmaktadır (Çilingir ve Candaş, 2017). Hemşire bu durumda empati becerisini ortaya koyarak, hasta/hasta yakınına uygun açıklamalar yapmalı ve sorulan sorulara yanıtlar vermelidir. ERAS protokolünün uygulanmasında hemşireler; özellikle hastanın stres yönetiminde, normal beslenmeye başlamasında, erken mobilize olmasında ve mümkün olduğunca erken rehabilitasyonun sağlanıp taburcu olmasında psikolojik destek sağlamada önemli rol alır (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2018; Çelik ve ark., 2013; Çilingir ve Candaş, 2017).

Ameliyat sonrası gelişmiş iyileşme programlarının başarılı olabilmesi, protokolün tamamen yerine getirilmesine bağlıdır ve hemşireler bunun önemli bir parçasıdır. Bu protokollerin hemşirelere ek uygulamalar getirerek hemşirelik iş yükünü arttırabileceği düşünülmüş ve bununla ilgili çalışmalar yapılmıştır (Hübner ve ark., 2015; Koyuncu ve ark., 2015). Sonuç olarak; protokollerin sistematik bir şekilde uygulamasının hemşirelerin zaman yönetimi de dahil olmak üzere bir çok konuda iş yükünü azalttığı ortak görüşü ortaya konmuştur (Godden, 2012; Hübner ve ark., 2015; Watson, 2017).

Yapılan çalışmalar, ERAS programının başarılı bir şekilde uygulanmasında ERAS koordinatör hemşiresinin varlığını, önemini ve görevlerini şu şekilde belirtmişlerdir;

- Tüm sağlık ekibinin aktif işbirliği içinde olmasını ve programın uygulama sürecine katkıda bulunmayı sağlar (Koo ve ark., 2013).

- Koordinatör hemşirenin ilk görevi cerrahi prosedürün literatür taramasıdır. Kanıta dayalı uygulama, bakım yolunun temeli olmalıdır (Watson, 2017).
- Koordinatör hemşirenin önemli bir görevi, kanıta dayalı uygulamaların onay zinciri sürecini yukarı taşımaları ve onaylanana kadar her bir komitenin gündeminde bir öncelik olarak kalmasını sağlamasıdır. Onaylandıktan sonra ise bilgiyi paylaşmalı ve onaylanmış değişiklikleri yapmalıdır (Watson, 2017).
- Koordinatör hemşire, sade bir dil ile hasta eğitim materyali oluşturmalıdır (Feldman ve ark., 2013; Nygren ve ark., 2012; Wizowski ve ark., 2014).
- Ekip üyeleri için eğitim oturumları ve toplantıları organize etmelidir (Jabbour ve ark., 2013; De Allegri ve ark., 2011).
- Süreç içinde veri toplama ve geri bildirim toplantıları düzenlemelidir (Hogan ve ark., 2011).

ERAS programı başlatmak isteyen bir kuruluşun hedef belirlemeli, sonuçları rapor etmeli, bakım yollarını oluşturmak için zaman harcamalı ve güçlü liderlik sağlamalıdır. Bu programın geliştirilmesi ve sürdürülebilirliği için haftalık veya düzenli toplantılar ve dahili klinik liderlik esastır. Koordinatör hemşire bir ERAS programının uygulanması ve sürdürülebilirliği açısından hayati öneme sahiptir (Watson, 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Hemşirelerin ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme uygulamalarına yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma tanımlayıcı kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Cerrahi Klinikler ve Cerrahi Yoğun Bakımlarda çalışan hemşirelerde 11 Kasım – 14 Aralık 2019 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini 11 Kasım – 14 Aralık 2019 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Birimlerinde çalışan 376 hemşire oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini ise çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 160 hemşire oluşturdu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; Cerrahi birimlerde çalışıyor olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Uzun süreli rapor, izin kullanma durumunda olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan hemşireler dışındaki tüm cerrahi alanda çalışan hemşireler çalışmaya dahil edildi. Çalışma 160 hemşire ile yürütülerek, hemşirelerin ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme uygulamalarına ilişkin yaklaşımları değerlendirildi..

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri; çalışmanın yapıldığı tarihlerde raporlu veya izinli olma, çalışmaya katılmaya gönüllü olmama olarak belirlendi.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formu

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulan “Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları Anketi” ile toplandı (EK 1), (American Society of Anesthesiologists Committee, 2017; Baş ve ark., 2016; Çelik ve ark., 2013; Dal ve ark., 2012; Demir ve ark., 2012; Demirhan ve ark., 2014; Erden ve ark., 2013; Ersoy ve ark., 2007; Koyuncu ve ark., 2015; Özlü ve ark.,2014; Pasero ve ark., 2006; Uğurlu ve ark., 2017; Vermişli ve ark., 2015; Yolcu ve ark., 2016; Yıldızeli Topçu, 2008; Yüksel ve ark., 2016).

Veri toplama formu; sosyodemografik verilerin ve 30 adet anket sorusunun olduğu iki kısımdan oluşmaktadır. Sosyodemografik bilgilerin yer aldığı 11 madde içeren kısım ile başlamakta ve devamında ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme uygulamalarına yaklaşımları içeren 30 adet sorunun yer aldığı bölümden oluşmaktadır. Sosyodemografik kısımda çalışmaya katılan kişinin yaşı, cinsiyeti dışında kişinin çalışma durumunu, ankette geçen konu ile ilgili daha önce bilgisi olup olmadığını kapsayan sorulara yer verildi.

Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımlarını içeren 30 soruluk anket bölümü ise Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Dönemleri kapsayan; ameliyat öncesi bağırsak temizliği, ameliyat öncesi açlık, drenlerin kullanımı, normoterminin sağlanması, erken beslenme, erken mobilizasyon, nazogastrik sondanın kullanımı, idrar kateteri kullanımı gibi temel konuları içeren sorulardan oluşmaktadır. Her bir sorunun ‘Katılıyorum’, ‘Katılmıyorum’, ‘Bilmiyorum’ şeklinde 3 cevap seçeneği bulunmaktaydı.

Çalışmaya katılan bütün katılımcılara çalışmanın amacı, gönüllü katılımın esas olduğu, anket yoluyla veri toplanacağı açıklandı. Ayrıca toplanan verilerin bu çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacağı söylendi. Verilerin toplanmasında, hemşirelere anket formları verilip, konuyla ilgili anketi cevaplandırmaları istendi. Anketin cevaplandırılması yaklaşık 20-25 dakika sürdü.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

ERAS protokolüne göre her bir katılımcının, sorulara verdikleri yanıtlar dikkate alınarak protokolle uyumlu olarak yanıtladığı toplam madde sayısı hesaplanmıştır. Bu

sayı toplam madde sayısına bölünerek protokol hakkındaki genel bilgi düzeyi değeri yine her bir katılımcı için elde edilmiştir. Aynı süreç ERAS protokolünü oluşturan alt bileşenler için de tekrar edilmiş ve her bir alt bileşen düzeyinde yüzde olarak ifade edilen doğru yanıtlanma oranı belirlenmiştir. Bu bileşenler arasında “Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği” bileşeni tek bir soru üzerinden hesaplanması nedeni ile ilgili bileşenin doğru yanıtlanma durumu oran olarak ifade edilmiştir. ERAS protokolünün geneli ile uyumlu toplam madde sayısı, protokolün geneline ve alt bileşenlerine ait doğru yanıtlanma düzeylerinin dağılımlarının normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılıma uygunluk göstermesi durumunda değişkenler ortalama \pm standart sapma (minimum: maksimum) değerleriyle, normal dağılıma uygunluk göstermemeleri durumunda ise öncelikli olarak medyan (minimum: maksimum) değerleri olmak üzere yine ortalama ve standart sapma değerleriyle ifade edilerek sunulmuştur. İki grup arasında ERAS protokolü ile uyumlu madde sayısının, protokolün genelinin ve alt bileşenlerinin doğru yanıtlanma düzeylerinin karşılaştırılmasında bağımsız çift örneklem için t-testi ya da Mann Whitney U testi, üç grup arasında yapılan karşılaştırmalarda ise varyans analizi testi ya da Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. ERAS protokolünün alt protokolü olan “Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği” bileşeninin doğru yanıtlanma oranı gruplar arası yapılan karşılaştırmalarında ki-kare testi ya da Fisher’in kesin ki-kare testleri kullanılarak raporlanmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmış olup $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etiği

Bu çalışma için Bursa Uludağ Üniversitesi Araştırma ve Yayın Etik Kurulu’ndan (EK 2) ve araştırmanın yapıldığı kurum olan Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü Hastanesi Cerrahi Anabilim Dalı’ndan izin alınmıştır (EK 3).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın tek bir merkezde yapılması, katılımcı sayısının kısıtlı olması, çalışmanın yapıldığı süre içerisinde uzun süreli rapor, izin kullanma durumunda olan çalışanlara ulaşılamaması bu araştırmanın sınırlılıkları olarak belirlendi.



4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine, ERAS uygulamalarına ilişkin yanıtlarına, ERAS bileşenlerine göre yanıtlarının dağılımına, ERAS bileşenlerinin doğru yanıtlanma oranlarının dağılımlarına yer verildi.

Tablo 2’de araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri verildi. Araştırmaya katılan hemşirelerin %87,5’i (n=140) kadın olup, %39,4’ü (n=63) 35 yaşın üzerinde, %74,4’ü (n=119) evli ve %89,4’ü (n=143) lisans mezunuydu. Hemşirelerin %55,6’sı (n=89) cerrahi yoğun bakım ünitelerinde, %44,3’ü (n=71) cerrahi kliniklerde görev yapmaktaydı. Hemşirelerin %46,3’ünün (n=74) toplam çalışma süresi 11 yılın üzerinde olup, %56,3’ü (n=90) bulunduğu birimde 5 yıldan fazla bir süredir çalışmaktaydı. Araştırmaya katılan hemşirelerin %91,3’ü (n=146) ERAS protokol uygulamaları hakkında bilgisi olmadığını, %8,8’i (n=14) bilgisi olduğunu ve bu bilgiyi en çok kongrelerden aldıklarını ifade etti. Hemşirelerin %55’i (n=88) bir ay içerisinde ameliyat sonrası dönemde baktıkları hasta sayısı ortalamasının 50’nin altında olduğunu belirtti.

Tablo 2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n = 160)	% (%100)
Yaş		
≤24 yaş	8	(%5)
25-29 yaş	43	(%26,90)
30-34 yaş	46	(%28,70)
≥35 yaş	63	(%39,40)
Cinsiyet		
Kadın	140	(%87,50)
Erkek	20	(%12,50)
Medeni Durum		
Evli	119	(%74,40)
Bekar	41	(%25,60)
Öğrenim Düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	4	(%2,50)
Ön lisans	3	(%1,90)
Lisans	143	(%89,40)
Yüksek Lisans	10	(%6,30)
Çalıştığı Birim		
Reanimasyon Yoğun Bakım	33	(%20,63)
Genel Cerrahi Yoğun Bakım	28	(%17,50)
Genel Cerrahi Kliniği	16	(%10)
Üroloji Kliniği	10	(%6,25)
Nöroşirürji Yoğun Bakım	9	(%5,63)
Nöroşirürji Kliniği	9	(%5,63)
Kalp Damar Cerrahi Kliniği	9	(%5,63)
Ortopedi Kliniği	8	(%5,00)
Kulak Burun Boğaz Kliniği	7	(%4,38)
Göğüs Cerrahi Kliniği	6	(%3,75)
Çocuk Cerrahi Kliniği	6	(%3,75)
Kadın Doğum Kliniği	5	(%3,13)
Plastik Cerrahi Kliniği	4	(%2,50)
Göz Kliniği	4	(%2,50)
Çocuk Cerrahi Yoğun Bakım	3	(%1,88)
Pediyatrik nöroşirürji kliniği		2(%1,25)
Kalp damar cerrahi yoğun bakım		1(%0,63)
Toplam Çalışma Süresi		
≤5 yıl	4	7(%29,40)
6-10 yıl		39(%24,40)
≥11 yıl		74(%46,30)
Çalıştığı Birimdeki Çalışma Süresi		
≤2 yıl	42	(%26,30)
3-4 yıl	28	(%17,50)
≥5 yıl	90	(%56,30)

Veriler n(%) olarak ifade edilmiştir

Tablo 2(devam). Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine göre dağılımı

	Sayı (n = 160)	% (%100)
ERAS Protokolleri Hakkında Bilgi		
Evet	14	(%8,80)
Hayır	146	(%91,30)
ERAS Hakkında* Bilgi Kaynağı		
Kongre	7	(%50)
İnternet	3	(%21,43)
Kurs	1	(%7,14)
Okul	1	(%7,14)
Kongre ve okul	1	(%7,14)
Dernek Üyeliği		
Evet	72	(%45)
Hayır	87	(%54,40)
Üye Olunan Dernek		
UHEDER	53	(%33,13)
Türk Hemşireler Derneği	12	(%7,50)
Yara Derneği	4	(%2,50)
Ostomi	2	(%1,25)
İnkontinans	2	(%1,25)
BUSAD	1	(%0,63)
ÖHDER	1	(%0,63)
HEMAR-G	1	(%0,63)
Üroloji Hemşireleri Derneği	1	(%0,63)
Mesleği Tercih Nedeni		
İmkanlar, iş garantisi	73	(%33,31)
Yararlı olabilmek	24	(%10,95)
Sağlık alanını seviyorum	21	(%9,58)
Hem iş garantisi hem ilgi alanı olması	4	(%1,83)
Aile isteği	1	(%0,46)
Postop Hasta Sayısı		
<50 hasta	88	(%55)
≥50 hasta	72	(%45)
Toplam	160	%100

Veriler n(%) olarak ifade edilmiştir

*: n=14 kişi içerisindeki % değerler verilmiştir

ERAS protokolleriyle uyumlu doğru olarak yanıtlanan madde sayılarının karşılaştırmalarına ait bilgiler tablo 3 de verildi. Tablo incelendiğinde ERAS protokolleriyle uyumlu olarak yanıtlanan doğru madde sayısının yaş gruplarına, toplam çalışma süresine, ameliyat sonrası bakılan hasta sayısına ve çalışılan birime göre farklılık göstermediği görüldü ($p<0,05$).

Tablo 3. ERAS uyumlu madde sayılarının karşılaştırılması

	(n = 160)	Eras Uyumlu Madde Sayısı (Ortalama ± st.sapma) (min : max)	
Yaş			
<30 yaş	(n=51)	17,96 ± 4,36	(10:28)
30-34 yaş	(n=46)	18,07 ± 3,17	(12:25)
≥35 yaş	(n=63)	17,11 ± 3,88	(9:25)
p-değeri			0,354 ^a
Toplam Çalışma Süresi			
≤5 yıl	(n=47)	18,09 ± 4,41	(10:28)
6-10 yıl	(n=39)	17,56 ± 3,19	(11:24)
≥ 11 yıl	(n=74)	17,43 ± 3,84	(9:25)
p-değeri			0,656 ^a
Bir Ay İçerisinde Bakılan Postop Hasta Sayısı Ortalaması			
<50 hasta	(n=88)	17 (17,45±3,52)	(10:25)
≥50 hasta	(n=72)	18 (17,90±4,25)	(9:28)
p-değeri			0,295 ^b
Öğrenim Düzeyi			
Sağlık Meslek Lisesi	(n=4)	21 (21±2,58)	(18:24)
Ön lisans	(n=3)	18 (19±1,73)	(18:21)
Lisans	(n=143)	17 (17,43±3,92)	(9:28)
Yüksek lisans	(n=10)	19 (19,20±3,08)	(14:27)
Çalışılan Birim			
Yoğun Bakım	(n=71)	17,24 ± 3,41	(10:25)
Klinik	(n=89)	17,99 ± 4,17	(9:28)
p-değeri			0,223 ^c
Toplam	(n=160)	17,65 ± 3,85	(9:28)

Veriler ortalama±standart sapma (minimum:maksimum) ve medyan(minimum:maksimum) olarak ifade edilmiştir.

*: Öğrenim düzeyi değişkeninin kategorilerindeki birim sayıları istatistiksel karşılaştırma için yeterli değildir.

a: Varyans analizi (ANOVA) Testi, b: Mann Whitney U Testi, c: Bağımsız çift örneklem t-Testi

Tablo 4, ERAS protokolünü oluşturan bileşenlere ait ortalama doğru yanıtlanma yüzdelere ilişkin belirtici istatistikleri ve ilgili ERAS bileşenlerini oluşturan her bir sorunun doğru yanıtlanma oranını göstermektedir. Tablo 4 incelendiğinde hemşireler tarafından “Ağrı Yönetimi” bileşeninin ortalama %71 düzeyi ile en yüksek bilinirliğe sahip olduğu görüldü. İlgili bileşeni “Takip ve Sonuçların Denetimi”, “Erken Mobilizasyon” ve “Taburculuk” bileşenlerinin takip ettiği görüldü ($p<0,05$).

Tablo 4. Hemşirelerin yaklaşımlarının ERAS bileşenlerine göre dağılımı

ERAS BİLEŞENLERİ	(n=160)	Soruların Doğru Yanıtlanma Oranı	Bileşenlerin Ortalama Doğru Yanıtlanma Yüzdesi
		n(%)	Ortalama ± st.sapma (minimum:maksimum)
Sonda ve Dren Kullanımı			
SORU 3		99(%61,90)	%56,88 ± 32,45 (0:100)
SORU 24		83(%51,90)	
Ameliyat Öncesi Açlık			
SORU 9		47(%29,40)	%45,50 ± 30,09 (0:100)
SORU 10		96(%60)	
SORU 11		53(%33,10)	
SORU 26		60(%37,50)	
SORU 29		108(%67,50)	
Erken Beslenme			
SORU 10		47(%29,40)	%43,75 ± 34,10 (0:100)
SORU 11		96(%60)	
SORU 27		61(%38,10)	
Ağrı Yönetimi			
SORU 14		142(%88,80)	%71,56 ± 22,16 (25:100)
SORU 15		67(%41,90)	
SORU 16		114(%71,30)	
SORU 17		135(%84,40)	
Erken Mobilizasyon			
SORU 1		150(%93,80)	%67,85 ± 14,88 (22,22:100)
SORU 2		140(%87,50)	
SORU 3		99(%61,90)	
SORU 4		29(%18,10)	
SORU 6		131(%81,90)	
SORU 7		117(%73,10)	
SORU 8		81(%50,60)	
SORU 19		124(%77,50)	
SORU 23		106(%66,30)	
Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği			
SORU 25		23(%14,40)	-
Hipotermi			
SORU 12		22(%13,80)	%45,31 ± 24,63 (0:100)
SORU 20		50(%31,30)	
SORU 21		78(%48,80)	
SORU 30		140(%87,50)	
Taburculuk			
SORU 5		134(%83,80)	%66,25 ± 32,48 (0:100)
SORU 13		78(%48,80)	
Takip ve Sonuçların Denetimi			
SORU 13		78(%48,80)	%68,75 ± 33,06 (0:100)
SORU 28		142(%88,80)	
Toplam (30 soru)			%58,85±12,86 (30:93)

Tablo 5, bileşenlere ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin yaş grupları arasında karşılaştırılmasını içermektedir. Tablo 5 de ERAS protololünün bileşenlerine ek olarak ERAS protokolünün genel doğru yanıtlanma yüzdesi de raporlanmıştır. Bileşenlerden “Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği” sadece tek bir soru üzerinden hesaplanması nedeniyle oran olarak raporlanmıştır. Tabloda verilen karşılaştırmalarda ERAS protokolünün geneli ve alt bileşenlerine ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin yaş gruplarına göre farklılık göstermediği görüldü ($p<0,05$)

Tablo 5. ERAS bileşenlerinin doğru yanıtlanma oranlarına ilişkin yaş grupları arasında yapılan karşılaştırmalar

ERAS BİLEŞENLERİ	<30 yaş (n=51)	30-34 yaş (n=46)	≥35 yaş (n=63)	p-değeri
Sonda ve Dren Kullanımı	50(0:100) 54,90±33,35	50(0:100) 57,61±34,91	50(0:100) 57,94±30,06	0,882 ^d
Ameliyat Öncesi Açlık	40(0:100) 50,59±32,83	40(0:100) 44,35±26,97	40(0:100) 42,22±29,86	0,345 ^d
Erken Beslenme	33,33(0:100) 45,10±33,22	50(0:100) 45,65±32,48	33,33(0:100) 41,27±36,28	0,685 ^d
Ağrı Yönetimi	75(25:100) 75,49±18,36	75(25:100) 73,91±23,54	75(25:100) 66,67±23,33	0,064 ^d
Erken Mobilizasyon	66,67(22,22:88,89) 67,97±17,87	66,67(33,33:100) 66,91±13,56	66,67(44,44:88,89) 68,43±13,27	0,692 ^d
Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği	9(%17,60)	6(%13)	8(%12,70)	0,721 ^e
Hipotermi	50(0:100) 43,63±27,31	50(0:100) 48,37±24,38	50(0:75) 44,44±22,65	0,721 ^d
Taburculuk	50(0:100) 65,69±32,39	50(0:100) 68,48±32,25	50(0:100) 65,08±33,16	0,857 ^d
Takip ve Sonuçların Denetimi	50(0:100) 68,63±31,56	50(0:100) 70,65±34,28	50(0:100) 67,46±33,79	0,844 ^d
Genel Toplam	59,87±14,54 (33,33:93,33)	60,22±10,55 (40:83,33)	57,04±12,94 (30:83,33)	0,354 ^a

Veriler, medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

a: Varyans analizi (ANOVA) Testi, d:Kruskal Wallis Testi, e: Ki-Kare Testi

Tablo 6, bileşenlere ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin çalışma süresine göre karşılaştırılmasını içermektedir. Tablo 6 de ERAS protololünün bileşenlerine ek olarak ERAS protokolünün genel doğru yanıtlanma yüzdesi de raporlanmıştır. Bileşenlerden “Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği” sadece tek bir soru üzerinden hesaplanması nedeniyle oran olarak raporlanmıştır. Tabloda verilen karşılaştırmalarda ERAS protokolünün geneli ve alt bileşenlerine ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin çalışma süresine göre farklılık göstermediği görüldü ($p<0,05$).

Tablo 6. ERAS bileşenlerinin doğru yanıtlanma oranlarına ilişkin çalışma süresi grupları arasında yapılan karşılaştırmalar

ERAS BİLEŞENLERİ	≤5 yıl (n=47)	6-10 yıl (n=39)	≥11 yıl (n=74)	p-değeri
Sonda ve Dren Kullanımı	50(0:100)	50(0:100)	50(0:100)	0,870 ^d
Ameliyat Öncesi Açlık	40(0:100)	40(0:100)	40(0:100)	0,720 ^d
	48,94±33,83	43,08±26,57	44,59±29,53	
Erken Beslenme	33,33(0:100)	33,33(0:100)	33,33(0:100)	0,699 ^d
	46,81±34,51	40,17±31,70	43,69±35,30	
Ağrı Yönetimi	75(25:100)	75(25:100)	75(25:100)	0,087 ^d
	76,06±19,48	73,72±21,42	67,57±23,67	
Erken Mobilizasyon	66,67(22,22:88,89)	66,67(33,33:100)	66,67(44,44:88,89)	0,316 ^d
	67,81±17,77	65,24±14,90	69,37±12,72	
Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği	11(% 23,40)	2(% 5,10)	10(% 13,50)	0,053 ^e
Hipotermi	50(0:100)	50(0:100)	50(0:100)	0,964 ^d
	44,68±27,05	46,79±23,07	44,93±24,12	
Taburculuk	50(0:100)	50(0:100)	50(0:100)	0,679 ^d
	65,96±33,14	70,51±29,73	64,14±33,64	
Takip ve Sonuçların Denetimi	50(0:100)	100(0:100)	50(0:100)	0,727 ^d
	70,21±28,85	70,51±37,55	66,89±33,39	
Genel Toplam	60,28±14,69 (33,33:93,33)	58,55±10,62 (36,67:80)	58,11±12,80 (30:83,33)	0,656 ^a

Veriler, medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

a: Varyans analizi (ANOVA)Testi, d:Kruskal Wallis Testi, e: Ki-Kare Testi

Tablo 7, bileşenlere ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin bakılan ameliyat sonrası hasta sayısına göre karşılaştırılmasını içermektedir. Tablo 7 de ERAS protokolünün bileşenlerine ek olarak ERAS protokolünün genel doğru yanıtlanma yüzdesi de raporlanmıştır. Bileşenlerden “Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği” sadece tek bir soru üzerinden hesaplanması nedeniyle oran olarak raporlanmıştır. Tablo incelendiğinde “Ameliyat Öncesi Açlık” bileşeninin doğru yanıtlanma düzeyinin 1 ayda ortalama elli ve üzeri ameliyat sonrası hasta bakan grupta daha yüksek olduğu görüldü. Tablo 7 de yer verilen diğer bileşenlere ve ERAS protokolünün geneline ait doğru yanıtlanma düzeyine göre gruplar arasında fark bulunmadı ($p<0,05$).

Tablo 7. ERAS bileşenlerinin doğru yanıtlanma oranlarına ilişkin postop hasta bakımına göre yapılan karşılaştırmaları

ERAS BİLEŞENLERİ	<50 Hasta (n=88)	≥50 Hasta (n=72)	p-değeri
Sonda ve Dren Kullanımı	50(0:100)	50(0:100)	0,866 ^b
	56,25±34,28	57,64±29,86	
Ameliyat Öncesi Açlık	40(0:100)	40(0:100)	0,044^b
	41,14±29,30	50,83±30,38	
Erken Beslenme	33,33(0:100)	50(0:100)	0,121 ^b
	39,77±31,91	48,61±36,23	
Ağrı Yönetimi	75(25:100)	75(25:100)	0,779 ^b
	72,44±19,71	70,49±24,94	
Erken Mobilizasyon	66,67(33,33:100)	66,67(22,22:88,89)	0,344 ^b
	67,17±15,15	68,67±14,60	
Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği	11(% 12,50)	12(% 16,70)	0,455 ^e
Hipotermi	50(0:100)	50(0:100)	0,064 ^b
	48,58±24,67	41,32±24,16	
Taburculuk	50(0:100)	50(0:100)	0,230 ^b
	69,32±30,73	62,50±34,34	
Takip ve Sonuçların Denetimi	50(0:100)	50(0:100)	0,891 ^b
	68,75±34,17	68,75±31,89	
Genel Toplam	56,67(33,33:83,33)	60(30:93,33)	0,295 ^b
	58,18±11,72	59,68±14,18	

Veriler, medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

b: Mann Whitney U Testi, e: Ki-Kare Testi

Tablo 8, bileşenlere ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin çalışılan birime göre karşılaştırılmasını içermektedir. Tablo 8 de ERAS protokolünün bileşenlerine ek olarak ERAS protokolünün genel doğru yanıtlanma yüzdesi de raporlanmıştır. Bileşenlerden “Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği” sadece tek bir soru üzerinden hesaplanması nedeniyle oran olarak raporlanmıştır. Tablo incelendiğinde “Ameliyat Öncesi Açlık” bileşenine ait doğru yanıtlanma düzeyinin klinikte görev yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. Aynı şekilde “Erken Beslenme” bileşenine ait doğru yanıtlanma düzeyinin yine klinikte görev yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. Buna karşın “Hipotermi” bileşenine ait doğru yanıtlanma düzeyinin yoğun bakımda görev yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. Diğer bileşenlere ve ERAS protokolünün geneline ait doğru yanıtlanma düzeyine göre gruplar arasında fark bulunmadı ($p<0,05$).

Tablo 8. ERAS bileşenlerinin doğru yanıtlanma oranlarına ilişkin çalışılan birime göre yapılan karşılaştırmaları

ERAS BİLEŞENLERİ	Yoğun Bakım (n=71)	Klinik (n=89)	p-değeri
Sonda ve Dren Kullanımı	50(0:100)	50(0:100)	0,251 ^b
	53,52±33,08	59,55±31,87	
Ameliyat Öncesi Açlık	40(0:100)	60(0:100)	0,006^b
	38,03±28,11	51,46±30,43	
Erken Beslenme	33,33(0:100)	67(0:100)	0,023^b
	36,62±29,90	49,44±36,28	
Ağrı Yönetimi	75(25:100)	75(25:100)	0,171 ^b
	74,30±20,25	69,38±23,46	
Erken Mobilizasyon	67(33:89)	67(22:100)	0,111 ^b
	65,88±14,83	69,41±14,82	
Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği	10(% 14,10)	13(% 14,60)	0,925 ^e
Hipotermi	50(0:100)	50(0:100)	0,002^b
	52,46±24,33	39,61±23,48	
Taburculuk	50(0:100)	50(0:100)	0,270 ^b
	62,68±34,56	69,10±30,62	
Takip ve Sonuçların Denetimi	50(0:100)	50(0:100)	0,338 ^b
	66,90±30,41	70,22±35,13	
Genel Toplam	57,46±11,36 (33,33:83,33)	59,96±13,91 (30:93,33)	0,224 ^c

Veriler, medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

b: Mann Whitney U Testi, c:Bağımsız çift örneklem t-Testi, e: Ki-Kare Testi

Tablo 9, bileşenlere ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin çalışılan birime göre karşılaştırılmasını içermektedir. Tablo 9 da ERAS protokolünün bileşenlerine ek olarak ERAS protokolünün genel doğru yanıtlanma yüzdesi de raporlanmıştır. Bileşenlerden “Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği” sadece tek bir soru üzerinden hesaplanması nedeniyle oran olarak raporlanmıştır. Tablo incelendiğinde “Ameliyat Öncesi Açlık” bileşenine ait doğru yanıtlanma düzeyinin ERAS protokolü hakkında bilgi sahibi olan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte “Erken Beslenme” bileşenine ait medyan doğru yanıtlanma düzeyi de yine protokol hakkında bilgi sahibi olan hemşirelerde daha yüksekti. “Erken Mobilizasyon” bileşeni hakkındaki doğru yanıtlanma düzeyinin de yine protokol hakkında bilgi sahibi olan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. “Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği”nin doğru yanıtlanma oranının yine protokol bilgisi olan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. “Hipotermi” bileşenine ait bilgi düzeyi yine protokol bilgisi olan hemşirelerde daha yüksekti. ERAS protokolü hakkındaki genel bilgi düzeyi yine beklenildiği gibi protokol hakkında bilgi sahibi olan hemşirelerde daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tablo 9. ERAS bileşenlerinin doğru yanıtlanma oranlarına ilişkin ERAS protokolü hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre yapılan karşılaştırmalar

ERAS BİLEŞENLERİ	Bilgisi Var (n=14)	Bilgisi Yok (n=146)	p-değeri
Sonda ve Dren Kullanımı	50(0:100) 60,71±34,96	50(0:100) 65,51±32,30	0,626 ^b
Ameliyat Öncesi Açlık	80(20:100) 74,29±28,75	40(0:100) 42,74±28,83	0,001^b
Erken Beslenme	66,67(0:100) 76,19±12,22	33,33(0:100) 41,32±33,52	0,004^b
Ağrı Yönetimi	75(50:100) 76,79±22,22	75(25:100) 71,06±22,11	0,403 ^b
Erken Mobilizasyon	77,78(55,56:100) 76,19±12,22	66,67(22,22:100) 67,05±14,90	0,032^b
Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği	9(%64,30)	14(%9,60)	<0,001^f
Hipotermi	62,50(25:100) 62,50±18,99	50(0:100) 43,66±24,53	0,004^b
Taburculuk	100(0:100) 75±32,22	50(0:100) 65,41±32,46	0,267 ^b
Takip ve Sonuçların Denetimi	100(50:100) 78,57±25,68	50(0:100) 67,81±33,60	0,397 ^b
Genel Toplam	73,57±12,43 (53,33:93,33)	57,44±12,03 (30:93,33)	<0,001^c

Veriler, medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

b: Mann Whitney U Testi, c:Bağımsız çift örneklem t-Testi, f: Fisher’in kesin ki-kare Testi

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Ameliyat sonrası hastaların iyileşme sürecinin ve taburculuğunun uzaması önemli bir sorundur. ERAS protokolleri; cerrah, hemşire, anestezi uzmanı ve diğer tüm ekibin birlikte çalışarak ameliyat öncesi, sırası ve sonrası cerrahi stresi azaltmaya yönelik kanıta dayalı yöntemleri kullanmayı ve organların fonksiyonel geri dönüşlerini hızlandırmayı hedeflemektedir (Clifford T, 2016). ERAS uygulamaları ameliyat sonrası yaşanan sorunları en aza indirerek hastaların iyileşmesini hızlandırmayı amaçlamaktadır. ERAS programlarının ana maddeleri; bağırsak hazırlığı yapılmaması, açlık süresinin kısaltılması ve cerrahi öncesi 2 saate kadar sıvı alınmasına izin verilmesi, ameliyat sonrası multimodal analjezi, erken beslenme, erken mobilizasyon, dren ve katater kullanımından kaçınılması ve varsa drenaj tüplerinin erken çıkarılmasıdır. ERAS hastalarında ameliyat öncesi açlık dönemi kısa tutulduğu için, ameliyat sonrası insülin rezistansı daha az olur. Analjezik tedavi ağrı nedeniyle oluşabilecek stresin daha az oluşmasını sağlar, erken beslenme, erken mobilizasyon ve gastrointestinal sistemin rehabilitasyonunu hızlandırarak ileusu önler (American Society of Anesthesiologists Committee, 2017).

Araştırmadan elde edilen bulgular hemşirelerin tanıtıcı özellikleri yönünden incelendiğinde; araştırmaya katılan hemşirelerin %87,5'i (n=140) kadın olduğu tespit edildi. Midilli ve ark.'nın (2019) çalışmasında katılımcıların % 98,8'inin kadın olduğu, araştırmadaki diğer tanıtıcı özelliklere bakıldığında hemşirelerin %39,4'ünün 35 yaşın üzerinde, %74,4'ünün evli olduğu, Gürarslan ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin yaş ortalamalarının 35,08 (\pm 9,05), %70,7'si evli olduğu görülmüş ve hemşirelerle yapılmış benzer çalışmalarda bulunan bu oranlar çalışmamızla benzerlik göstermiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin %95,6'sının lisans ve lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin oranı 2014 yılında 131 hemşire üzerine yapılmış olan Sü ve Şahin 'nin (2014) çalışmasında %30,5 iken; 2019

yılında Midilli ve ark.'nın (2019) yaptığı çalışmada ise %86,3'tür. Çalışmaların yılları ve oranlarına bakıldığında hemşirelerin eğitim seviyelerinin arttığı ve aynı zamanda çalışmamızın Midilli ve ark.'nın (2019) yaptığı çalışmayla benzerlik gösterdiği görülmüştür.

Çalışma kapsamındaki hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı literatür doğrultusunda tartışıldığında hemşireler üzerine yapılmış yakın tarihli benzer çalışmalarla paralellik gösterdiği bulunmuştur (Gürarlan ve ark., 2016; Midilli ve ark.'nın 2019; Sü ve Şahin 2014).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %55,6'sı cerrahi yoğun bakım ünitelerinde, %44,3'ü cerrahi kliniklerde görev yapmaktadır. Hemşirelerin %46,3'ünün toplam çalışma süresi 11 yılın üzerinde olup, %56,3'ü bulunduğu birimde 5 yıldan fazla bir süredir çalışmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %91,3'ü ERAS protokol uygulamaları hakkında bilgisi olmadığını, %8,8'i bilgisi olduğunu ve bu bilgiyi en çok kongrelerden aldıklarını ifade etti. Gustafsson ve ark.(2018)'nin çalışmalarında da hemşire dahil sağlık çalışanlarının çoğunun perioperatif bakımda ERAS hakkında sınırlı bilgiye sahip oldukları ortaya konmuştur (Gustafsson ve ark., 2018). Benzer şekilde Kahokehr ve ark. (2009)'nin yaptıkları çalışmada da birçok merkezde halen ERAS protokollerinin olmadığı anlaşılmaktadır [12]. Kolorektal ameliyatlarda klinik alanda ameliyat öncesi, sırası ve sonrası uygulamaların ERAS protokolüne uygunluğunun karşılaştırılması amacıyla yapılmış, katılanların %82,8'i hemşire, %4,3'ü cerrah, %12,9'u anestezi uzmanı olduğu Kırık'ın (2018) çalışmamıza benzer araştırmasında; ERAS protokolü hakkında bilgisi olmayan sağlık personelinin oranı %74,1 bulunarak çalışmamızla benzerlik göstermiştir. Kurumsal destek olmadığı için bu uygulamayı yapamayanların yüzdesi ise 93,1 bulunmuştur (Kırık, 2018).

ERAS protokol uygulamaları hakkında bilgi sahibi olma oranının bu kadar düşük olması kurumların güncellenen bilgiler hakkında hizmet içi eğitim verme oranlarının düşük olduğunu eğer yeterli hizmet içi eğitim sağlanıyorsa bu eğitimlerin etkinliğinin düşük olduğunu düşündürmektedir. Bölükbaş ve Birlikbaş, (2019) yaptıkları çalışmanın sonucunda sağlık çalışanlarına ERAS protokollerini ile ilgili hizmet içi eğitimlerin planlanması ve bu protokollerin kliniğe aktarımında sağlık çalışanlarının cesaretlendirilmesi gerektiğini bunun yanı sıra hemşirelik öğrencilerine de konu ile ilgili bilgilendirme yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin ERAS protokolleriyle uyumlu olarak yanıtladıkları doğru madde sayıları tanıtıcı özellikleriyle karşılaştırılmıştır. ERAS protokolleriyle uyumlu olarak yanıtlanan doğru madde sayısının yaş gruplarına, toplam çalışma süresine, ameliyat sonrası bakılan hasta sayısına ve çalışılan birime göre farklılık göstermediği görülmektedir (Tablo 3).

Hemşirelerin sorulara verdikleri doğru yanıtlara göre ERAS bileşenlerine yaklaşımlarının dağılımını incelendiğinde hemşireler tarafından “Ağrı Yönetimi” konusunun ortalama %71 düzeyi ile en yüksek bilinirliğe sahip olduğu görülmektedir. İlgili konuyu %68,75 doğru yanıtlanma oranı ile “Takip ve Sonuçların Denetimi”, %67,85 doğru yanıtlanma oranı ile “Erken Mobilizasyon” ve %66,25 doğru yanıtlanma oranı ile “Taburculuk” bileşenleri takip etmektedir. Doğru yanıtlanma oranlarına bakılarak ERAS bileşenlerinden ağrı, takip ve sonuçların denetimi, erken mobilizasyon ve taburculuk konusunu içeren bileşenlerin daha hızlı uygulamaya geçtiği ya da bu konularla ilgili doğru yanıtlanma oranının daha yüksek olmasının sebebinin ERAS ortaya çıkmadan önce de ilgili konular üzerine yapılmış çok fazla çalışma bulunması olduğu düşünülmektedir. Gürarslan ve ark.’nın (2016) hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıya ilişkin uygulamalarını değerlendirmek için 99 hemşire ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %84,8’i ağrıyı değerlendirdiğini ve en çok konulan hemşirelik tanısının “ağrı” olduğunu ifade etmeleri; Soyer ve ark., (2018) ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, taburculuk eğitimi alan hastaların %86,3’ü hemşireden eğitim aldıklarını belirtmeleri, doğru yanıtlanma oranı yüksek olan ERAS bileşenlerinin, ERAS ortaya çıkmadan önce de ayrı başlıklar altında çalışıldığı düşüncesini desteklemektedir.

Çalışmayı planlarken 35 yaş ve üzerindeki hemşirelerin daha çok geleneksel uygulamaları tercih edecekleri ve bu nedenle bileşenlere ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin daha düşük olacağı; 35 yaş altının ise bilgilerinin yeni edinilmiş olması ve güncel bilgiye ulaşma konusunda daha aktif olabilecekleri düşünülerek bileşenlere ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin daha yüksek olacağı kanısındaydık. Tablo 5’de ERAS bileşenlerine ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin yaş grupları arasında karşılaştırılması incelenmiş; protokolün genel olarak doğru yanıtlanma yüzdeleri ve alt bileşenlerine ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin yaş gruplarına göre farklılık göstermediği görülmüştür.

Hemşirelerin çalışma süresi ve ameliyat sonrası baktıkları hasta sayısı arttıkça, deneyimlerinin artışına bağlı bilgi düzeylerinin de artacağını düşünmekle birlikte Tablo 6 ve 7’de böyle bir sonuca ulaşılmadı. ERAS protokolünün geneline ve alt bileşenlerine ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin çalışma süresine ve bakılan ameliyat sonrası hasta sayısına göre farklılık göstermediğini görüldü.

Tablo 8, ERAS bileşenlerine ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin çalışılan birime göre karşılaştırılması incelenmiştir. Tablo incelendiğinde ‘‘Ameliyat Öncesi Açlık’’ konusuna ait doğru yanıtlanma düzeyinin klinikte görev yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı şekilde ‘‘Erken Beslenme’’ bileşenlerine ait doğru yanıtlanma düzeyinin yine klinikte görev yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun sebebi; klinik hastalarının yoğun bakım hastalarına oranla genel durumunun daha iyi olması, klinik hastalarının çoğunun oral beslenebilmesi yoğun bakımdaki hastaların ise çoğunun parenteral yolla veya nazogastrik sonda ya da Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) yoluyla enteral beslenmesine bağlı olarak klinik ile yoğun bakım hemşirelerinin uygulamadaki deneyimlerinin farklı olması olabilir. ‘‘Hipotermi’’ konusuna ait doğru yanıtlanma düzeyinin ise yoğun bakımda görev yapan hemşirelerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni yoğun bakımlardaki hastaların yaşam bulgularının monitörize edilerek takip edilmesiyle, hastanın vücut ısısının sık ve yakından takip ediliyor olması, hemşirelerin hipotermi sürecini erken tanımalarına, bu sürece daha ayrıntılı ve daha yakından şahit olmalarına bağlı olabilir. Diğer bileşenlerde ve ERAS protokolünün genelinde doğru yanıtlanma düzeyinde klinik ve yoğun bakım hemşiresi arasında fark bulunmamıştır.

Tablo 9’da ERAS bileşenlerine ait doğru yanıtlanma yüzdelerinin ERAS protokolü hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; ‘‘Ameliyat Öncesi Açlık’’ başta olmak üzere, ‘‘Erken Beslenme’’, ‘‘Erken Mobilizasyon’’, ‘‘Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği’’ ve ‘‘Hipotermi’’ bileşenlerine ait doğru yanıtlanma düzeyinin ERAS protokolü hakkında bilgi sahibi olan hemşirelerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer çalışmalardan farklı olarak; Aslanoğlu H (2018) yaptığı çalışmada ameliyat öncesi açlık süresinin; hastanede kalış süresi, ameliyat süresi, mobilizasyona geçiş süresi ve ağrı şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığını tespit etmiştir. ERAS protokolü hakkındaki genel bilgi düzeyi yine beklenildiği gibi protokol hakkında bilgi sahibi olan hemşirelerde

daha yüksek bulunmuştur. ERAS protokollerinin bilinirliğinin ve uygulanabilirliğinin artırılması için konuyla ilgili çalışmalar yürütecek bir koordinatör hemşireye ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Pignot, (2019) yaptığı çalışmada koordinatör hemşirenin, hasta ve bakım kursunun farklı faktörleri arasında en uygun organizasyonu oluşturmak için ERAS protokolünün temel taşlarından biri olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamıza benzer bir çalışma Ankara'daki cerrahların ERAS protokolü uygulamalarına bakışlarını ortaya koymak için Harlak ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır. Çalışmanın değerlendirilmesi sonucunda katılımcıların ERAS konusunda sınırlı bilgiye sahip oldukları, protokol önerilerinin bir bütün halinde uygulanmadığı bulunmuştur. Antibiyotik profilaksisi, tromboemboli profilaksisi gibi başlıkların günlük uygulamada yaygın kullanıldığı fakat bağırsak temizliğinin yapılmaması, dren kullanılmaması, erken oral beslenme gibi uygulamaların çoğunlukla kabul görmediği tespit edilmiştir. ERAS önerilerinin çoğu ile ilgili yeterli kanıt düzeyine ulaşılmasına rağmen cerrahların bu önerilerin hepsini uygulamamaya geçirmedikleri görülmüştür.

ERAS ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda bulunan bazı sonuçlar şöyledir; Blazebay ve ark. (2010) çalışmalarında hastaları iyileşme sürecine dahil ettiklerinde daha hızlı iyileşme sağladıklarını ve birçok hastanın hızlı bir şekilde taburcu olmaktan memnun olduklarını bulmuştur. İyileştirilmesi gereken konular olarak hastaların hastaneden taburcu olduktan sonraki ilk günlerde bilgiye ve uzman tavsiyesine daha iyi bir erişim ihtiyacı olduğunu vurgulamışlardır.

Kim ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada ERAS programı uygulanan hastaların hastanede kalış sürelerinin kısaldığını, ameliyat sonrası ileus ve yara enfeksiyonları gibi acil komplikasyonlar ile acil servise başvuru oranlarının; geleneksel bakım programı uygulanan hastalardan daha az olduğunu bulmuşlardır.

Gillis ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada bir ERAS programının perioperatif dönemle sınırlı kalmaması gerektiği, hastaya tanı konulmasından iyileşmeye kadar olan tüm süreci kapsamaması gerektiği sonucuna ulaşmışlardır.

Sibbern ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada hastaların hızlandırılmış iyileşme sürecine katılmaya motive olduklarını fakat ağrı, bulantı ve halsizlik gibi semptomlarla karşılaştıklarında sürece katılmakta zorlandıklarını tespit etmiştir.

Çalışmalardaki bu sonuçlar; ERAS protokollerinin uygulanmasının önemli olduğunu ve tüm bu süreçte hastanın yanında yer alan hemşirelerin yaklaşımlarının önemli rol oynadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin çoğunun ERAS protokolleri hakkında bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere ERAS protokol uygulamaları hakkında eğitimler verilmelidir.
- ERAS hemşiresi uygulamasının cerrahi birimlerde oluşturulması önerilmektedir.
- ERAS protokollerinin tüm merkezlerde uygulanabilmesi için daha fazla kanıta dayalı çalışmalar yapılmalıdır.

Sonuç olarak, ERAS protokolü ameliyat sonrası iyileşme sürecine katkı sağlayan kanıta dayalı uygulamalar arasında yer almaktadır. ERAS protokolü ameliyat öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere cerrahi sürecin her aşamasında uyum sağlanması gereken multidisipliner bir yaklaşımdır. Bu multidisipliner yaklaşımda yer alan hemşirelerin ERAS protokolüne ilişkin bağımlı ve bağımsız rolleri bulunmaktadır. Günümüzde hemşirelerin ERAS protokolünde yer alan rollerini rutin hasta bakımına yansıtmalarına rağmen bu rollerin ERAS protokolü kapsamında sistematik hale getirilerek uygulanması gerekmektedir. Literatür incelendiğinde ERAS protokolüne ilişkin çok fazla kaynak bulunmasına karşın protokolün hemşirelerin rollerini ve uygulamalarını içeren çalışmaya rastlanmamaktadır. Ülkemizde ERAS protokolüne ilişkin hemşireler tarafından yapılan sınırlı sayıda derleme çalışması bulunmaktadır. Bu nedenle bu araştırmanın birden fazla merkezi içeren geniş bir örnekleme yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Aksoy A, Vefikuluçay Yılmaz D (2018) Jinekolojik Cerrahide Kanıta Dayalı Uygulamalarda Yeni Bir Yaklaşım: ERAS Protokolü ve Hemşirelik. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri, 10(1).

Akpolat G (2018) Elektif Kolorektal Cerrahi Geçiren Hastalara Eras Protokolü Uygulanıp Uygulanmamasına Göre Maliyet Analizi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.

Archer S, Montague J, Bali A (2014) Exploring the experience of an enhanced recovery programme for gynaecological cancer patients: a qualitative study. Perioperative Medicine, 3(1), 2.

Aslan F E (2009) Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(1): 104-113.

Aslanoğlu H (2018) Preoperatif açlık süresinin postoperatif iyileşme üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

American Society of Anesthesiologists Committee (2017) 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 Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. Anesthesiology, 126:376–393

Bayar Ö Ö, Bademci R, Sözen U et al (2013) Major Karaciğer Rezeksiyonunda ERAS Protokolü. Okmeydanı Tıp Dergisi, 29(3): 135-142.

Baş N G, Karatay G, Bozoğlu Ö et al (2016) Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Uygulamaları. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing, 3(2).

Basse L, Werner M, Kehlet H (2000) Is urinary drainage necessary during continuous epidural analgesia after colonic resection?. Regional anesthesia and pain medicine, 25(5), 498-501.

Blazeby J M, Soulsby M, Winstone K et al (2010) A qualitative evaluation of patients' experiences of an enhanced recovery programme for colorectal cancer. Colorectal Disease, 12(10Online): e236-e242.

Bozkırlı B O, Gündoğdu R H, Ersoy P E et al (2012) ERAS protokolü kolorektal cerrahi sonuçlarımızı etkiledi mi?. Turkish Journal of Surgery/Ulusal Cerrahi Dergisi, 28(3).

Bölükbaş N, Birlikbaş S (2019) ERAS Rehberleri Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 2(3), 194-205.

Büyükyılmaz F, Şendir M (2009) Cerrahi Hastalarında Barsak Boşaltımı Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı. 78. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1).

Chan M K, 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.

Clifford T (2016) Enhanced recovery after surgery. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 31(2): 182-183.

Çelik S, Gürcan M, Çakmak G K et al (2013) Fast-Track Cerrahi ve Hemşirelik Yaklaşımları. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Arttırılmasında Psikoeğitimsel Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Bilimsel Çalışma Dergisi, 66-73

Çilingir D, Candaş B (2017) Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(2): 137-143.

Dağıstanlı S, Kalaycı M, Kara Y (2018) Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. İKSST Dergisi: 10, 9-20.

Dal Ü, Bulut H, Demir S G (2012) Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi, 8(1): 34-40.

Darouiche R O, Wall Jr M J, Itani K M, et al (2010) Chlorhexidine-alcohol versus povidone-iodine for surgical-site antiseptis. New England Journal of Medicine, 362(1), 18-26.

Demir Y, Usta Y Y, Yasemin İ. N. C. E, et al (2012) Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. Journal of Contemporary Medicine, 2(3): 162-172.

Demirarslan E (2017) Ameliyat Sonrası Hipotermi Kontrolü. Sağlık Akademisi Kastamonu, 2(1): 51-70.

Demirhan İ, Pınar G (2014) Postoperatif İyileşmenin Hızlandırılması Ve Hemşirelik Yaklaşımları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi, 2(1).

De Allegri M, Schwarzbach M, Loerbroks A et al (2011) Which factors are important for the successful development and implementation of clinical pathways? A qualitative study. BMJ Qual Saf, 20(3):203-208.

Dolgun E, Taşdemir N, Ter N et al (2011) Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. FÜ Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi: 25(1): 11-15.

Duran Yakar N (2019) Kolorektal Cerrahide Eras (Enhanced Recovery After Surgery) Protokolünün Hastalarda Erken Ve Geç Dönem Kognitif Fonksiyonlar Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

ERAS Türkiye Derneği; <http://eras.org.tr/> (05.01.2020).

Erdem E (2018) Anestezistlerin Bariatrik Cerrahide Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Eras Protokolü) Uygulamalarıyla İlgili Farkındalığının Araştırılması. TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.

Erden S, Çelik S Ş (2013) Torakotomi sonrası ağrı ve analjezi yöntemlerinin kullanılmasında hemşirenin rolü. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1): 11-24.

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

Feldman LS, Baldini G, Lee L et al (2013) Enhanced recovery pathways: organization of evidence-based, fast-track perioperative care. ACS Surgery: Principles and Practices. Hamilton, Ontario, Canada: Decker Intellectual Properties.

Gündoğdu H (2018) ERAS: Tarihçe ve Felsefesi. İKSST Dergisi, 8(10): 1-4 DOI: 10.5222/iksst.2018.04935

Gerlitz R (2017) Barriers and faciliators of preoperative education within Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) programs. Yüksek Lisans Tezi. Lethbridge Üniversitesi, Kanada.

Godden B (2012) Nursing-sensitive indicators: their role in perianesthesia care. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 27(4): 271-273.

Gustafsson U O, Scott M J, Hubner M at al (2019) Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations. World Journal Surgery, 43: 659-695.

Gürarlan Baş N, Karatay G, Bozoğlu Ö et al (2016) Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Uygulamaları. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing, 3(2). Gillis C, Gill M, Marlett N, et al (2017) Patients as partners in enhanced recovery after surgery: a qualitative patient-led study. BMJ open, 7(6): e017002.

Harlak A, Gündoğdu H, Ersoy E et al (2008) Ankara'daki cerrahların ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme (ERAS protokolü) uygulamalarına bakışı. Turkish Journal of Surgery, 24(4): 182-188.

Hooven K (2011) Preprocedure warming maintains normothermia throughout the perioperative period: a quality improvement project. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26(1), 9-14.

Hogan C, Barry M, Burke M et al (2011) Healthcare professionals' experiences of the implementation of integrated care pathways. *Int J Health Care Qual Assur*, 24(5):334–347.

Hughes M, Coolsen M M, Aahlin E K et al (2015) Attitudes of patients and care providers to enhanced recovery after surgery programs after major abdominal surgery. *Journal of Surgical Research*, 193(1), 102-110.

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

Jabbour M, Curran J, Scott S D et al (2013) Best strategies to implement clinical pathways in an emergency department setting: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Implement Sci*, 8:55.

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

Kahokehr A, Sammour T, Zargar S K et al (2009) Implementation of ERAS and How to Overcome the Barriers. *International Journal of Surgery*, 7:16–19.

Kankılıç R (2018) Transüretal Rezeksiyon- Prostat (Tur-P) Ameliyatlarında Eras Protokolü İle Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Yapılması Gereken Beslenme, Ağrı Ve Erken Mobilizasyon Uygulamalarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. SANKO Üniversitesi, Gaziantep.

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

Kırık M S (2018) Kolorektal Ameliyatlarda Klinik Alanda Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Uygulamaların ERAS Protokolüne Uygunluğunun Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. SANKO Üniversitesi, Gaziantep.

Kim B, Park S, Park K et al (2017) Effects of a surgical ward care protocol following open colon surgery as part of an enhanced recovery after surgery programme. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22): 3336-3344.

Koo V, Brace H, Shahzad A et al (2013) The challenges of implementing an enhanced recovery programme in urology. *Int J Urol Nurs*, 7(2):106–110.

Koyuncu A, Aslan F E, Karabacak Ü et al (2015) Nursing and Practices That Speed up Healing in Heart Surgery. *Journal of Cardio-Vascular-Thoracic Anaesthesia and Intensive Care Society*, 21(1): 42-50.

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.

Midilli T S, Eşer İ, Yücel Ş (2019) Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019: 10(1):60-66

Nygren J, Thacker J, Carli F, et al (2012) Guidelines for perioperative care in elective rectal/pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *World J Surg*, 12;37:285–305.

Özlu Z K, Yayla A, Özer N, et al (2014) Cerrahi hastalarda düşme riski. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, (3): 94-99.

Öndeş Ö (2012) Majör Karaciğer rezeksiyonlarında ERAS protokolü uygulaması. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Pasero C, Belden J (2006) Evidence-based perianesthesia care: accelerated postoperative recovery programs. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 21(3): 168-176.
Pignot G (2019) Rôle de l'infirmier (e) dans l'application de la récupération améliorée après chirurgie. *Progrès en Urologie*, 29(15): 904-907.

Servet T (2013) Mide Kanseri Nedeniyle Gastrektomi Yapılan Hastalarda Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Uygulamasının Değerlendirilmesi. *Doktora tezi*, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.

Short V, Atkinson C, Ness A R, et al (2016) Patient experiences of perioperative nutrition within an Enhanced Recovery After Surgery programme for colorectal surgery: a qualitative study. *Colorectal Disease*, 18(2), O74-O80.

Sibbern T, Bull Sellevold V, Steindal S. A, et al (2017) Patients' experiences of enhanced recovery after surgery: a systematic review of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*, 26(9-10): 1172-1188.

Soyer Ö, Dönmez Y C, Van Giersbergen M Y (2018) Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3).

Sturm L, Cameron A L (2009) Brief review: fast-track surgery and enhanced recovery after surgery (ERAS) programs. Melbourne: Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures—Surgical (ASERNIP-S).

Sü S, Şahin D A (2014) Cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin lüzum halinde analjezik istemini kullanma durumlarının belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 24: 93-8.

Temple Oberle C, Shea Budgell M A, Tan M et al (2017) Consensus review of optimal perioperative care in breast reconstruction: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *Plastic and reconstructive surgery*, 139(5): 1056e-1071e

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

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

Uğurlu A K, Kula Şahin S, Seçginli S et al (2017) Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Erken Ayağa Kaldırmanın Hızlı İyileşmeye Etkisi: Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 9(4).

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

Watson D J (2017) The role of the nurse coordinator in the enhanced recovery after surgery program. *Nursing2019*, 47(9): 13-17.

Watt D G, McSorley S T, Horgan P G et al (2015). Enhanced recovery after surgery: which components, if any, impact on the systemic inflammatory response following colorectal surgery?: a systematic review. *Medicine*, 94(36).

Wizowski L, Harper T, Hutchings T (2014) *Writing Health Information for Patients and Families*. 4th ed. Hamilton, Ontario: Hamilton Health Science; 2014.

Yıldırım Ç (2017) Jinekolojik Cerrahi Geçiren Kadınlarda Yapılan Uygulamaların ERAS Protokolüne Göre Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.

Yıldızeli Topçu S (2008) Üst abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda hemşireler tarafından öğretilen gevşeme tekniklerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi, Edirne.

Yolcu S, Akın S, Durna Z (2016) Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hareket Düzeyleri ve Hareket Düzeyleri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 13(2): 129-138.

Yüksel S, Uğraş G A (2016) Cerrahi hastasında hipotermi gelişimini önlemede hemşirenin rolü. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2): 113-121.

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 & Pain Medicine*, 34(6), 542-548.

KISALTMALAR

Ark: Arkadaşları

ASHİ: Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamaları

BUSAD: Bursa Sağlık Çalışanları Derneği

Dk: Dakika

DVT: Derin Ven Trombozu

ERAS: Enhanced Recovery After Surgery (Cerrahi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması)

FTS: Fast Track Surgery (Hızlandırılmış Cerrahi)

HEMAR-G: Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği

Im: Intramuskuler

Max: Maksimum

Min: Minimum

NSAİİ: Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar

ÖHDER: Öğrenci Hemşireler Derneği

POBK: Postoperatif Bulantı Kusma

PEG: Perkütan Endoskopik Gastrostomi

SPSS: Statistical Package for Social Science for Windows

SS: Standart Sapma

Vb: Ve Benzeri

%: Yüzde

8. EKLER

Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları Anketi

Bu çalışma, çalışan hemşirelerin ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme uygulamalarına ilişkin görüş, algı ve yaklaşımlarını belirlemek amacıyla tasarlanmıştır. Bu araştırmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırmanın amacı için kullanılacak olup, bilgileriniz gizli tutulacaktır.

- 1- Cinsiyet : Kadın Erkek
- 2- Yaş: 24 yaş ve altı 25-29 yaş arası 30-34 yaş arası 35 yaş ve üstü
- 3- Medeni durum: Evli Bekar
- 4- Öğrenim düzeyi: Sağlık Meslek Lisesi Ön Lisans Lisans Yüksek Lisans
- 5- Çalıştığı birim:
- 6- Toplam çalışma süresi: 1 yıldan az 1 yıl-5 yıl 6 yıl-10 yıl 11 ve üzeri
- 7- Çalıştığı birimdeki çalışma süresi: 0-2 yıl 3-4 yıl 5 yıl ve üzeri
- 8- ERAS protokolleri hakkında bilginiz var mı? Var Yok
- Varsa bu bilgiyi nereden edindiniz?
Kongre Kurs Okul Hizmet içi Eğitim Diğer.....
- 9- Herhangi bir mesleki derneğe üyeliğiniz var mı? Evet Hayır
- Varsa dernek adı:
- 10- Mesleği tercih etme nedeniniz:
- 11- Bir ay içerisinde baktığınız ortalama post op hasta sayısı:

ANKET FORMU

1-Ameliyat sonrası hareket ile birlikte ani hareketlere bağlı olarak ortostatik hipotansiyon gelişebilir. Sistolik kan basıncında 20 mmHg'lik, diyastolik basınçta 10 mmHg'lik düşme, halsizlik ve baş dönmesine neden olabilir.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

2-Ortostatik hipotansiyon gelişimi söz konusu olduğunda hastanın önce sırtüstü yatar pozisyondaki kan basıncı değerlendirilmeli, sonra oturtulmalı ve iki üç dakika sonra kan basıncı ölçümü tekrarlanmalıdır.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

3- Mayi, dren ya da göğüs tüpünün varlığı gibi nedenlerle ameliyat sonrası hastanın ayağa kaldırılması ve hareket etmesi geciktirilebilir.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

4- Mobilizasyonun birinci basamağı yatak içinde dönmeyle değil yatak kenarında oturmayla başlar?

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

5- Taburculuk sürecinde cerrahi girişim uygulanan hastalara özellikle ağrı yönetimi, aktivite ve yara bakımı konusunda yazılı eğitim verilmelidir.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

6- Daha önce düşme nedeniyle bireyin taşıdığı düşme korkusu ve riskli ilaç kullanımı cerrahi hastası için düşme riski oluşturan durumlardan değildir?

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

7- Ameliyat sonrası 6-8 saat aralığında yatak kenarında birkaç adım atma şeklinde gerçekleştirilen mobilizasyon 'erken mobilizasyon' olarak belirtilebilir.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

8- Radikal cerrahi geçiren yoğun bakım hastalarının yaşam bulguları stabil olsa bile ilk 24 saat içerisinde mobilize edilmeleri önerilmemektedir.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

9- Preoperatif açlık, gece yarısından sonra oral katı ve sıvı alımının kesilmesi olarak uygulanmalıdır.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

10- Uzun açlık süresi ameliyat sonrası dönemde insülin direnci gelişmesine neden olabilir.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

11- Ameliyattan önceki gece yarısına kadar 800 ml, 2-3 saat öncesinde de 400 ml karbonhidrattan zengin sıvı gıda verilmesi ameliyat sonrası iyilik halini arttırır, insülin direncini azaltır ve hastanede kalış süresini kısaltır.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

12- Hipotermi sempatik deşarjı ve travmaya metabolik endokrin cevabı baskılar, koagulasyon dengesini bozarak kanamayı azaltır.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

13- Taburcu edilen hastalar 24-48 saat sonra telefon yolu ile aranmalı ve durumları öğrenilmelidir.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

14- Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir kaynak ağrıyı yaşayan bireyin ifadesidir.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

15- Plaseboya olumlu yanıt veren hastaların gerçekte herhangi bir ağrı varlığı bulunmamaktadır.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

16- Hasta ağrısı olduğunu ifade ettiği halde uyuyabiliyorsa hastanın ağrı varlığını ifadesi dikkate alınmaz ya da doğru kabul edilmez.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

17- Ameliyat sonrası dönemde özellikle narkotik türü analjezik uygulamaları kardiyak out-putta azalma ve solunum sisteminin baskılanması gibi sorunlara yol açabilmektedir.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

18- Geçirilen operasyon sonrası vücudun cerrahi stres cevabı katabolik hormonlarda artış ve anabolik hormonların bozulması ile karakterizedir. Kontrolsüz bırakılırsa, vücut hücrelerinin tahrip olmasına neden olabilir.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

19- Erken mobilizasyon deliryumu azaltabilir.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

20- Hafif hipotermi birçok ilacın biyoyararlılığını değiştirir, narkotik ve nöromusküler bloke edici ajanların metabolizmasını azaltır.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

21- Hipotermimin, serebral iskemiye hipoksiden korumak gibi bazı faydaları vardır.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

22- Erken ameliyat sonrası dönem, hastanın bilincinin açılmasıyla başlayarak hastanın ayağa kalkıp yürütmesine kadar geçen dönemi kapsamaktadır.		
Katılıyorum <input type="radio"/>	Katılmıyorum <input type="radio"/>	Bilmiyorum <input type="radio"/>
23- "fast track" cerrahi kapsamında radikal cerrahi geçiren yoğun bakım hastaları için bile birtakım vital bulgular stabil olmak kaydıyla hastaların ilk 24 saat içerisinde mobilize edilmesi önerilmektedir.		
Katılıyorum <input type="radio"/>	Katılmıyorum <input type="radio"/>	Bilmiyorum <input type="radio"/>
24- Ameliyat sonrası hızlı iyileşmenin sağlanması için rutin drenaj kullanımı ve nazogastrik tüp kullanımı önerilmektedir.		
Katılıyorum <input type="radio"/>	Katılmıyorum <input type="radio"/>	Bilmiyorum <input type="radio"/>
25- Preoperatif bağırsak hazırlığı yapılmasının bilinenin tam tersine, anastomoz kaçak riskini artırdığına dair çalışmalar bulunmaktadır.		
Katılıyorum <input type="radio"/>	Katılmıyorum <input type="radio"/>	Bilmiyorum <input type="radio"/>
26- Ameliyattan altı saat öncesine kadar katı, iki saat öncesine kadar berrak sıvı gıdaların alınmasına izin verilmesi günümüzde geçerli olan uygulamadır.		
Katılıyorum <input type="radio"/>	Katılmıyorum <input type="radio"/>	Bilmiyorum <input type="radio"/>
27- Hastanın ameliyattan sonraki ikinci saatte oral sıvı, dördüncü saatte katı gıda alması için teşvik edilmesi gerekmektedir.		
Katılıyorum <input type="radio"/>	Katılmıyorum <input type="radio"/>	Bilmiyorum <input type="radio"/>
28- Hasta postoperatif 10. günlerde yaranın kontrolü ve dikişlerin alınması için davet edilmelidir.		
Katılıyorum <input type="radio"/>	Katılmıyorum <input type="radio"/>	Bilmiyorum <input type="radio"/>
29- Ameliyattan 12 saat önce hastanın oral alımı durdurulmalıdır.		
Katılıyorum <input type="radio"/>	Katılmıyorum <input type="radio"/>	Bilmiyorum <input type="radio"/>
30- Vücudun merkezi sıcaklığının 36 C'nin altında olması hipotermi olarak kabul edilir.		
Katılıyorum <input type="radio"/>	Katılmıyorum <input type="radio"/>	Bilmiyorum <input type="radio"/>



BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI
 (Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)
TOPLANTI TUTANAĞI


OTURUM TARİHİ
26 Haziran 2019


OTURUM SAYISI
2019-07


KARAR NO 4 : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden alınan Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr.Öğr.Üyesi Nursel VATANSEVER'in danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" konulu tez çalışması kapsamında uygulanacak anket sorularının değerlendirilmesine geçildi.

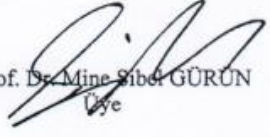
Yapılan görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr.Öğr.Üyesi Nursel VATANSEVER'in danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" konulu tez çalışması kapsamında uygulanacak anket sorularının, fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvurucuya ait olmak üzere uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

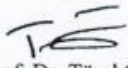

 Prof. Dr. Feriştür YILMAZ
 Kurul Başkanı



 Prof. Dr. Ramazan KAHVECİ
 Üye


 Prof. Dr. Berrin ZİK
 Üye


 Prof. Dr. Berrin TUNCA
 Üye


 Prof. Dr. Mine Sibel GÜRÜN
 Üye


 Prof. Dr. Türel ÖZKUL
 Üye


 Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU
 Üye



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı: 48171802-819/3281

04/11/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)

SBF - HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın Üniversitemiz Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü Hastanesi Cerrahi Anabilim Dalı Kliniklerinde araştırma yapmasının uygun görüldüğüne ilişkin yazılar ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve yazının adı geçen öğrenci ile danışmanına tebliğ edilmesi konusunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Gülşah ÇEÇENER
Müdür

Ek :

- 1-yazı örneği
- 2-Yazı (1 sayfa)
- 3-Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı
- 4-Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı
- 5-Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı
- 6-Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı
- 7-Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı
- 8-Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı
- 9-Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı
- 10-Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı
- 11-Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı: 73115338-819/32506

01/11/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)

İlgi : 20.08.2019 tarihli ve 48171802-300/2239 sayılı yazınız.

Müdürlüğünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER'in danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" başlıklı tez çalışmasını, Hastanemiz Cerrahi Anabilim Dalı Kliniklerinde yapma talebine ilişkin, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığının yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Şaduman BALABAN ADIM
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek :

1-Yazı (1 sayfa)

2-Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı

3-Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı

4-Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı

5-Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı

6-Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı

7-Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı

8-Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı

9-Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Başkanlığının Yazısı

10-Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı

11-Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı

12-Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı

13-Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı

14-Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığının Yazısı

Dağıtım :

Gereği :

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bilgi :

SUAM Hastane Başhemşireliğine



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.07-819/25013

27/08/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 26.08.2019 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.12.00-819/24915 sayılı yazınız.

BUÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER'in danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" başlıklı tez çalışmasını 02 Eylül-11 Ekim 2019 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda yürütülmesi uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

imza

Prof. Dr. Alp GURBET
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.04-819/27696

20/09/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)
Hakkında

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26.08.2019 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.12.00-819/24915 sayılı yazımız.

BUÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER'in danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" başlıklı tez çalışması incelenmiş olup, çalışmanın kliniğimizde yürütülmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

imza

Prof. Dr. Selçuk YILMAZLAR
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.02-819/25020

27/08/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26.08.2019 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.12.00-819/24915 sayılı yazınız.

İlgili yazınız gereğince , BUÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER'in danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" başlıklı tez çalışmasına ilişkin dilekçesi incelenmiş olup, Anabilim dalmızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

imza

Prof. Dr. İrfan KIRIŞTIOĞLU
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.01-819/25608

03/09/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26.08.2019 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.12.00-819/24915 sayılı yazınız.

İlgili yazınızda belirtmiş olduğunuz Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR) anabilim dalmızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz olunur.

imza

Prof. Dr. Yılmaz ÖZEN
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.10-819/24959
Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)

GÜNLÜ
27/08/2019

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26.08.2019 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.12.00-819/24915 sayılı yazınız.

İlgi yazıda belirtilen tarihlerde kliniğimizde yapılacak olan çalışmanın yürütülmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

imza

Prof.Dr.Mehmet BAYKARA
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.09-819/25029

28/08/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığına)

İlgi : 26.08.2019 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.12.00-819/24915 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen Tuğba AFŞAR isimli yüksek lisans öğrencisinin 02 Eylül-11 Ekim 2019 tarihleri arasında yürütmek istediği araştırma isteği uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

imza

Prof. Dr. Hakan COŞKUN
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.06-819/25234

29/08/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26.08.2019 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.12.00-819/24915 sayılı yazınız.

İlgili yazınıza konu olan BUÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr.Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER'in danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" başlıklı tez çalışmasını 02 Eylül-11 Ekim 2019 tarihleri arasında kliniğimizde yapmasında herhangi bir sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

imza

Prof. Dr. Bartu SARISÖZEN
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.05-819/25181

29/08/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığına)

İlgi : 26.08.2019 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.12.00-819/24915 sayılı yazınız.

BUÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER'in danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" başlıklı tez çalışmasını 02 Eylül-11 Ekim 2019 tarihleri arasında kliniğimizde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

imza

Prof. Dr. Güzin Yeşim ÖZGENEL
Anabilim Dalı Başkanı V.



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.12-819/31025

18/10/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 26.08.2019 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.12.00-819/24915 sayılı yazımız.

İlgi yazıda istenilen Enstitümüz SBF-Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr.Öğr.Üyesi Nursel VATANSEVER 'İN danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" başlıklı tez çalışması için Anabilim Dalımızda gerekli çalışmaların yapılması uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

imza

Prof. Dr. İsmet YAVAŞCAOĞLU
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.03-100/31443

22/10/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi(Tuğba AVŞAR)

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 21/08/2019 tarihli ve 73115338-819/24523 sayılı yazımız.

İlgi yazımız gereği, BUÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr.Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER'in danışmanlığında bulunan Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" başlıklı tez çalışmasının Kliniğimizde yapılması uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

imza

Prof. Dr. Mustafa TOK
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.11-819/31442

22/10/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 26.08.2019 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.12.00-819/24915 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, BUÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr.Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER'in danışmanlığında bulunan Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" başlıklı tez çalışmasının Kliniğimizde yapılması uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

imza

Prof. Dr. Ahmet Sami BAYRAM
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.08-819/31552

23/10/2019

Konu: Araştırma İzin Talebi (Tuğba AFŞAR)

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 26.08.2019 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.12.00-819/24915 sayılı yazımız.

BUÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER'in danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Tuğba AFŞAR'ın "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımları" başlıklı tez çalışmasını Anabilim Dalımız Kliniğinde yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

imza

Prof. Dr. Gürkan UNCU
Anabilim Dalı Başkanı

9. TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sırasında bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER'e teşekkürlerimi sunarım.

Çalıőmamın yürütülmesi esnasında bana destek olan Beyin Cerrahi Kliniği Başhemőiresi Özcan BARKAN'a ve emeği geçen tüm hemşirelere teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen sevgili ailem ve arkadaşlarıma vermiş oldukları manevi destek için teşekkür ederim.

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Tuğba AFŞAR

Doğum Yeri ve Tarihi: Manisa/Akhisar – 28/07/1993

Eğitim Bilgileri

Lise: Akhisar Anadolu Lisesi

Üniversite: Bursa Uludağ Üniversitesi/ Hemşirelik Bölümü

İş Bilgileri

Bursa Özel Uludağ Sağlık Koleji/ Öğretmen / 2015

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi/ Hemşire/ Kasım 2015 den bu yana devam ediyor.

İletişim Bilgileri

Tel: 0 (539) 861 98 00

E-posta: tugbafsar3@gmail.com

Akademik Çalışmalar

Bulut A, Afşar T, Vatansever N (2019) Hemşirelik Öğrencilerinin Cerrahi Dren Takibi ve Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri. Adıyaman Üni. Sağlık Bilimleri Derg, 5(1);1278-1292.