

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN HIZLI İYİLEŞME
PROTOKOLÜ HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emre ULUÇAY

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı**

HAZİRAN, 2025

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN HIZLI İYİLEŞME
PROTOKOLÜ HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emre ULUÇAY
(Y2316.006007)

Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Semra BÜLBÜLOĞLU

HAZİRAN, 2025

TEZ SINAV TUTANAĞI

İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında oluşturulan jüri üyeleri önünde, tarihinde tez savunma sınavı yapılan'nun tezi hakkında* ile** kararı verilmiştir.

JÜRİ

1. Üye (Tez Danışmanı) : Doç. Dr. Semra BÜLBÜLOĞLU
2. Üye : Prof. Dr. Serdar SARITAŞ
3. Üye : Dr. Öğr. Üyesi Merve GEYLANI

ONAY

İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
..... tarih ve sayılı kararı

(*) Oybirliği/Oyçokluğu hâli yazı ile yazılacaktır.

(**) Kabul kararı hâli yazı ile yazılacaktır.

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Hızlı İyileşme Protokolü Hakkında Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (26/06/2025)

Emre ULUÇAY

ÖNSÖZ

İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nın açılmasında ve yürütülmesinde önemli katkılarından dolayı Rektörlük, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Programda görevli Başkan ve Öğretim Üyelerine,

Hemşirelik eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden, tezimin planlanma aşamasından sonuçlanmasına kadar geçen sürede sabrını, bilgisini, zamanını ve desteğini esirgemeyen, büyük bir ilgi ile yoluma ışık tutan ve kendileri ile çalışmaktan onur duyduğum çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Semra BÜLBÜLOĞLU'na,

Önemli katkılarından dolayı değerli jüri üyesi hocalarım Prof. Dr. Serdar SARITAŞ ve Dr. Öğr. Üyesi Merve GEYLANI'ye,

Tezimin her aşamasında bana destek olan Öğr. Gör. Gözde Kuzu ULUÇAY'a,

Veri toplama aşamasında desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen çok değerli hocalarım Prof. Dr. Zuhar BAHAR ve Dr. Öğr. Üyesi Arzu KAVALA'ya,

Çalışma sürecimde çok değerli vakitlerini ayıran ve çalışmamın ana unsuru olan İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2. 3. ve 4. Sınıf öğrencilerine,

Bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan, gösterdikleri maddi ve manevi her türlü sonsuz sabır ve anlayış ile hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen, hayatım boyunca şefkatiyle beni her zaman destekleyip güçlendiren canım aileme teşekkür ederim.

Haziran, 2025

Emre ULUÇAY

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN HIZLI İYİLEŞME PROTOKOLÜ HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Giriş: Modern cerrahi yaklaşımlar yalnızca tedavi başarısını hedeflemekle kalmayıp, aynı zamanda hastaların yaşam kalitesini ve iyileşme süreçlerini de ön planda tutmaktadır. Bu doğrultuda geliştirilen Ameliyat Sonrası Hızlı-iyileşme Protokolü (HP) (Fast-Track Surgery), multidisipliner ve kanıta dayalı uygulamaları içeren bir bakım modeli sunmaktadır. Ameliyat Sonrası HP'nin etkin bir şekilde uygulanabilmesi, hemşirelerin bu protokole ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerinin yeterli olmasına bağlıdır. HP'ye ilişkin eğitimlerin verilmesine öğrencilik döneminde başlanmalıdır.

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik bölümünde eğitim gören öğrencilerin HP hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerini incelemeyi amaçladı.

Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tasarıma sahiptir. Veri toplama süreci 25 Mart 2025 ile 15 Nisan 2025 tarihleri arasında yapıldı. Örneklemde $s=160$ hemşirelik bölümü öğrencisi yer almaktadır. Veri toplamada Kişisel Bilgi Formu ve HP Farkındalık Envanteri kullanıldı. Veri analizinde Mann Whitney U ve Chi Squared test kullanıldı.

Bulgular: Bu çalışmada hemşirelik bölümü öğrencilerinin %80'i kadın, %20'si erkek idi. Öğrencilerin ekonomik durumu incelendiğinde %6,9'u düşük, %89,4'ü orta, %3,8'i yüksek ekonomik düzeye sahipti. Öğrencilerin %25'i ikinci sınıfta, %50'si üçüncü sınıfta ve %25'i dördüncü sınıfta öğrenim görüyordu. Öğrencilerin yaş dağılımı incelendiğinde %41,9'u 18 ile 21 yaş aralığında, %50,6'sı 22 ile 25 yaş aralığında, %7,5 ise 26 ile 29 yaş aralığında idi. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin HP Farkındalık Envanteri puanı $16,93 \pm 6,30$ idi. Erkek öğrencilerin hızlı iyileşme protokolü değerlendirme envanteri puan ortalaması kadın öğrencilerden daha yüksekti, ancak aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamsız idi ($p=0,424$). Öğrencilerin ekonomik durumlarının HP değerlendirme

envanteri puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir etkisi bulunmadı ($p=0,611$). Son sınıf öğrencilerinin üçüncü sınıflara göre, üçüncü sınıf öğrencilerinin ikinci sınıflara göre HP değerlendirme envanteri puan ortalamaları daha yüksekti ve aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,001$).

Sonuç: Bu çalışmada hemşirelik bölümü öğrencilerinin HP'ye ilişki bilgi düzeyleri orta seviyenin üstünde bulundu. Sınıfı arttıkça öğrencilerin bilgi ve farkındalıkları da yükseliyordu. Diğer sosyodemografik değişkenler hızlı iyileşme protokolü bilgi ve farkındalık düzeyini etkilemedi. Klinik uygulamalar sırasında verilen perioperatif bakımın anlaşılmasında HP protokolü büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda öğrencilerin bilgi ve farkındalık düzeylerini yükseltecek stratejiler geliştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Bilgi, Farkındalık, Hemşirelik öğrencileri, Hızlı iyileşme protokolü

EXAMINATION OF NURSING STUDENTS' KNOWLEDGE AND AWARENESS LEVELS ABOUT RAPID RECOVERY PROTOCOL

ABSTRACT

Introduction: Modern surgical approaches not only target treatment success, but also prioritize patients' quality of life and recovery processes. Enhanced Recovery After Surgery, developed in this context, offers a care model that includes multidisciplinary and evidence-based practices. Effective implementation of the Rapid Recovery After Surgery Protocol depends on nurses having sufficient knowledge and awareness of this protocol. Training on the rapid recovery protocol should be provided during the student period.

Purpose: This study aims to examine the knowledge and awareness levels of nursing students about the rapid recovery protocol.

Method: The research has a descriptive and cross-sectional design. The data collection process was conducted between, March 25, 2025 and April 15, 2025. The sample includes n=160 nursing students. Personal Information Form and Rapid Recovery Protocol Awareness Inventory were used in data collection. Mann Whitney U and Chi Squared tests were used in data analysis.

Findings: In this study, 80% of the nursing students were female and 20% were male. When the economic status of the students was examined, 6.9% had low, 89.4% had medium, and 3.8% had high economic status. 25% of the students were in the second year, 50% were in the third year, and 25% were in the fourth year. When the age distribution of the students was examined, 41.9% were between the ages of 18 and 21, 50.6% were between the ages of 22 and 25, and 7.5% were between the ages of 26 and 29. The Rapid Recovery Protocol Awareness Inventory score of the nursing students was 16.93 ± 6.30 . The mean score of the rapid recovery protocol assessment inventory of male students was higher than that of female students, but this difference was not statistically significant ($p=0.424$). The economic status of the students did not have a statistically significant effect on the rapid recovery protocol assessment inventory

scores ($p=0.611$). The mean scores of the final year students were higher than the third year students, and the third year students were higher than the second year students, and this difference was statistically significant ($p=0.001$).

Conclusion: In this study, the knowledge level of the nursing students regarding the rapid recovery protocol was found to be above the average level. As the grade increased, the knowledge and awareness of the students also increased. Other sociodemographic variables did not affect the level of knowledge and awareness of the rapid recovery protocol. The rapid recovery protocol is of great importance in understanding the perioperative care provided during clinical practices. In this context, strategies should be developed to increase the knowledge and awareness levels of the students.

Key words: Awareness, Knowledge, Nursing students, Rapid recovery protocol

İÇİNDEKİLER

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
I. GİRİŞ	1
II. GENEL BİLGİLER	3
A. Hızlı-iyileşme Protokolü'nün Kavramsal Çerçevesi	3
B. Hızlı-iyileşme Protokolü'nün Bileşenleri	5
C. Hızlı-iyileşme Protokolü'nün Ameliyat Öncesi Bileşenleri	5
1. Hastanın Bilgilendirilmesi	6
2. Rehabilitasyon.....	7
3. Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği.....	7
4. Preoperatif Açlık ve Karbonhidrat Yüklemesi	8
5. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi.....	8
6. Ameliyat Öncesi Optimizasyon	9
7. Premedikasyon	10
8. Tromboemboli Profilaksisi	10
9. Antimikrobiyal Profilaksi	11
10. Ameliyat Yerinin Hazırlığı	11

11. Hızlı İyileşme Protokolü'nün Ameliyat Sırası Bileşenleri.....	11
12. Anestezi Protokolü	12
13. Cerrahi İnsizyon Seçimi	13
D. Hızlı İyileşme Protokolü'nün Ameliyat Sırasındaki Bileşenleri	14
1. İntraoperatif Hipoterminin Önlenmesi.....	14
E. Hızlı-iyileşme Protokolü'nün Ameliyat Sonrası Bileşenleri	14
1. Postoperatif Bulantı ve Kusmanın Multimodel Yönetimi	15
2. Sıvı Yönetimi	16
3. Drenlerin Kullanımı	17
4. Nazogastrik Sondanın Kullanımı.....	18
5. İdrar Kateteri.....	19
6. Kan Şekerini Yönetimi.....	20
7. Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması	21
8. Postoperatif Analjezi.....	22
9. Postoperatif Beslenme	23
10. Erken Ayağa Kaldırma ve Mobilizasyon	24
F. Taburculuk.....	25
G. İzlem ve Sonuçların Kontrolü.....	25
H. Hızlı-iyileşme Protokolü ve Hemşirelik	26
İ. Hızlı-iyileşme Protokolü ve Hemşirelik Rollerini	27
1. Hasta Eğitimi	27
2. Bakım Planlaması	27
3. Postoperatif İzlem	27
4. Multidisipliner İletişim	27
5. Kalite Değerlendirme ve İzlem	28
J. Hızlı-iyileşme Protokolü'nün Hemşirelik Eğitiminde Gerekliliği	28

1. Araştırmanın Amacı.....	29
2. Araştırma Soruları.....	29
III. YÖNTEM.....	30
A. Araştırmanın Tasarımı	30
1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30
B. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	30
C. Sınırlılıklar	31
D. Varsayımlar.....	32
E. Verilerin Toplanması	32
1. Demografik Ve Eğitsel Özellik Formu	32
2. Hızlı-İyileşme Protokolü Bilgi ve Farkındalık Envanteri	32
F. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	33
G. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
IV. BULGULAR.....	34
V. TARTIŞMA	43
VI. SONUÇ.....	46
VII.KAYNAKÇA	47
EKLER.....	56
ÖZGEÇMİŞ.....	62

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı 35
- Şekil 2 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Ekonomik Durumuna göre Dağılımı .. 36
- Şekil 3 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Sınıflarına Göre Dağılımı 37
- Şekil 4 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Yaşlarına Göre Dağılımı 38



ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 1 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Demografik Ve Eğitsel Özellikleri ...	34
Çizelge 2 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin HPBFE'den Aldığı Puanların Ortalamaları	39
Çizelge 3 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin HPBFE'den Aldığı Puan Ortalamaları	41
Çizelge 4 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Demografik Ve Eğitsel Özellikleri İle HPBFE Puan Ortalamalarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42

KISALTMALAR LİSTESİ

%	: Yüzde
ASA	: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anesteziyoloji Derneği)
CAE	: Cerrahi alan enfeksiyonu
DMAH	: Düşük moleküler ağırlıklı heparin
ERAS	: Enhanced Recovery After Surgery
HP	: Hızlı iyileşme protokolü
HPBFE	: Hızlı iyileşme protokolü bilgi ve farkındalık envanteri
IV	: İntravenöz
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
Maks	: Maksimum
Min	: Minimum
NSAİİ	: Non-steroid antiinflatuvar ilaç
Ort	: Ortalama
PEEP	: Positive End Expiratory Pressure
PONV	: Postoperative Nausea and Vomiting
SPSS	: Statistical packed for the social sceiences
SS	: Standart sapma
TİVA	: Total İntravenöz Anestezi
U	: Mann Whitney U
Vd	: Ve diğerleri
X²	: Chi Squared

I. GİRİŞ

Sağlık bakım uygulamalarındaki gelişmeler cerrahi ile ilişkili komplikasyonların en aza indirilmesi, iyileşme sürecinin kısaltılması ve hasta konforunun artırılmasını amaçlar. Bu kapsamda multidisipliner yaklaşımlara dayanan, hasta merkezli ve bilimsel temellere oturtulmuş yöntemlerin önemi giderek artmaktadır (Eltemy vd., 2025). Bunun için geliştirilen ameliyat sonrası Hızlı-iyileşme Protokolü (HP) (Fast-Track Surgery), perioperatif sürecin her üç aşamasını kapsayan bir yaklaşımı içerir (Kehlet, 2015). HP, ameliyat öncesinden başlayarak ameliyat sırası ve sonrasında da içine alan geniş bir zaman aralığında, hastaların en iyi sonuçlar elde etmesini hedefleyen kanıta dayalı uygulamaları içerir (Kifle vd., 2024). Bu uygulamalar arasında preoperatif bilgilendirme, beslenme durumunun iyileştirilmesi, erken mobilizasyon, etkili ağrı yönetimi ve komplikasyonların azaltılmasına yönelik girişimler yer almaktadır (Jain vd., 2023).

Hızlı-iyileşme protokolü günümüzde pek çok alanda, kendi disiplini içerisinde geliştirilmiş uygulamalar sayesinde başarıyla hayata geçirilmektedir (Ljungqvist vd., 2017; Moss, 2022). Başlangıçta özellikle kolon cerrahisinde uygulanan bu protokoller, daha sonra rektum cerrahisini de içine alacak biçimde genişletilmiş; böylelikle kolorektal cerrahinin tüm alanlarını kapsayan, kanıta dayalı standart uygulamalar haline dönüşmüştür (Karakuş, 2023). Bu gelişmeler, HP'nin klinik uygulamada yaygınlaşmasını ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesini destekleyen önemli adımlar arasında yer almasını sağlamıştır (İlya, 2022). Danimarkalı bir profesör olan Henrik Kehlet HP'nin ortaya çıkışına öncülük etmiştir. Kehlet 1997 yılında HP ile ilgili çalışma başlatmış ve 2 yıl sonunda elde ettiği olumlu hasta sonuçlarını literatürde raporlandırmıştır. Günümüzde Hollanda ve Norveç'in de içinde olduğu geniş bir coğrafyada perioperatif dönemde HP kullanımı yapılmaktadır (Foster vd., 2025; Ljungqvist vd., 2017). Esas olarak HP, cerrahi stres yanıtını regüle eden metabolik kolaylıklar sunar ve bu sayede komplikasyonlar azalır (Bölükbaş ve Birlikbaş, 2019).

Cerrahi sürecin bütüncül yönetimini esas alan HP, yalnızca klinik sonuçların değil, aynı zamanda hasta memnuniyetinin artırılmasına da katkı sağlamaktadır (Erdem, 2018). HP protokolünün etkin bir şekilde uygulanabilmesi için cerrah, anestezi uzmanı, cerrahi hemşireler, diyetisyen ve fizyoterapist ortak ve eşgüdümlü çalışmalıdır (Schmidt vd., 2025). HP ekibinde yer alan sağlık profesyonelleri arasında cerrahi hemşireleri, hastayla en yoğun etkileşimde bulunan ve bakımın sürekliliğini sağlayan meslek üyeleri olmalarından dolayı HP uygulamalarında merkezi bir rol üstlenirler (Kannan vd., 2025). Cerrahi hemşirelerin HP hakkında bilgi, beceri ve farkındalığa sahibi olmaları, protokolün başarısını doğrudan etkileyen önemli bir faktördür (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2017). Bu kapsamda HP'ye ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyi sağlık profesyonellerinin henüz öğrencilik dönemlerinde geliştirilmesine yönelik hemşirelik eğitimlerinin planlaması yapılırken HP ile ilişkili dersler ve konular kurgulanmalıdır (Bogani vd., 2021; Kannan vd., 2025).

II. GENEL BİLGİLER

A. Hızlı-iyileşme Protokolü'nün Kavramsal Çerçevesi

Cerrahi girişimlerin ardından hastalarda gözlemlenen iyileşme süreci, yalnızca uygulanan cerrahi tekniklerin başarısıyla değil, aynı zamanda hasta merkezli ve bütüncül bir bakım anlayışının niteliğiyle doğrudan ilişkilidir (İlya, 2022). Bu süreçte meydana gelen komplikasyonlar, enfeksiyonlar, geç mobilizasyon, beslenme problemleri gibi çeşitli sorunlar; yalnızca hastaların iyileşmesini geciktirmekle kalmayıp, aynı zamanda sağlık sistemine olan maliyet yükünü de önemli ölçüde artırmaktadır. Bu bağlamda geliştirilen HP, modern cerrahi bakım anlayışının önemli bir yapı taşı haline gelmiştir (Ljungqvist vd., 2017).

Literatürde "ERAS Protokolü" ifadesi, Türkçeye "Cerrahi Sonrası Etkin Toparlanma Protokolü" ya da "Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü" olarak çevrilmektedir. HP özellikle majör cerrahiler sonrasında hastaların en kısa sürede eski fonksiyonel durumlarına dönmelerini hedefleyen, multidisipliner ekipler tarafından yürütülen, bilimsel kanıtlara dayalı ve sistematik bir yaklaşımdır. Bu yönüyle HP yalnızca bir klinik müdahale modeli değil, aynı zamanda hasta merkezli bakımın çağdaş bir örneği olarak değerlendirilmektedir (Yemişçi, 2023).

Hızlı-iyileşme protokolü, ilk kez 1990'lı yıllarda Danimarkalı cerrah Prof. Dr. Henrik Kehlet tarafından tanımlanmış ve kolorektal cerrahi alanında yaptığı çalışmalarla dikkat çekmiştir. Kehlet'in 1997 yılında yürüttüğü araştırmalar, uygun hasta yönetimi sağlandığında cerrahi uygulamaların ardından ikinci günde taburculuğun mümkün olabileceğini ortaya koymuştur. Bu bulgular cerrahi iyileşme sürecine yönelik geleneksel yaklaşımları sorgulatmış ve bu yeni yaklaşım zamanla sistematikleştirilerek HP (Fast-track veya Enhanced Recovery After Surgery-ERAS)" adıyla literatüre yerleşmiştir (Kehlet ve Wilmore, 2008).

Başlangıçta yalnızca kolorektal cerrahilerde uygulanan HP, günümüzde jinekolojik, ürolojik, ortopedik, hepatobiliyer ve kardiyotorasik cerrahiler olmak üzere birçok alana genişletilmiştir (Grossi, 2023). Protokolün temel özelliklerinden biri, her bir cerrahi alan için kanıta dayalı rehberlere uygun şekilde yapılandırılmış olmasıdır. Uygulama süreci hastaya özgü planlanmakta ve multidisipliner ekiplerin eşgüdümü ile yürütülür. (Gustafsson vd., 2012). HP yaklaşımı, cerrahi süreci üç temel dönemde ele almaktadır: ameliyat öncesi (preoperatif), ameliyat sırası (intraoperatif) ve ameliyat sonrası (postoperatif) dönem. Her bir döneme özgü girişimler fizyolojik stresini azaltmayı, fonksiyonel iyileşmesini hızlandırmayı ve süreci bütüncül bir biçimde yönetmeyi hedeflemektedir (Elias vd., 2019). Bu yaklaşımın temel hedefleri arasında; cerrahi sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların ve sekellerin azaltılması, ameliyatın yol açtığı fizyolojik stres yanıtının en aza indirilmesi, hastanın normal vücut fonksiyonlarına daha erken dönmesi, mobilizasyonun kısa sürede başlatılması ve hastanede kalış süresinin kısaltılması yer almaktadır (Hamlin vd., 2016).

Bu hedefler doğrultusunda geliştirilen HP uygulamaları, yalnızca cerrahi tekniklerin etkinliğini değil, aynı zamanda bakım kalitesinin sürdürülebilirliğini ve disiplinler arası iş birliğinin gücünü de ortaya koymaktadır. HP'nin uygulanmasında cerrahların yanı sıra hemşireler, anestezi uzmanları, fizyoterapistler ve diyetisyenler gibi birçok sağlık profesyoneli aktif rol üstlenmektedir. Özellikle hemşireler, hasta ile sürekli iletişimde olmaları ve süreç boyunca bakım koordinasyonunu sağlamaları nedeniyle HP uygulamalarında kilit bir pozisyona sahiptir (Nicholson vd., 2014).

Güncel literatür, HP protokolünün uygulandığı hasta gruplarında enfeksiyon oranlarının azaldığını, pulmoner komplikasyonların daha az görüldüğünü ve hastanede kalış süresinin anlamlı şekilde kısaltıldığını ortaya koymaktadır (Solak Kabataş ve Özbayır, 2016). Bununla birlikte hastaların süreç boyunca bilgilendirilmiş, sürece dahil edilmiş ve eğitilmiş bireyler olarak yer almaları hem tedaviye uyumu hem de hasta memnuniyetini artıran önemli bir etkidir (Ljungqvist ve Hubner, 2018).

Türkiye'de HP uygulamaları son yıllarda artmakta olup, çoğu sağlık merkezinde aktif şekilde kullanılmaktadır. Ancak uygulamaların sahada etkinliği,

sağlık profesyonellerinin bilgi ve uygulama yeterlilikleri ile doğrudan ilişkilidir. Bu noktada hemşirelerin HP protokolüne ilişkin bilgi düzeyleri, uygulamaların başarıyla yürütülmesi açısından belirleyici olmaktadır. Öte yandan, HP'ye ilişkin bilgilerin hemşirelik eğitim müfredatında sınırlı yer bulması, hemşirelik öğrencilerinin bilgi ve farkındalık düzeylerinin gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Güleç, 2024).

Bu nedenle, hemşirelik öğrencilerinin HP protokolüne ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu konuda farkındalıklarının artırılması; yalnızca bireysel mesleki gelişimleri için değil, aynı zamanda uzun vadede sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini artırmak açısından da önemli katkılar sağlayacaktır.

B. Hızlı-iyileşme Protokolü'nün Bileşenleri

Cerrahi sonrası HP, yalnızca operasyon anına odaklanan geleneksel yaklaşımların ötesine geçerek, cerrahi süreci üç temel aşamada ele alan yapılandırılmış ve bütüncül bir bakım modeli sunmaktadır (Kehlet, 2015). HP bu bağlamda; ameliyat öncesi (preoperatif), ameliyat sırası (intraoperatif) ve ameliyat sonrası (postoperatif) olmak üzere üç ana dönemde planlanan müdahaleleri içermekte, her aşamada fizyolojik stresin azaltılması, fonksiyonel iyileşmenin desteklenmesi ve komplikasyonların önlenmesi hedeflenmektedir. Süreç odaklı bu yapı, hasta sonuçlarını iyileştirmede multidisipliner ekiplerin koordinasyonunu esas alarak, bireyselleştirilmiş ve kanıta dayalı uygulamaları bakımın merkezine yerleştirmektedir (Spry, 2022).

C. Hızlı-iyileşme Protokolü'nün Ameliyat Öncesi Bileşenleri

Hızlı-iyileşme Protokolü cerrahi sürecin yalnızca ameliyat sırasında değil, ameliyat öncesi hazırlık evresine de kapsamlı biçimde odaklanan bütüncül bir yaklaşım içerir. Bu bağlamda, preoperatif dönem; hastanın fizyolojik, psikolojik ve fonksiyonel yönden operasyona en iyi şekilde hazırlanmasını amaçlayan çok yönlü uygulamaları içermektedir. Söz konusu hazırlık süreci, cerrahiye bağlı stres yanıtını en aza indirmek, bağışıklık sistemini desteklemek ve postoperatif

komplasyonların görölme olasılığını azaltmak açısından büyük önem taşımaktadır (Corbin vd., 2021).

Ameliyat öncesi dönemde uygulanacak girişimler, hastanın klinik durumunun değerlendirilmesi ve cerrahi bakıma aktif katılımının sağlanması ile başlar. Bu kapsamda hastanın bilgilendirilmesi, beslenme durumunun optimize edilmesi, psikososyal destek sağlanması ve mevcut komorbid hastalıkların kontrol altına alınması gibi süreçler planlı ve bireyselleştirilmiş olarak yürütölmektedir. Ayrıca, cerrahiye takip eden dönemde daha iyi sonuçlar elde edilebilmesi için prehabilitasyon uygulamaları, anemi ve glikoz kontrolü, tromboemboli profilaksisi, antimikrobiyal önlemler ve optimal açlık sürelerinin düzenlenmesi de bu dönemin önemli bileşenleri arasında yer almaktadır (Sinan, 2023). Preoperatif hazırlık sürecinde hemşirelerin rolü, hastanın eğitimi ve kaygılarının giderilmesi başta olmak üzere multidisipliner ekip koordinasyonunun sağlanmasına kadar uzanmakta; dolayısıyla HP'nin başarıyla uygulanmasında kritik bir konumda bulunmaktadır (Patil vd., 2019).

1. Hastanın Bilgilendirilmesi

Preoperatif dönemde başlayan hasta bilgilendirmeleri HP'nin en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilmektedir. Bu bilgilendirmeler ve eğitimler, yalnızca hastanın ameliyata fiziksel olarak hazırlanmasını değer, aynı zamanda psikolojik ve bilişsel yönden de cerrahi sürece aktif katılımını hedeflemektedir. Literatürde, cerrahiye ilişkin bilgi eksikliğinin, hastalarda endişe, korku ve belirsizlik duygularını artırdığı; bu durumun da postoperatif iyileşme sürecini olumsuz etkileyebildiği sıklıkla vurgulanmaktadır (Cavallaro vd., 2018).

Hasta eğitimi; cerrahi işlemin seyri, uygulanacak anestezi yöntemleri, ameliyat sonrası karşılaşılabilecek durumlar, hastanede kalış süresi, ağrı kontrolü, oral alım, dren kullanımı, mobilizasyon ve kullanılacak destek cihazları gibi çok sayıda öğeyi kapsamaktadır. Bu eğitimin hem yazılı materyallerle hem de birebir sözlü iletişimle desteklenmesi önerilmekte; bu sayede hastanın bilgiyi daha iyi içselleştirmesi ve kaygı düzeyinin azaltılması amaçlanmaktadır (El Tahan vd., 2023).

Bilgilendirilen hastalar, tedavi sürecine daha bilinçli şekilde katılmakta ve beklentilerini daha net şekilde ifade edebilmektedir. Bu durum hem hasta

memnuniyetini artırmakta hem de perioperatif plana uyumu kolaylaştırmaktadır. Aynı zamanda hastaların sorular sorması ve endişelerini dile getirmesi için güvenli bir iletişim zemini oluşturulması, hasta–hemşire ilişkisinde etkileşimi güçlendirmektedir. Hemşirelerin bu süreçte aktif rol üstlenmesi, eğitim materyalleri sağlaması ve bireysel rehberlik sunması, hasta sonuçlarını iyileştirmede belirleyici bir etken olarak değerlendirilmektedir (Çelebi, 2019). Ameliyat öncesi dönemde gerçekleştirilen yapılandırılmış hasta eğitimi ve bilgilendirmeler yalnızca bilgi aktarımına değil; aynı zamanda hastanın cerrahi stresini azaltır, iş birliğine dayalı bir iyileşme yolculuğu yaşamasına ve komplikasyon risklerinin azaltılmasına hizmet etmektedir.

2. Prehabilitasyon

Prehabilitasyon, cerrahi girişim öncesinde hastanın fonksiyonel ve fizyolojik kapasitesini artırmaya yönelik planlanan, çok yönlü girişimleri içeren sistematik bir hazırlık sürecidir. Bu yaklaşımın temel amacı; hastanın cerrahi strese karşı toleransını yükselterek, ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonların şiddetini azaltmak, iyileşme sürecini hızlandırmak ve klinik sonuçları iyileştirmektir. Prehabilitasyon programları genellikle fiziksel egzersiz, beslenme desteği ve psikososyal destek gibi müdahaleleri kapsar. Özellikle ileri yaş grubundaki ya da eşlik eden hastalıklara sahip bireylerde, cerrahi sonrası dönemde yaşanabilecek fizyolojik stres tepkilerinin azaltılmasına ve fonksiyonel kayıpların önlenmesine katkı sağlar. Aynı zamanda cerrahi sonrası iyileşmeyi kolaylaştıran HP cerrahinin önemli tamamlayıcı unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir (Yılmaz ve Yazıcı, 2021).

3. Ameliyat Öncesi Bağırsak Temizliği

Geleneksel cerrahi uygulamalarda yaygın biçimde kullanılan yoğun bağırsak temizliği, günümüzde HP çerçevesinde daha sınırlı ve endikasyona dayalı şekilde uygulanmaktadır. Özellikle kolorektal cerrahilerde gerekli görülen durumlar dışında, bu uygulamanın rutin kullanımı önerilmemektedir. Mekanik bağırsak temizliğinin; hastalarda elektrolit dengesizlikleri, dehidratasyon, konfor kaybı ve uzamış ileus gibi komplikasyonlara yol açabileceği bildirilmiştir (Wainwright vd., 2022). Bunun yanı sıra, kolon cerrahisi sonrası anastomoz kaçağı insidansını artırabileceği ve ameliyat sonrası iyileşme sürecini olumsuz

etkileyebileceği de ortaya konmuştur (Foster vd., 2025). Bu nedenle, mekanik bağırsak temizliğinin yalnızca gerekli görülen hastalarda düşük dozda laksatifler ya da seçilmiş oral antibiyotiklerle sınırlı olarak uygulanması önerilmektedir (Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019). HP bu müdahaleyi, yüksek düzeyde kanıta ve güçlü önerilere dayandırarak sınıflandırmakta; hasta güvenliği ve cerrahi başarı açısından daha dengeli bir yaklaşımı benimsemektedir (Çelebi, 2019).

4. Preoperatif Açlık ve Karbonhidrat Yükleme

Geleneksel cerrahi uygulamalarda hastaların gece yarısından itibaren oral alımı kesilerek uzun süreli açlık süreci benimsenmiştir. Ancak bu yaklaşım, postoperatif dönemde insülin direncinin artmasına, kas yıkımının hızlanmasına ve stres hormonlarında yükselmeye yol açarak metabolik açıdan olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Güncel rehberler ve HP ise bu uygulamayı değiştirmiş, daha fizyolojik ve hasta dostu bir yaklaşım benimsemiştir. Amerikan Anesteziyoloji Derneği (American Society of Anesthesiologists-ASA) ve Avrupa Anesteziyoloji Derneği'nin önerilerine göre, mide boşalmasında gecikme olmayan hastalar için ameliyattan en az 6 saat önce hafif katı gıda, 2 saat öncesine kadar ise berrak sıvı tüketimine izin verilmektedir (Gillis vd., 2022; Yemişçi, 2023).

Bununla birlikte, HP'nin preoperatif dönemde karbonhidrat desteğini de içermektedir. Bu kapsamda ameliyattan önceki gece 800 ml %12,5 oranında karbonhidrat içeren berrak sıvı verilmesi, ameliyattan 2–3 saat önce ise ek olarak 400 ml karbonhidrat çözeltisi alınması önerilmektedir (Erdem, 2018). Bu yaklaşım, cerrahi stresin metabolik etkilerini azaltmakta, glikojen depolarını korumakta ve iyileşme sürecini desteklemektedir. Yapılan araştırmalarda, bu uygulamanın komplikasyon oranlarını artırmadığı, hatta hasta memnuniyetini artırdığı ve postoperatif sonuçları olumlu etkilediği bildirilmektedir (Kahokehr vd., 2009).

5. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Ameliyat öncesi dönemde hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi, cerrahi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde ve iyileşme sürecinin hızlandırılmasında hayati öneme sahiptir. HP kapsamında bu değerlendirme, yalnızca vücut kitle indeksi gibi genel göstergeleri değil; aynı zamanda serum albümin düzeyi, son aylarda yaşanan kilo kaybı, protein

rezervleri ve metabolik durum gibi spesifik parametreleri de içerecek şekilde kapsamlı biçimde ele alınır. Bu değerlendirme sonuçlarına göre, malnütrisyon riski taşıyan bireylerde, cerrahi öncesi dönemde oral besin desteği, enteral ya da parenteral beslenme gibi uygulamaların planlanması gerekliliği doğar (Yemişçi, 2023).

Özellikle bağışıklık sistemini destekleyen özel enteral beslenme ürünlerinin kullanımı, postoperatif enfeksiyon riskinin azalmasına katkı sağlamaktadır. Bu yaklaşımlar, cerrahiden sonra vücut direncini artırmak ve hastanın komplikasyonsuz bir iyileşme süreci geçirmesini desteklemek amacıyla önemli birer araç haline gelmiştir (El Tahan vd., 2023).

Bunun yanı sıra, beslenme yetersizliklerinin zamanında belirlenmesi ve uygun şekilde yönetimi, genel bakım kalitesinin artmasına ve hastanın klinik prognozunun iyileştirilmesine doğrudan etki etmektedir. Bu nedenle, ameliyat öncesi beslenme durumu değerlendirmesi, HP'nin ayrılmaz ve kritik bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (Sinan, 2023).

6. Ameliyat Öncesi Optimizasyon

Preoperatif dönemde hastaların genel sağlık durumunun değerlendirilerek gerekli hazırlıkların yapılması hem cerrahiye bağlı komplikasyonların azaltılması hem de postoperatif iyileşme sürecinin hızlandırılması açısından kritik bir aşamadır. Bu süreci tanımlayan “ameliyat öncesi optimizasyon” kavramı, hastanın fizyolojik rezervlerini artırmak, mevcut kronik hastalıkları kontrol altına almak ve cerrahi riskleri en aza indirmek amacıyla planlanan çok yönlü girişimleri kapsar (Pérez Reyes vd., 2024).

Modern cerrahi yaklaşımlarda, ameliyat sonrası rehabilitasyondan ziyade ameliyat öncesi hazırlıkların öncelik kazanmasıyla birlikte “prehabilitasyon” kavramı ön plana çıkmıştır. Bu bağlamda, ameliyattan önce hastaların yaşam tarzının düzenlenmesi önerilmektedir. Sigara ve alkol tüketiminin kesilmesi, düzenli egzersiz alışkanlığı kazandırılması ve stresin azaltılmasına yönelik psikososyal destek sağlanması bu kapsamda yer almaktadır. Ayrıca, ameliyat öncesi dönemde gerekli konsültasyonlar aracılığıyla hastanın eşlik eden hastalıklarına yönelik spesifik önlemler alınmalıdır (Gustafsson vd., 2019).

Özellikle hipertansiyon, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve anemi gibi komorbiditelerin optimize edilmesi; hastanın cerrahiye daha dayanıklı hale gelmesini sağlamaktadır. Örneğin, anemi varlığında hemoglobinin düzeyinin 12 g/dL'nin üzerine çıkarılması; solunumsal sorunları olan bireylerde ise nefes eğitiminin öğretilmesi ve uygun tedavi yaklaşımlarının başlatılması önerilmektedir. Diyabet hastalarında ise glisemik kontrolün sağlanması, yara iyileşmesini ve enfeksiyon riskini doğrudan etkileyen unsurlar arasındadır.

Bu bütüncül hazırlık süreci tamamlandıktan sonra planlanan cerrahi müdahalenin gerçekleştirilmesi hem cerrahi sonuçların başarısını artırmakta hem de sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesine katkı sunmaktadır. Bu yönüyle, ameliyat öncesi optimizasyon uygulamaları, HP'nin önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilmektedir (Gustafsson vd., 2012).

7. Premedikasyon

Premedikasyon, preoperatif dönemde hastaların psikolojik ve fizyolojik hazırlığını desteklemek amacıyla uygulanan bir yaklaşımdır. Geleneksel olarak kullanılan uzun etkili sedatif ajanların, özellikle yaşlı bireylerde postoperatif deliryum ve bilişsel bozukluk riskini artırabileceği bilinmektedir. Bu nedenle HP, hastanın perioperatif süreçte yoğun farmakolojik yük altında girmesini önlemeyi amaçlar. Farmakolojik girişime gereksinim duyulması halinde, kısa etkili anksiyolitiklerin dikkatli şekilde kullanılması önerilmektedir. Öte yandan, hasta bilgilendirme, güven verici iletişim ve destekleyici yaklaşımlar gibi farmakolojik olmayan yöntemlerle kaygının azaltılması, HP yaklaşımının öncelikli stratejileri arasındadır. (Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 2022).

8. Tromboemboli Profilaksisi

Postoperatif gelişebilecek tromboembolik komplikasyonlar, hasta güvenliğini tehdit eden önemli birer sorundur. Bu nedenle HP, ameliyat öncesi dönemde bireysel tromboemboli riskinin değerlendirilmesini ve bu doğrultuda uygun önlemlerin alınmasını gerekli kılar. Düşük moleküler ağırlıklı heparin (DMAH) kullanımı, etkin farmakolojik profilaksi sağlar. Buna ek olarak, kompresyon çorapları ve pnömotik kompresyon cihazlarının kullanımı da venöz dönüşü destekleyerek emboli riskini azaltır. Bu yöntemlere cerrahiden önce

başlanması ve hasta mobilize olana dek devam edilmesi önerilmektedir. Ayrıca, ameliyat öncesi erken mobilizasyonun desteklenmesi de tromboemboli riskinin azaltılmasında kritik öneme sahiptir (Gustafsson vd., 2019).

9. Antimikrobiyal Profilaksi

Cerrahi alan enfeksiyonu (CAE), postoperatif dönemde en sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında yer alır. Bu komplikasyonların önlenmesi amacıyla HP, cerrahiden 30–60 dakika önce uygun spektrumda ve dozda antibiyotik verilmesini önermektedir. Genellikle tek doz antibiyotik uygulaması yeterli kabul edilse de ameliyatın 3–4 saatten uzun sürmesi durumunda intraoperatif dönemde ikinci bir doz uygulanması gerekebilir. Bu uygulama, enfeksiyon gelişimini azaltarak hastanede kalış süresini kısaltmakta ve hasta sonuçlarını iyileştirmektedir (El Tahan vd., 2023).

10. Ameliyat Yerinin Hazırlığı

Ameliyat öncesi cilt hazırlığı, cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde temel bir adımdır. HP bu bağlamda, antiseptik olarak alkol bazlı klorheksidin glukonat kullanımını önermekte, cerrahi öncesi gereksiz tıraş uygulamalarından ise kaçınılmasını vurgulamaktadır. Bu hazırlık süreci, cerrahi alanın kontaminasyonunu azaltmakta, enfeksiyon oranlarını düşürmekte ve dolayısıyla cerrahi sonrası iyileşme sürecine katkı sağlamaktadır. Bu yaklaşımla, yalnızca hasta konforu değil, sağlık sistemi ile ilişkili kullanımı da daha verimli hale gelmektedir (Kehlet, 2015).

11. Hızlı İyileşme Protokolü'nün Ameliyat Sırası Bileşenleri

İntraoperatif dönem, cerrahi stres yanıtının en aza indirilmesi ve postoperatif döneme hastanın daha stabil bir şekilde geçiş yapabilmesi açısından HP'nin önemli aşamalarından biridir. Bu süreçte uygulanan multidisipliner yaklaşımlar; hemodinamik dengenin sağlanması, uygun anestezi yöntemlerinin kullanılması, sıvı tedavisinin dikkatle yönetilmesi, normoterminin korunması ve minimal invaziv cerrahi tekniklerin tercih edilmesi gibi birçok unsuru kapsamaktadır (Gillis vd., 2022). Literatürde, bu uygulamaların cerrahi sonrası komplikasyon oranlarını azalttığı, iyileşme sürecini hızlandırdığı ve hastanede kalış süresini kısalttığına dair güçlü bilgiler yer almaktadır (Gustafsson vd.,

2012). Bu bağlamda, ameliyat sırası bileşenler yalnızca intraoperatif girişimlerin teknik yönleriyle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda hasta merkezli bakım yaklaşımının sürdürülebilirliğini destekleyen önemli bir boyutu temsil etmektedir (Mancel vd., 2021).

12. Anestezi Protokolü

Hızlı-iyileşme protokolü kapsamında intraoperatif dönemde uygulanan anestezi yönetimi, cerrahi stres yanıtını azaltmayı, postoperatif iyileşme sürecini hızlandırmayı ve komplikasyonları en aza indirmeyi amaçlayan bütüncül bir yaklaşımla ele alınmaktadır. Bu bağlamda, anestezi uzmanlarının temel hedefi; cerrahi için ideal koşulları sağlarken hastanın hemodinamik dengesini korumak, yeterli analjeziyi temin etmek ve mümkün olan en az sedatif etkiyle hastanın hızlı bir şekilde postoperatif döneme geçmesini sağlamaktır (Brandal vd., 2017).

Hızlı-iyileşme protokolü, anestezi protokolünde özellikle kısa etkili anesteziklerin (örneğin propofol ve remifentanil) tercih edilmesini önermektedir. Bu yaklaşım, hastanın ameliyat sonrası nörobilişsel iyileşmesini desteklerken bulantı, kusma ve aşırı sedasyon gibi istenmeyen etkilerin azaltılmasını hedefler. Ayrıca, akciğer koruyucu ventilasyon stratejilerinin uygulanması önerilmekte olup, bu kapsamda düşük tidal volüm (6–8 mL/kg) ve uygun pozitif son ekspiriyum basıncı (Positive End Expiratory Pressure-PEEP) ile ventilasyon sağlanması tavsiye edilmektedir.

Anestezi uygulamalarında multimodel analjezi ilkesi esas alınmakta ve opioid kullanımının mümkün olduğunca sınırlandırılması önerilmektedir. Opioidlerin aşırı kullanımı; postoperatif bulantı, bağırsak hareketlerinde yavaşlama ve solunum depresyonu gibi çeşitli komplikasyonlara yol açabileceğinden, bu tür etkilerden kaçınmak amacıyla parasetamol, non-steroid antiinflamatuar ilaç (NSAİİ)'lar lokal anestezikler ve periferik sinir blokajları gibi ajanların kombinasyonuna dayalı bir yaklaşım benimsenmektedir (Fearon vd., 2005).

Buna ek olarak, Total İntravenöz Anestezi (TIVA) yöntemi, intraoperatif dönemde hemodinamik stabilitenin korunması ve postoperatif derlenme hızlandırılması amacıyla yaygın olarak tercih edilmektedir. TIVA'nın avantajları arasında, daha az postoperatif bulantı-kusma insidansı ve daha hızlı bir uyanma

süreci sayılabilir. Tüm bu uygulamalar, HP'nin temel amacı olan hasta konforunu artırmak, komplikasyonları azaltmak ve hastanın günlük yaşam aktivitelerine daha kısa sürede dönmesini sağlamak açısından kritik önem taşımaktadır (Ellis vd., 2021).

13. Cerrahi İnsizyon Seçimi

Cerrahi insizyon seçimi, ameliyatın tipi, hedeflenen anatomik bölge ve hastanın genel sağlık durumu göz önünde bulundurularak planlanan kritik bir karardır. Cerrahın deneyimi ve hastaya özgü koşullar doğrultusunda yapılan bu tercih, iyileşme sürecini, ağrı düzeyini ve komplikasyon gelişimini doğrudan etkileyebilmektedir (Öndeş, 2012). HP kapsamında, minimal invaziv cerrahi tekniklerin özellikle laparoskopik ve robotik cerrahilerin -kullanımına öncelik verilmesi önerilmektedir. Bu yöntemler, dokuya verilen travmayı ve ameliyatın neden olduğu inflamatuvar yanıtı önemli ölçüde azaltmakta, buna bağlı olarak postoperatif ağrı düzeyinde azalma, mobilizasyonda hızlanma ve hastanede kalış süresinde belirgin bir kısalma sağlamaktadır. Ayrıca, yara iyileşme sürecinin hızlanması ve enfeksiyon oranlarının düşmesi gibi avantajları nedeniyle hasta memnuniyetini artırdığı bildirilmektedir (Dağıstanlı vd., 2018).

Abdominal cerrahide insizyonun yönü de postoperatif sonuçları etkilemektedir. Özellikle transversal ya da eğri insizyonların, ağrı kontrolü ve solunum fonksiyonlarının korunması açısından daha avantajlı olduğu vurgulanmaktadır. Uzunlamasına insizyonlar cerrahi alanın daha iyi görülmesini sağlasa da geniş insizyon nedeniyle hastanede kalış süresinin uzaması, postoperatif analjezi gereksiniminin artması ve komplikasyon risklerinin yükselmesi gibi olumsuzlukları beraberinde getirebilmektedir. Bu nedenle, HP rehberleri, insizyonun anatomik gereklilikler dışında mümkün olan en kısa ve travmayı en aza indirecek şekilde planlanmasını önermektedir (Aydın, 2024). Cerrahi insizyon tipi, yalnızca cerrahın teknik tercihinde değil, aynı zamanda hastanın postoperatif sürecini hızlandırmaya yönelik kanıta dayalı yaklaşımlara da dayanmalıdır. Minimal invaziv yöntemlerin uygun olgularda tercih edilmesi, hasta sonuçlarını iyileştiren etkili bir strateji olarak değerlendirilmektedir.

D. Hızlı İyileşme Protokolü'nün Ameliyat Sırasındaki Bileşenleri

1. İntraoperatif Hipoterminin Önlenmesi

İntraoperatif dönemde gelişen hipotermi, (vücut sıcaklığının 36°C'nin altına düşmesi) hem intraoperatif hem de postoperatif dönemde ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu durum, koagülasyon bozuklukları, kanama artışı, ilaç metabolizmasında yavaşlama, oksijen tüketiminin artması, kardiyak morbidite ve yara yeri enfeksiyonları gibi istenmeyen sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca postoperatif titreme ve ağrı düzeyinde artışa neden olmakta, bu da hastanın konforunu ve iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (Gillis vd., 2022).

Hipotermimin önlenmesi amacıyla normoterminin korunması, HP'nin temel ilkeleri arasında yer almaktadır. Normotermiyi sağlamak adına ameliyat öncesinden başlayarak ameliyat süresince ve postoperatif dönemde hastaların vücut ısısı düzenli olarak takip edilmelidir. Aktif ısıtma yöntemleri kapsamında sıcak hava üfleyen cihazlar, ısıtılmış intravenöz sıvılar, termal battaniyeler ve alttan ısıtan yataklar kullanılabilir. Bununla birlikte, hastanın açıkta kalan vücut bölgelerinin uygun şekilde örtülmesi de ısı kaybını azaltmada etkili bir yöntemdir (Gustafsson vd., 2012).

Hızlı-iyileşme Protokolü'nün intraoperatif dönemde aktif ısıtma uygulamalarının enfeksiyon riskini azalttığını, hemodinamik stabiliteyi desteklediğini ve postoperatif iyileşmeyi hızlandırdığını belirtmektedir. Bu doğrultuda, perioperatif dönemde vücut ısısı yönetimi, yalnızca hasta konforunu artırmakla kalmamakta, aynı zamanda cerrahi sonuçların iyileştirilmesine de doğrudan katkı sağlamaktadır (Dağıstanlı vd., 2018).

E. Hızlı-iyileşme Protokolü'nün Ameliyat Sonrası Bileşenleri

Ameliyat sonrası dönem, cerrahi stres yanıtının sürdüğü, enfeksiyon ve komplikasyon risklerinin arttığı, aynı zamanda hastalarda fiziksel ve fonksiyonel gerilemenin en sık gözleendiği evrelerden biridir. Bu süreçte hastanın hızlı ve güvenli bir şekilde iyileşmesini sağlamak, postoperatif morbiditeyi azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek multidisipliner bir yaklaşım gerektirir.

Hızlı iyileşme protokolü, bu kritik dönemi yalnızca bir iyileşme süreci olarak değil, aynı zamanda hastanın yeniden fizyolojik dengeye kavuştuğu, normal beslenme ve mobilite düzeyine ulaştığı aktif bir rehabilitasyon süreci olarak ele almaktadır (Gündoğdu, 2018). Hızlı iyileşme protokolü, postoperatif dönemde ağrının etkin yönetimi, erken mobilizasyon, erken enteral beslenme, sıvı ve metabolik dengenin korunması, komplikasyonların erken tanısı ve önlenmesi gibi temel prensipleri esas alarak hastanede kalış süresinin kısaltılmasını ve yeniden hastaneye yatış oranlarının azaltılmasını amaçlamaktadır (Brady vd., 2015). Bu bağlamda, ameliyat sonrası dönemde uygulanması gereken temel bakım bileşenleri aşağıda sistematik bir şekilde açıklanmıştır (Elias vd., 2019).

1. Postoperatif Bulantı ve Kusmanın Multimodel Yönetimi

Postoperatif bulantı ve kusma (Postoperative Nausea and Vomiting-PONV), özellikle elektif ve majör cerrahiler sonrası sık görülen, hastaların konforunu olumsuz etkileyen ve iyileşme sürecini geciktiren önemli bir komplikasyondur. PONV'nin insidansı genel cerrahi hastalarında %20–30 arasında değişirken, risk faktörleri taşıyan hastalarda bu oran %70–80'e kadar çıkabilmektedir. Bu durum yalnızca hasta konforunu azaltmakla kalmaz, aynı zamanda oral alımın gecikmesi, asit-baz ve elektrolit dengesinin bozulması, yara açılması, aspirasyon pnömonisi ve artmış kafa içi basınç gibi ciddi klinik sonuçlara da yol açabilir (Lafli Tunay ve Türkücü İlginel, 2018). PONV'nin etkili şekilde yönetimi, ameliyat sonrası dönemde oral alımın erken başlamasına ve mobilizasyonun kolaylaştırılmasına olanak tanır. Bu nedenle HP, postoperatif bulantı ve kusmanın önlenmesi amacıyla multimodal antiemetik ilaçların benimsenmesini önermektedir. Bu yaklaşım kapsamında genellikle ondansetron, deksametazon ve metoklopramid gibi ilaçların kullanımı tercih edilmektedir (Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019).

Ayrıca, PONV gelişiminde etkili olduğu bilinen kadın cinsiyeti, genç yaş, uçucu anestezi ajanları, opioid kullanımı gibi bireysel risk faktörlerinin ameliyat öncesinde dikkatle değerlendirilmesi önemlidir. Opioid kullanımının sınırlandırılması ve uygun hidrasyonun sağlanması, bulantı ve kusma riskini azaltan diğer önemli stratejiler arasında yer almaktadır (Lafli Tunay ve Türkücü İlginel, 2018). Multimodal antiemetik profilaksi kapsamında en az iki farklı

ajanla ilaç kombinasyonu önerilmekte olup, bu uygulamanın etkinliği yüksek düzeyde kanıtlarla desteklenmektedir. Ancak deksametazon gibi ajanlar glisemik kontrol üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğinden özellikle diyabetik hastalarda dikkatli kullanılmalıdır (Gustafsson vd., 2012).

Postoperatif bulantı ve kusmanın önlenmesi, hastanede kalış süresinin kısaltması, oral alımın erken başlaması, hasta memnuniyetinin artırılması ve komplikasyonların önlenmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle multidisipliner ekipler tarafından bireyselleştirilmiş ve kanıta dayalı bir yönetim planı uygulanmalıdır (Öndeş, 2012).

2. Sıvı Yönetimi

Perioperatif sıvı yönetimi, cerrahi sürecin her aşamasında hasta hemodinamisini dengeleyerek iyileşme sürecini hızlandırmayı amaçlayan kritik bir bileşendir. Geleneksel cerrahi uygulamalarda yaygın olarak görülen aşırı sıvı yüklemesi; doku ödemi, yara iyileşmesinde gecikme, pulmoner komplikasyonlar ve gastrointestinal motilite bozuklukları gibi olumsuz sonuçlara neden olabilir. Bu nedenle, sıvı yönetiminde artık hastanın bireysel ihtiyaçlarına odaklanan daha hassas ve hedefe yönelik yaklaşımlar benimsenmektedir.

Modern cerrahi bakım uygulamalarında, hedefe yönelik sıvı tedavisi (goal-directed fluid therapy) yaklaşımı öne çıkmaktadır. Bu yaklaşımda hastanın anlık hemodinamik verileri izlenmekte ve sadece gereksinim duyduğu kadar sıvı uygulanmaktadır. Böylece hem sıvı yüklenmesi hem de yetersiz sıvı desteği önlenerek optimal organ perfüzyonu sağlanmakta, doku oksijenasyonu korunmakta ve sistemik komplikasyonların önüne geçilmektedir (Gillis vd., 2022).

Ameliyat öncesi dönemde, normovoleminin sağlanması amaçıyla damar içi hacim ve kalp debisinin korunması hedeflenir. Özellikle abdominal cerrahide sıvı volüm fazlalığı, ince bağırsak ve periton ödemeine neden olarak postoperatif ileus gelişme riskini artırabilir. Aynı şekilde, pulmoner konjesyon ve kardiyak stresin artması da postoperatif morbiditeyi yükseltebilir. Bu bağlamda sıvı dengesinin sağlanması, erken oral alım ve mobilizasyon ile desteklenerek iyileşme sürecinin kısaltılmasına katkı sağlar (Brindle vd., 2020).

Toraks cerrahisi gibi yüksek riskli girişimlerde ise sıvı yönetimi daha da hassas bir planlama gerektirir. Özellikle mevcut akciğer hastalıkları, tek akciğer ventilasyonu ve cerrahi manipülasyonlar endotel hasarı riskini artırarak atelektazi, akut solunum sıkıntısı sendromu ve pnömoni gelişimine zemin hazırlayabilir. Bu nedenle, geniş rezeksiyonlar ve pnömonektomide sıvı kısıtlaması dikkatle yürütülmelidir.

Volüm kısıtlayıcı protokollerde genellikle sıvı alımı, günlük 1500 mL'nin ya da saatte 1–2 mL/kg'nın altında tutulur. Amaç, pulmoner kapiller basıncı azaltarak doku arasına sıvı sızmasını ve ödemi önlemektir. Ancak aşırı sıvı kısıtlaması hipovolemiye neden olarak doku perfüzyonunu bozabilir, bu da organ disfonksiyonu ve akut böbrek hasarı gibi komplikasyonlara yol açabilir. Bu bağlamda, sıvı dengesinin sağlanmasında övolemi hedeflenmeli ne liberal sıvı yüklemesi ne de aşırı kısıtlama tercih edilmelidir (Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Olson vd., 2021).

İntraoperatif dönemde gelişebilecek hipotansiyon tedavisinde sıvı desteğine ek olarak vazopressör ajanlar kullanılabilir. Uygulanan sıvıların türü tedavinin başarısı açısından önemlidir; bu nedenle dengeli kristaloid çözeltiler ilk tercih olarak önerilmektedir. Postoperatif sonrası dönemde ise intravenöz sıvı uygulaması en kısa sürede kesilerek oral alıma geçiş yapılmalı, böylece hem gastrointestinal sistem aktivasyonu sağlanmakta hem de hastanede kalış süresi kısalmaktadır (Gustafsson vd., 2012).

3. Drenlerin Kullanımı

Cerrahi girişimlerin ardından dren kullanımı, tarihsel olarak olası sıvı birikimlerini önlemek, kan ve seröz sıvıları tahliye etmek, anastomoz kaçağı gibi komplikasyonları erken fark edebilmek amacıyla yaygın şekilde uygulanmıştır. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar, drenlerin rutin kullanımının hastalar açısından her zaman faydalı olmadığını ve bazı durumlarda aksine komplikasyon riskini artırabileceğini ortaya koymuştur (Cavallaro vd., 2018).

Hızlı iyileşme protokolü, dren kullanımını yalnızca belirli endikasyonlara dayalı olarak, sınırlı süreyle ve gerekliyse uygulanacak şekilde önermektedir. Özellikle pelvik ve peritoneal drenler gibi cerrahi alanlarda kullanılan bu uygulamaların, ağrıya, enfeksiyon gelişimine ve mobilizasyonun gecikmesine

neden olabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle drenler, yalnızca sızıntı, enfekte alan riski veya spesifik cerrahi müdahaleler gibi tıbbi olarak gerekçelendirilen durumlarda tercih edilmelidir (Gustafsson vd., 2019).

Drenlerin cerrahi alanlara yerleştirilmesi, ameliyat süresini uzatmakta ve hasta açısından ek bir invaziv müdahale niteliği taşımaktadır. Dren bölgesinde gelişebilecek tahriş, ağrı ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar hem iyileşme sürecini yavaşlatmakta hem de hasta konforunu olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda, drenlerin yalnızca zorunlu hallerde kullanılmasının ve mümkün olan en kısa sürede çıkarılmasının, postoperatif dönemde hasta iyilik haline katkı sağladığı ifade edilmektedir (Brindle vd., 2020; Cavallaro vd., 2018).

Ayrıca dren kullanımı, erken mobilizasyonu da geciktiren bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Oysa ki erken mobilizasyon hem tromboemboli riskinin azaltılmasında hem de gastrointestinal fonksiyonların hızla geri kazanılmasında önemli bir faktördür. Bu nedenle, dren uygulaması yapılan hastalarda, drenlerin olabildiğince kısa sürede çıkarılması gerektiği vurgulanmaktadır (Foster vd., 2025).

Hızlı iyileşme protokolü yaklaşımı, dren kullanımının olası faydalarını ve risklerini dengeli biçimde ele alarak, rutin uygulamalardan kaçınılmasını, yalnızca klinik gerekliliklerin olduğu durumlarda dren yerleştirilmesini ve erken dönemde dren çekiminin sağlanmasını önermektedir. Bu yaklaşım hem komplikasyon risklerini azaltmakta hem de hasta konforunu ve iyileşme hızını artırmaktadır (Elias vd., 2019).

4. Nazogastrik Sondanın Kullanımı

Nazogastrik sonda, geleneksel cerrahi uygulamalarda postoperatif dönemde midenin boşaltılmasını sağlamak, gastrik distansiyon ve kusma riskini azaltmak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak güncel literatür, bu uygulamanın rutin olarak gerçekleştirilmesinin, hasta konforunu azaltmasının yanı sıra çeşitli komplikasyonlara neden olabileceğini göstermektedir (Grossi, 2023). Nazogastrik sonda kullanımı; boğazda irritasyon, bulantı, ateletazi, pnömoni, ateş gibi sorunlara yol açabilmekte ve hastanede kalış süresini uzatmaktadır. Ayrıca, bu uygulama oral beslenmeye geçişi geciktirerek iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Savaş, 2024).

Hızlı iyileşme protokolü, bu nedenle nazogastrik sonda kullanımını yalnızca belirli klinik durumlarla (örneğin belirgin gastrik distansiyon ya da mide boşalmasında yetersizlik) sınırlı tutmayı önermektedir. Protokole göre, cerrahi sırasında sonda kullanılması gerekli görülse dahi, hastanın anesteziyen uyanmadan önce çıkarılması tercih edilmelidir. Bu yaklaşım hem hasta konforunun artırılmasına hem de erken mobilizasyon ve beslenme gibi postoperatif iyileşmeyi destekleyen faktörlerin hızla devreye alınmasına katkı sağlar (Brady vd., 2015).

Klinik araştırmalar, kolorektal cerrahi gibi sık yapılan ameliyatlardan sonra nazogastrik sondanın rutin kullanımının gereksiz olduğunu ve komplikasyon riskini artırabildiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle HP yaklaşımı, nazogastrik sonda uygulamasının her olguda dikkatle değerlendirilmesini ve yalnızca gerekli görüldüğü durumlarda sınırlı süreli olarak kullanılmasını önermektedir.

5. İdrar Kateteri

Postoperatif dönemde idrar kateteri kullanımı, idrar retansiyonu riskini azaltmak ve idrar çıkışını izlemek amacıyla kısa süreli olarak tercih edilmektedir. Ancak bu uygulamanın uzun süreli devam etmesi, üriner sistem enfeksiyonları başta olmak üzere çeşitli komplikasyon gelişimine yol açabilmektedir. Literatürde kateter ile ilişkili üriner enfeksiyon gelişme riskinin her geçen gün artış gösterdiği ve bu enfeksiyonların %3,6 oranında ürosepsise ilerleyebildiği bildirilmiştir. Bu durum, hastaların morbidite ve mortalite oranlarını artırmasının yanı sıra, hastanede kalış süresini de uzatmaktadır.

Hızlı iyileşme protokolü, üriner kateterin cerrahi işlem sonrasında mümkün olan en kısa sürede, tercihen ilk 24 saat içerisinde çıkarılmasını önermektedir. Epidural anestezi uygulanan olgularda da kateterin erken çekilmesi, mobilizasyonun kolaylaşmasına ve enfeksiyon riskinin azaltılmasına katkı sağlamaktadır. Yapılan çalışmalar, postoperatif altıncı saatte kateterin çıkarılmasının, 24 saat sonra çıkarılanlara kıyasla daha düşük enfeksiyon oranları ile sonuçlandığını göstermektedir. Bu bulgular doğrultusunda, düşük riskli hastalarda postoperatif 0'ıncı günde kateterin çıkarılması, orta ve yüksek risk grubundaki hastalarda ise klinik değerlendirmeye göre üçüncü güne kadar çıkarılması önerilmektedir (Gündoğdu, 2018).

Ayrıca ürener kateter uygulaması sırasında aseptik tekniklerin eksiksiz bir şekilde uygulanması, enfeksiyon riskinin azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır. Kateterin süresinin sınırlandırılması, yalnızca gerekli durumlarda uygulanması ve uygulama sırasında sterilite kurallarına dikkat edilmesi, hasta güvenliğini ve iyileşme sürecini destekleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır (Corbin vd., 2021).

6. Kan Şekeri Yönetimi

Postoperatif dönemde kan glukoz düzeylerinin kontrolü, iyileşme sürecinin etkinliğini ve komplikasyon riskini doğrudan etkileyen kritik bir faktördür. Cerrahi stres yanıtı hem diyabetik hem de diyabetik olmayan hastalarda hiperglisemiye neden olabilmekte; bu durum immün yanıtın bozulmasına, yara iyileşmesinde gecikmelere ve enfeksiyon gelişimine zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle, HP perioperatif dönemde kan şekeri düzeylerinin 180 mg/dL'nin altında tutulmasını önermekte ve normogliseminin sağlanmasını hedeflemektedir (Joliat vd., 2023).

Kan glukoz seviyelerinin düzenli olarak izlenmesi, hiperglisemiye karşı erken müdahale şansı sunar. Gerekli durumlarda intravenöz insülin tedavisi ile normoglisemi sağlanmalı ve insülin direncine karşı önlemler alınmalıdır. Glisemik kontrol, sadece komplikasyonların önlenmesi açısından değil, aynı zamanda bağışıklık sisteminin etkin çalışmasını sürdürmesi ve metabolik stresin azaltılması açısından da önemlidir (Schmidt vd., 2025).

Hızlı iyileşme protokolünde yer alan preoperatif karbonhidrat yüklemesi, ameliyat öncesi uzun süreli açlıktan kaçınma, minimal invaziv cerrahi tekniklerin tercih edilmesi ve ameliyat sonrası erken oral alım gibi yaklaşımlar, insülin direncini azaltarak perioperatif glukoz düzeylerinin daha düşük seyretmesine katkı sağlar. Bu uygulamalar sayesinde hiperglisemiye bağlı komplikasyon riski azalırken, hastaların postoperatif toparlanma süreci de hızlanmaktadır (Joliat vd., 2023).

Ayrıca, glisemik kontrolün sağlanamaması, hastanede kalış süresinin uzamasına, yoğun bakım ihtiyacının artmasına ve perioperatif mortalitenin yükselmesine neden olabilir. Bu nedenle ameliyat sonrası glukoz düzeylerinin sık aralıklarla takip edilmesi ve bireyselleştirilmiş insülin protokolleri ile

yönetilmesi, hasta güvenliği ve iyileşme süreci açısından hayati öneme sahiptir (Fearon vd., 2005).

7. Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması

Cerrahi sonrası dönemde gastrointestinal sistemin erken dönemde aktive edilmesi, hem oral beslenmenin gecikmeden başlamasına olanak tanımakta hem de postoperatif ileus ve benzeri komplikasyonların önüne geçmektedir. HP, bu hedefe ulaşmak adına çeşitli fizyolojik ve farmakolojik stratejiler önermektedir.

Bağırsak motilitesinin desteklenmesinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biri erken mobilizasyondur. Hastaların ameliyat sonrası dönemde yatakta uzun süre hareketsiz kalmaları bağırsak atonisini artırabileceği için, mümkün olan en kısa sürede ayağa kalkmaları ve yürümeleri sağlanmalıdır. Ayrıca sakız çiğneme, fizyolojik olarak bağırsak peristaltizmini uyaran refleksleri tetikleyerek motilitenin hızlanmasına yardımcı olur (Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Joliat vd., 2023).

Opioidlerin aşırı kullanımı, gastrointestinal sistem üzerinde inhibe edici etki yaratmakta ve bağırsak hareketlerini yavaşlatmaktadır. Bu nedenle HP yaklaşımı, opioid koruyucu multimodal analjezi uygulamalarını teşvik eder. Özellikle epidural analjezi gibi yöntemler hem analjezi kalitesini artırmakta hem de bağırsak fonksiyonlarının korunmasına katkı sunmaktadır (Urcanoğlu ve Yıldız, 2021).

Ayrıca cerrahi sırasında ya da sonrasında gelişen hipervolemi, intestinal ödem ve gecikmiş motiliteye yol açabileceğinden, sıvı yönetiminin dikkatli bir şekilde bireyselleştirilmesi önem taşır. Prokinetik ilaçlar, gerektiğinde medikal destek olarak değerlendirilebilir; ancak ilk tercih her zaman non-farmakolojik yöntemler olmalıdır (Savaş, 2024).

Son dönemde yapılan bazı araştırmalar, laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye göre bağırsak fonksiyonlarının daha erken normale dönmesini sağladığını göstermektedir. Ek olarak, kahve gibi kafein içeren içeceklerin postoperatif bağırsak motilitesini olumlu etkileyebileceği ve bu nedenle dikkatli şekilde kullanılabileceği belirtilmektedir (Hou vd., 2022). Tüm bu uygulamalar, gastrointestinal motilitenin erken dönemde sağlanmasını hedefleyerek, hastanın

beslenme durumunun iyileşmesini ve genel iyilik halinin hızla geri kazanılmasını mümkün kılar (Urcanoğlu ve Yıldız, 2021).

8. Postoperatif Analjezi

Postoperatif dönemde ağrının etkin bir şekilde kontrol altına alınması hem hasta konforunu sağlamak hem de erken mobilizasyon ve oral beslenmeye geçişi kolaylaştırmak açısından kritik öneme sahiptir. Ağrının yeterince yönetilememesi, yalnızca fiziksel rahatsızlıkla sınırlı kalmaz; aynı zamanda cerrahi stres yanıtını artırarak organ fonksiyonlarını bozabilir ve iyileşme sürecini uzatabilir. Bu nedenle HP, analjezi uygulamalarında multimodal yaklaşımı önermekte ve opioid kullanımını minimal düzeyde tutmayı hedeflemektedir (Brady vd., 2015).

Multimodel analjezi; parasetamol, nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ), lokal anestezi infiltrasyonu, epidural ve sinir bloğu gibi çeşitli yöntemlerin kombinasyonunu içermektedir. Bu yaklaşım sayesinde opioidlerin neden olabileceği bulantı, kusma, bağırsak motilitesinde azalma, idrar retansiyonu ve santral sinir sistemi etkileri gibi istenmeyen yan etkilerin önüne geçilmesi mümkün olmaktadır. Ayrıca opioidlerin azaltılması, hastanın daha erken mobilize edilmesine ve normal beslenme sürecine daha hızlı adapte olmasına da katkı sunar.

Epidural analjezi, özellikle büyük cerrahilerde ilk iki gün boyunca önerilen bir yöntem olup, ağrının etkin kontrolünü sağlamaktadır. Epidural kateterin çıkarılmasının ardından, ağrı yönetimi parasetamol ve NSAİİ gibi non-opioid analjeziklerle sürdürülmelidir. Eğer hasta ağrıyı yeterli düzeyde tolere edemiyorsa, düşük doz oral morfin veya tramadol gibi opioid analjezikler dikkatli şekilde devreye alınabilir. Ancak, şiddetli ve geçmeyen ağrı durumlarında intraabdominal komplikasyon olasılığı göz önünde bulundurularak hasta dikkatle değerlendirilmelidir.

Multimodel analjezi yaklaşımı yalnızca hastanede değil, taburculuk sonrasında da opioid kullanımını azaltmak amacıyla devam ettirilmelidir. Bu yönüyle HP, ağrı yönetiminde hasta güvenliğini ve memnuniyetini ön planda tutarak, komplikasyonları en aza indirmeyi ve hızlı bir iyileşme süreci sağlamayı amaçlamaktadır (Öndeş, 2012).

9. Postoperatif Beslenme

Geleneksel cerrahi yaklaşımlarda, özellikle büyük abdominal girişimlerin ardından, oral beslenmeye başlama süreci genellikle geciktirilir ve sıvıdan katıya geçiş kademeli olarak sağlanır. Bu yaklaşım, anastomoz iyileşmesi için bağırsaklara zaman tanımayı amaçlarken, birkaç gün boyunca hastaya hiçbir şey verilmemesi sıklıkla tercih edilmiştir. Ancak güncel uygulamalar bu yaklaşımı değiştirmiştir. HP, cerrahi sonrası dönemde hastaların en erken sürede oral alıma başlamasını önermekte ve bunu hastanın kendi kendine yetebilirliğinin sağlanmasında temel bir unsur olarak görmektedir (Yemişçi, 2023).

Erken oral beslenmenin birçok fizyolojik faydası bulunmaktadır. Bu yaklaşım; bağırsak motilitesinin erken dönemde başlamasına, yara iyileşmesinin hızlanmasına, enfeksiyon riskinin azalmasına, kas kütlelerinin korunmasına ve dolayısıyla komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunur. Özellikle protein ve enerji desteği sağlayan oral alım, katabolizmanın önlenmesine yardımcı olarak iyileşme sürecini destekler.

Araştırmalar, postoperatif erken oral alımın, geleneksel görüşlerin aksine anastomoz kaçağı riskini artırmadığını ve bağırsak rezeksiyonu yapılan hastalarda dahi güvenli bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Literatürde yer alan bulgular, hastaların ameliyattan sonraki ilk 6 saat içinde sıvı, 24 saat içinde katı besinlerle beslenmeye başlamasının güvenli olduğunu ve hastane kalış süresini kısaltabileceğini ortaya koymaktadır (Savaş, 2024).

Olası beslenme intoleransı durumunda ise enteral ya da gerekirse parenteral destekle bu süreç desteklenmelidir. Bununla birlikte, oral alıma bağlı oluşabilecek bulantı ve kusma gibi durumlar için preoperatif karbonhidrat yüklemesi, epidural analjezi ve yeterli hidrasyon gibi önleyici önlemlerin uygulanması önerilmektedir.

Hızlı-iyileşme Protokolü'ne göre, hastalar ameliyattan sonraki ikinci saatte sıvı, dördüncü saatte ise katı gıda alımı için teşvik edilmeli; yeterli oral alım sağlanana dek oral nütrisyon solüsyonları ile desteklenmelidir. Bu strateji, iyileşmeyi hızlandırmak, bağırsak fonksiyonlarını desteklemek ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla önemli bir bileşen olarak değerlendirilmektedir (Tufan ve Rızalar, 2021).

10. Erken Ayağa Kaldırma ve Mobilizasyon

Erken ayağa kaldırma ve mobilizasyon, HP'nin temel yapı taşlarından biridir ve cerrahi sonrası iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyen en önemli uygulamalardan biri olarak kabul edilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde erken ayağa kaldırma ve mobilizasyonun sağlanması; pulmoner komplikasyonların önlenmesi, insülin direncinin azaltılması, tromboemboli riskinin düşürülmesi, kas gücü kaybının önlenmesi ve gastrointestinal sistem fonksiyonlarının desteklenmesi açısından kritik rol oynamaktadır (Yemişçi, 2023).

Mobilizasyonun geciktirilmesi, kas atrofisi, fiziksel kapasite kaybı, doku oksijenlenmesinde azalma, konstipasyon, idrar retansiyonu, pulmoner enfeksiyonlar ve ileus gibi çeşitli komplikasyonların gelişme riskini artırmaktadır. Bu nedenle, hastaların cerrahiden sonraki ilk 6-12 saat içinde ayağa kalkmaları ve mobilize edilmeleri önerilmektedir. Literatürde bu erken hareketliliğin, iyileşme sürecini hızlandırdığı ve komplikasyon oranlarını azalttığı gösterilmiştir (Öndeş, 2012).

Hızlı-iyileşme Protokolü, hastanın ameliyat günü en az 2 saat yatak dışında vakit geçirmesini ve sonraki günlerde bu sürenin günde 6 saate kadar çıkarılmasını önermektedir (El Tahan vd., 2023). Bu süreçte mobilizasyonun kademeli olarak artırılması hem fiziksel hem de psikolojik iyilik hâlini destekler. Ancak, hastaların mobilize edilmesini engelleyen bazı faktörler de bulunmaktadır. Ameliyat bölgesine zarar verme endişesi, baş dönmesi, bulantı, dren ve kateter varlığı, ağrı ya da hareketten korkma gibi nedenler, erken mobilizasyonun önünde engel oluşturabilir. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri, özellikle hemşireler, güvenli bir ortam sağlamalı, hastaları bilgilendirmeli, teşvik etmeli ve mobilizasyon sürecinde aktif destek sağlamalıdır (Bogani vd., 2021). Erken ayağa kalkma ve mobilizasyonun etkin şekilde uygulanması, sadece komplikasyonları azaltmakla kalmaz; aynı zamanda hastanın taburculuk sürecini de hızlandırır ve yaşam kalitesini artırır. Bu bağlamda, multidisipliner ekip çalışmasının önemi büyüktür.

F. Taburculuk

Ameliyat sonrası dönemin son evresi olan taburculuk, hastanın klinik olarak stabil hale gelmesi ve evde bakım sürecine geçişe hazır bulunması ile gerçekleştirilir. HP'ye göre taburculuk kararı, hastanın hem fizyolojik hem de fonksiyonel yeterliliği doğrultusunda verilmelidir. Taburculuk öncesinde hastanın intravenöz sıvı ihtiyacının sona ermiş, oral yolla yeterli beslenme sağlayabiliyor, ağrısının oral analjeziklerle kontrol altında tutulabiliyor, bağırsak fonksiyonlarının geri dönmüş ve mobilizasyonunun yeterli düzeye ulaşmış olması beklenir. Aynı zamanda enfeksiyon bulgularının bulunmaması ve varsa komorbid hastalıkların kontrol altına alınmış olması önemlidir (Olson vd., 2021).

Hasta, preoperatif dönemdeki fonksiyonel kapasitesine yaklaşmış ve taburculuk sürecine kendi isteğiyle hazır olduğunu belirtmişse, bu da karar sürecinde dikkate alınan bir unsurdur. Bu noktada, hastaya ve bakım veren kişilere, evde bakım süreciyle ilgili bilgilendirme yapılmalı, karşılaşılabilecekleri olası sorunlar, dikkat edilmesi gereken bulgular ve bu durumların ne kadar süreyle devam edebileceği açık ve anlaşılır şekilde anlatılmalıdır. Böylece hastanın güvenli taburculuğu sağlanmakta, tekrar hastaneye başvuru ve komplikasyon gelişme riski azaltılmaktadır (Savaş, 2024).

G. İzlem ve Sonuçların Kontrolü

Taburculuk sonrası hasta izlemi, postoperatif komplikasyonların erken tespiti ve yeniden hastaneye yatış oranlarının azaltılması açısından büyük önem taşır. Bu süreçte klinik kontroller, telefon görüşmeleri veya dijital takip sistemleri ile hastaların durumu düzenli olarak değerlendirilmelidir (Tufan ve Rızalar, 2021). HP kapsamında izlem; hasta güvenliğinin sağlanması, bakım kalitesinin artırılması ve protokol etkinliğinin değerlendirilmesi açısından temel bir unsurdur. Hastalara taburculuk sonrasında 24–48 saat içinde ulaşılarak genel sağlık durumları sorgulanmalı, ameliyat sonrası 7–10. günlerde yara yeri kontrolü ve gerekirse dikiş alımı için poliklinik ziyareti planlanmalıdır (Dağıstanlı vd., 2018). Bu takipler yalnızca fiziksel iyileşmeyi değil, aynı zamanda hastanın fonksiyonel olarak günlük yaşantısına dönüşünü de değerlendirmeye olanak sağlar. Hasta yakınmalarının izlenmesi ve sonuçların kayıt altına alınması, tedavi

süreçlerinin kalitesini artırmak ve hasta memnuniyetini sağlamak adına kritik bir rol oynamaktadır (Olson vd., 2021).

H. Hızlı-iyileşme Protokolü ve Hemşirelik

Postoperatif iyileşme sürecinde hasta sonuçlarını iyileştirmeye yönelik geliştirilen HP yalnızca cerrahi teknikleri değil, aynı zamanda perioperatif bakımın tüm bileşenlerini kapsayan bütüncül bir yaklaşımı temsil eder. Bu yaklaşımın etkili bir biçimde hayata geçirilebilmesi, farklı disiplinlerin eş güdüm içinde çalışmasını gerektirir. HP'nin en temel uygulayıcılarından biri olan hemşireler, bu multidisipliner ekip içinde merkezi bir konumda yer almaktadır (Geleci ve Işık, 2022).

Hemşireler, HP sürecinin tüm aşamalarında preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dönemlerde aktif rol oynar. Preoperatif dönemde hasta eğitimi, kaygının azaltılması ve hazırlık süreçlerinin yönetimi hemşirenin sorumluluk alanına girer. Hastanın ameliyata psikolojik ve fizyolojik açıdan hazırlanmasında hemşirelerin rehberliği önemlidir. Ameliyat sonrası erken mobilizasyon, oral alımın başlatılması, ağrı kontrolü, yara bakımı ve komplikasyonların izlenmesi gibi klinik uygulamalar da yine hemşirelik bakımının temel bileşenleridir.

Bununla birlikte hemşirelik yalnızca bakım sunmakla sınırlı değildir; aynı zamanda hastanın tedavi sürecine aktif katılımını sağlayan, sonuç odaklı değerlendirme yapan ve hasta güvenliğini önceleyen bir koordinasyon görevini de üstlenir. HP kapsamında yürütülen izlem faaliyetleri, protokole uyumun denetlenmesi ve olası sapmaların erken fark edilmesini sağlar. Bu bağlamda hemşire, yalnızca bir uygulayıcı değil, aynı zamanda kalite geliştirme ve hasta sonuçlarını izleme süreçlerinin de temel aktörüdür (Sarıgül vd., 2023).

Hızlı iyileşme protokolü, hemşirelerin bilgi, beceri ve iletişim yetkinliklerini bütüncül bir biçimde kullanmasını gerektirir. Eğitimsel yaklaşımlar, bireyselleştirilmiş bakım planları ve multidisipliner koordinasyon, hemşirelik uygulamalarının HP çerçevesinde yeniden yapılandırılmasını zorunlu kılmıştır. Bu kapsamda hemşirelerin HP eğitimlerine aktif katılımı, bilimsel gelişmeleri takip etmeleri ve uygulamaları sürekli değerlendirmeleri önem arz eder (Geleci ve Işık, 2022).

I. Hızlı-iyileşme Protokolü ve Hemşirelik Roller

Hızlı-iyileşme Protokolü, cerrahi süreçte hasta bakımının etkin, bütüncül ve multidisipliner şekilde yönetilmesini hedeflemektedir. Bu kapsamda hemşireler, ameliyat öncesinden başlayarak taburculuk sonrasına kadar olan süreçte önemli sorumluluklar üstlenmektedir. Hemşirelik bakımı yalnızca fiziksel destek sağlamakla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda eğitim, koordinasyon ve izlem faaliyetlerini de kapsamaktadır (Sarıgül vd., 2023).

Hemşirelerin HP deki görevleri şu başlıklar altında toplanabilir (Moss, 2022).

1. Hasta Eğitimi

Cerrahi işlem öncesinde hastaya yapılacak girişimin amacı, süreci ve olası sonuçları hakkında bilgi verilmesi, hastanın sürece hazırlanmasının sağlanması ve kaygı düzeyinin azaltılması hemşirenin temel görevlerindedir (Wainwright vd., 2022).

2. Bakım Planlaması

Cerrahi öncesi dönemde bireysel risk faktörlerinin değerlendirilmesi, kişiye özel hemşirelik bakım planının oluşturulması ve hedeflerin belirlenmesi, iyileşme sürecinin kalitesini artırır (Elias vd., 2019).

3. Postoperatif İzlem

Ameliyat sonrası dönemde vital bulguların düzenli takibi, ağrı yönetimi, erken mobilizasyonun desteklenmesi ve oral beslenmenin izlenmesi, hemşirenin sorumluluğunda yer almaktadır (Brandal vd., 2017).

4. Multidisipliner İletişim

HP yaklaşımının başarısı, farklı disiplinlerden sağlık profesyonellerinin etkili iletişim ve iş birliği içinde çalışmasına bağlıdır. Hemşire, bu süreçte hekim, fizyoterapist, diyetisyen ve diğer ekip üyeleriyle koordinasyonu sağlar (Corbin vd., 2021).

5. Kalite Değerlendirme ve İzlem

Protokol uygulamalarına ne ölçüde uyum sağlandığının izlenmesi, bakım sonuçlarının raporlanması ve geri bildirimlerin değerlendirilerek bakım süreçlerinin geliştirilmesi, hemşirenin kalite odaklı yaklaşımını yansıtır. Hemşireler HP’de yalnızca bakım uygulayıcısı değil; aynı zamanda karar verici, eğitici ve değerlendirme süreçlerinin aktif bir bileşeni olarak yer almakta, bu yönleriyle protokolün başarısına doğrudan katkı sunmaktadırlar (Sarigül vd., 2023).

J. Hızlı-iyileşme Protokolü’nün Hemşirelik Eğitiminde Gerekliliği

Cerrahi süreçlerin yeniden yapılandırılmasına yönelik geliştirilen HP, multidisipliner iş birliği esasına dayalı bir model sunmakta ve bu modelde hemşireler temel uygulayıcı aktörlerden biri olarak öne çıkmaktadır. HP’nin başarısı, yalnızca yapısal organizasyonla değil, aynı zamanda uygulayıcıların bilgi, beceri ve tutum düzeyleriyle de doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda, hemşirelerin HP’ye ilişkin yeterlik düzeylerinin artırılması, programın etkinliği açısından stratejik bir gereklilik haline gelmiştir (Hou vd., 2022).

Mevcut eğitim içeriklerinde HP ile sınırlı düzeyde yer verilmesi, özellikle hemşirelik lisans öğrencilerinde bilgi eksikliğine neden olmakta; bu durum, klinik uygulamalarda yönergelere uyumun düşük olmasına zemin hazırlamaktadır. Bu eksiklik, yalnızca öğrencilerle sınırlı kalmamakta; mezuniyet sonrası klinik ortamlarda görev yapan hemşirelerin de hizmet içi eğitimlerle desteklenmediği durumlarda, uygulamalardaki çeşitlilik ve hata payı artmaktadır. Dolayısıyla, hemşirelik eğitiminin tüm düzeylerinde HP ile kapsamlı ve güncel içeriklerin entegrasyonu gerekmektedir.

Hızlı iyileşme protokolü kapsamında hemşirelik, geleneksel bakım anlayışının ötesine geçerek; karar verme, klinik liderlik, hasta eğitimi, sonuçların izlenmesi ve kalite değerlendirme gibi çok boyutlu roller üstlenmektedir. Bu rollerin etkin şekilde icra edilebilmesi hem bilgi temelli uygulamalara hâkimiyet hem de güçlü iletişim ve ekip koordinasyon becerileri gerektirmektedir. Ayrıca hemşirelerin, yalnızca HP’nin uygulanmasında değil, aynı zamanda hasta uyumu,

motivasyonu ve multidisipliner etkileşimin sürekliliğinde de aktif rol üstlenmeleri beklenmektedir (Wainwright vd., 2022).

Günümüzde, postoperatif bakımda erken mobilizasyon, oral beslenmenin hızla başlatılması, ağrının multidisipliner yaklaşımla kontrol altına alınması gibi uygulamalar, hemşirelik bakımını yalnızca fizyolojik parametrelerin izlenmesiyle sınırlı olmaktan çıkarmış; aynı zamanda hasta eğitimi, davranış değişikliği oluşturma ve süreç takibi gibi bilişsel ve davranışsal becerilerin entegrasyonunu zorunlu kılmıştır. HP'nin sürdürülebilirliği; hemşirelerin daha öğrenci iken eğitimi, liderlik kapasitesi ve klinik karar verme süreçlerine aktif katılımı ile doğrudan ilişkilidir. Bu kapsamda, hemşirelik mesleği için yalnızca protokol uygulayıcısı değil, protokol geliştiricisi ve değerlendiricisi rollerine evrilme ihtiyacı söz konusudur. Bu dönüşüm, güçlü bir akademik temele sahip, sürekli güncellenen, uygulama temelli ve eleştirel düşünmeyi destekleyen bir eğitim modeli ile desteklenmelidir.

1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, hemşirelik bölümünde eğitim alan öğrencilerin Hızlı-iyileşme Protokolü'ne ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerini belirlemektir.

2. Araştırma Soruları

Bu çalışmanın araştırma soruları aşağıda yer almaktadır:

- A. Hemşirelik bölümünde lisans eğitimi alan öğrencilerin bireysel tanıtıcı özellikleri nelerdir?
- B. Hemşirelik bölümünde lisans eğitimi alan öğrencilerin HP'ye ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyleri nedir?

III. YÖNTEM

A. Araştırmanın Tasarımı

Bu çalışmanın tasarımı nicel bir tasarım tipi olan tanımlayıcı ve kesitseldir.

1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışmanın verileri, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde eğitim gören hemşirelik lisans öğrencilerinden elde edildi. Bu çalışmanın zaman aralığı 20 Eylül 2024 ile 10 Mayıs 2025 arasındadır. Araştırmanın veri toplama zamanı 25 Mart ile 15 Nisan 2025 tarih aralığındadır.

B. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde 2'inci sınıf ve üstü sınıflarda lisans eğitimi alan öğrenciler oluşturdu. Örneklemeye dahil edilme kriterleri temel alınarak örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G*Power 3.1.9.2 yazılım programı kullanıldı. G*Power yazılımı ile yapılan güç analizi sonucunda, çalışmanın 0,8 etki büyüklüğü, %95 güven aralığı ve %0,05 hata payı ile çalışmanın yürütülebilmesi için ulaşılması gereken minimum örneklem sayısının $s=150$ olduğu belirlendi. Bu çalışmanın örnekleminde $s=160$ öğrenci yer aldı. Bu çalışmanın örneklemine dahil edilme ve örneklemden dışlanma kriterleri aşağıda gösterildi.

1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Bu çalışmanın örneklemine;

- i. Çalışmanın yapıldığı üniversitede hemşirelik bölümünde lisans düzeyinde 2., 3. veya 4. sınıf öğrencisi olmak

- ii. HP'nin öğrenildiği ders olan HEM244 Kod'lu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği isimli dersinde ilgili konunun anlatıldığı derslere girmiş olmak
- iii. Herhangi bir iletişim ve dil sorununun olmaması,
- iv. Çalışmaya katılmak için bilgilendirilmiş onam vermek, kriterlerini taşıyan öğrenciler dahil edildi.

2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Bu çalışmanın örneklemeden;

- i. Çalışmanın yapıldığı üniversitenin dışında bir üniversitede eğitim görüyor olmak
- ii. HP'nin öğrenildiği ders olan HEM244 Kod'lu Cerrahi Hastalıkları
- iii. Hemşireliği isimli derste ilgili konunun anlatıldığı derslere girmemiş olmak ve 1. Sınıf öğrencisi olmak,
- iv. Herhangi bir iletişim ve dil sorununun olması,
- v. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak, kriterlerine sahip öğrenciler dışlandı.

C. Sınırlılıklar

Bu çalışmanın birkaç tane sınırlılık ilkesi bulunmaktadır. Verilerin toplandığı grup İstanbul'da bir tek merkezde eğitim gören öğrencilerdi. Bu durum örneklem hacminin daralması anlamı taşımaktadır. Örneklemeden elde edilen veriler bütün üniversite öğrencilerine genellenemez. Veri toplama araçları araştırmacılar tarafından uzman görüşü alınarak geliştirilmiştir ve bir envanter olma özelliğine sahiptir, ölçek değildir. Bu da ölçüm sonuçlarının gücünü zayıflatmaktadır. Bu çalışmada elde edilen sonuçların doğruluğu öğrencilerin sorulara verdiği yanıtlar ile sınırlı kalmaktadır. Bu çalışmada veri toplama yöntemi olarak çevrimiçi anket yöntemi kullanıldığı için her bir öğrenci ile yüz yüze görüşme yapılamadı. Bu da öğrencilerin sorulara yanıt verirken konsantre olmaları ve çevreden etkilenip etkilenmediklerinin saptanamaması yönünde bir sınırlılık ilkesi oluşturmaktadır. Verilen yanıtlar öğrencilerin öz bildirim ile sınırlıdır.

D. Varsayımlar

- i. Örnekleme dahil edilen öğrencilerin anket sorularına içtenlikle ve dikkatli bir şekilde yanıt verdikleri varsayıldı.
- ii. HP protokolüne yönelik bilgi ve farkındalık düzeylerinin, bireysel ve eğitsel değişkenlere göre farklılık gösterebileceği varsayıldı.
- iii. Çevrimiçi anket formunun tüm katılımcılar tarafından eksiksiz ve dürüst şekilde doldurulduğu varsayıldı.
- iv. Öğrencilerin demografik ve eğitsel özellikleri bağımsız değişken; HP protokolüne yönelik bilgi ve farkındalık düzeyleri ise bağımlı değişken olarak kabul edildi.
- v. Bireysel ve eğitsel değişkenler ile bilgi-farkındalık düzeyleri arasında anlamlı ilişki olabileceği varsayıldı.

E. Verilerin Toplanması

Bu araştırmanın verileri 25 Mart ile 15 Nisan 2025 tarih aralığında İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde eğitim gören 2., 3. ve 4. sınıf öğrencilerinden çevrimiçi anket yöntemi ile toplandı. Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacıların literatür destekli olarak geliştirdiği demografik ve eğitsel özellik formu, HP Bilgi ve Farkındalık Envanteri kullanıldı. Veri toplama araçları hakkındaki bilgiler aşağıda yer almaktadır.

1. Demografik Ve Eğitsel Özellik Formu

Bu araştırmada kullanılan demografik ve eğitsel özellik formu literatür taraması doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirildi. Bahsi geçen formda öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi ve ekonomik durumu sorgulandı.

2. Hızlı-İyileşme Protokolü Bilgi ve Farkındalık Envanteri

Hızlı-İyileşme Protokolü Bilgi ve Farkındalık Envanteri (HPBFE) hemşirelik bölümü öğrencilerinin ameliyat sonrası HP'ye ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerini ölçmek amacıyla araştırmacılar tarafından literatür destekli olarak hazırlandı (Bogani vd., 2021; Foster vd., 2025; Hou vd., 2022;

Kahokehr vd., 2009; Kehlet, 2015; Kehlet ve Wilmore, 2008; Kifle vd., 2024). HPBFE ameliyat öncesi, sırası ve sonrası döneme ilişkin yapılan hemşirelik girişimlerine ilişkin bilgi ve farkındalığı ölçen toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Her maddeye katılımcılar "Katılıyorum", "Kararsızım", "Katılmıyorum" veya "Evet", "Hayır", "Kararsızım" şeklinde yanıt verirler, HPBFE ü 3'lü Likert tipindedir. Doğru yanıt veren öğrenci "1 puan", yanlış yanıt veren öğrenci "0 puan" alır. HPBFE'de ters soru, alt boyut ve kesme değeri yoktur. Yorumlamalar orta değer olan 12 puana göre yapılır. Cronbach alfa katsayısının envanterin toplamı için $\alpha=0,76$ olduğu saptandı.

F. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmacılar tarafından veriler toplandıktan sonra excele kodlanarak daha sonra Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)- 29 IBM'e geçirildi. Aritmetik ortalama, standart sapma, minimum maksimum değerler, frekans analizleri için tanımlayıcı istatistikselr kullanıldı. Demografik ve eğitsel değişkenler ile envanter puanları arasındaki ilişki Mann Whitney U testi ve Chi Squared test ile yapıldı. İstatistiksel farklılıkların nerden kaynaklandığını bulmak için Post hoc Bonferroni testi yapıldı. Sonuçlar %95 güven aralığı, $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi dikkate alınarak yorumlandı. HPBFE'nin güvenilirlik analizi için Cronbach alpha değeri dikkate alındı (Cronbach, 1951). Elde edilen $\alpha=0,766$ değeri 0,70'ten büyük olduğu için yüksek güvenilir kabul edildi.

G. Araştırmanın Etik Yönü

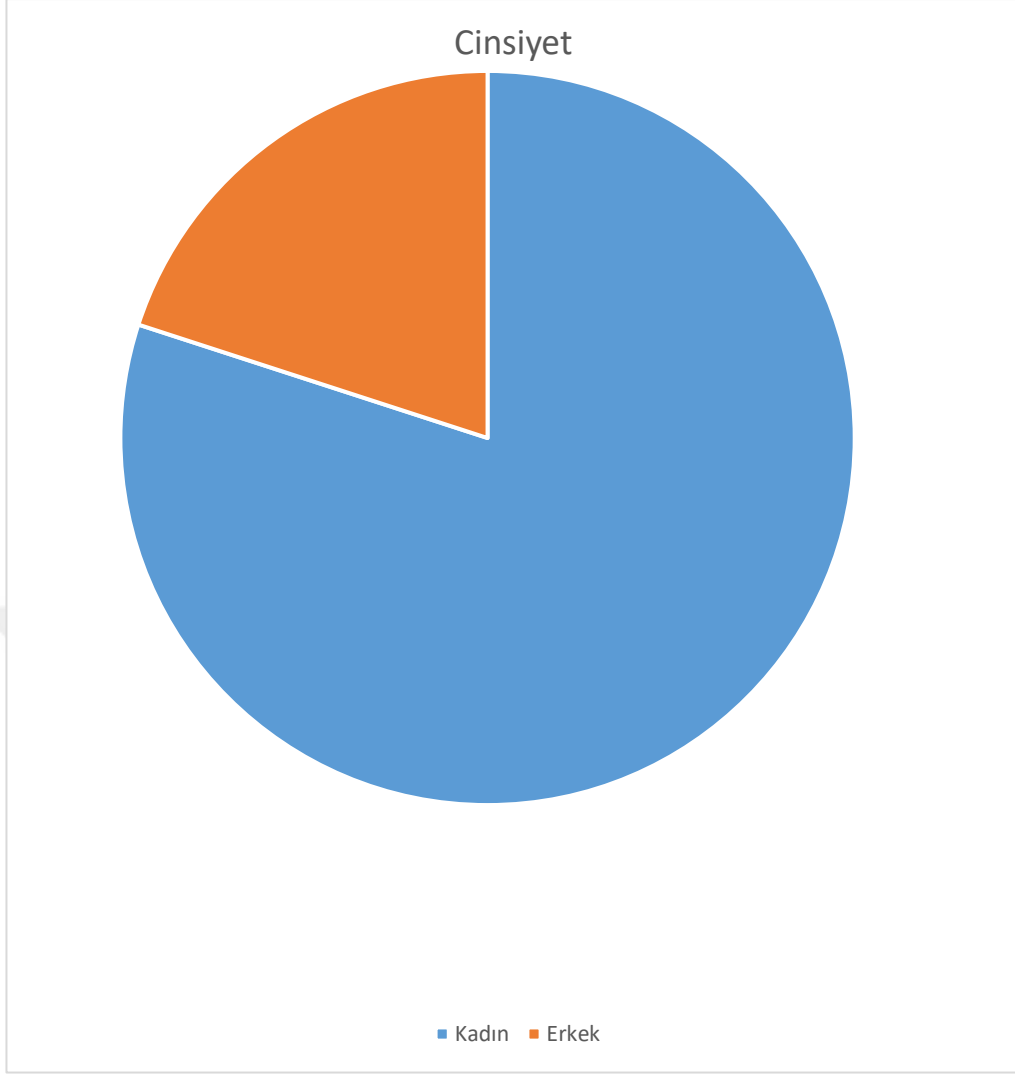
Bu araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Komisyonu'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Söz konusu onay, 20.03.2025 tarihli ve 2025/03 sayılı karar ile verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden her öğrenciye, çalışmanın amacı ve içeriği hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu elektronik ortamda onaylamaları istenmiştir, onay veren öğrenciler sorulara geçebilmişlerdir.

IV. BULGULAR

Çizelge 1’de hemşirelik bölümü öğrencilerinin demografik ve eğitsel özellikleri yer almaktadır. Buna göre hemşirelik bölümü öğrencilerinin %80’i kadın, %20’si erkek idi. Öğrencilerin ekonomik durumu incelendiğinde %6,8’i düşük, %89,4’ü orta, %3,8’i yüksek ekonomik düzeye sahipti. Öğrencilerin %25’i ikinci sınıfta, %50’si üçüncü sınıfta ve %25’i dördüncü sınıfta öğrenim görüyordu. Öğrencilerin yaş dağılımı incelendiğinde %41,9 u 18 ile 21 yaş aralığında, %50,6’sı 22 ile 25 yaş aralığında, %7,5 ise 26 ile 29 yaş aralığında idi.

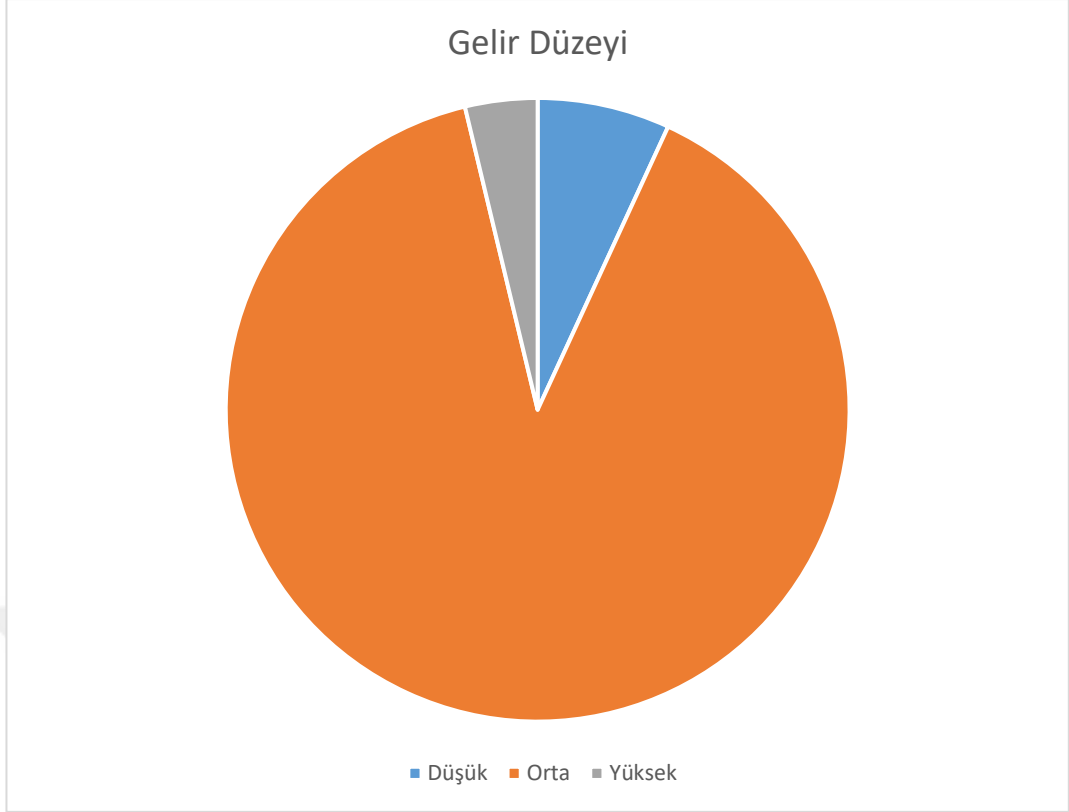
Çizelge 1 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Demografik Ve Eğitsel Özellikleri

Özellikler	s	%
Cinsiyet		
Kadın	128	%80
Erkek	32	%20
Ekonomik Durum		
Düşük	11	%6,8
Orta	143	%89,4
Yüksek	6	%3,8
Sınıf		
İkinci sınıf	40	%25
Üçüncü sınıf	80	%50
Dördüncü sınıf	40	%25
Yaş		
18 ile 21 yaş aralığı	67	%41,9
22 ile 25 yaş aralığı	81	%50,6
26 ile 29 yaş aralığı	12	%7,5



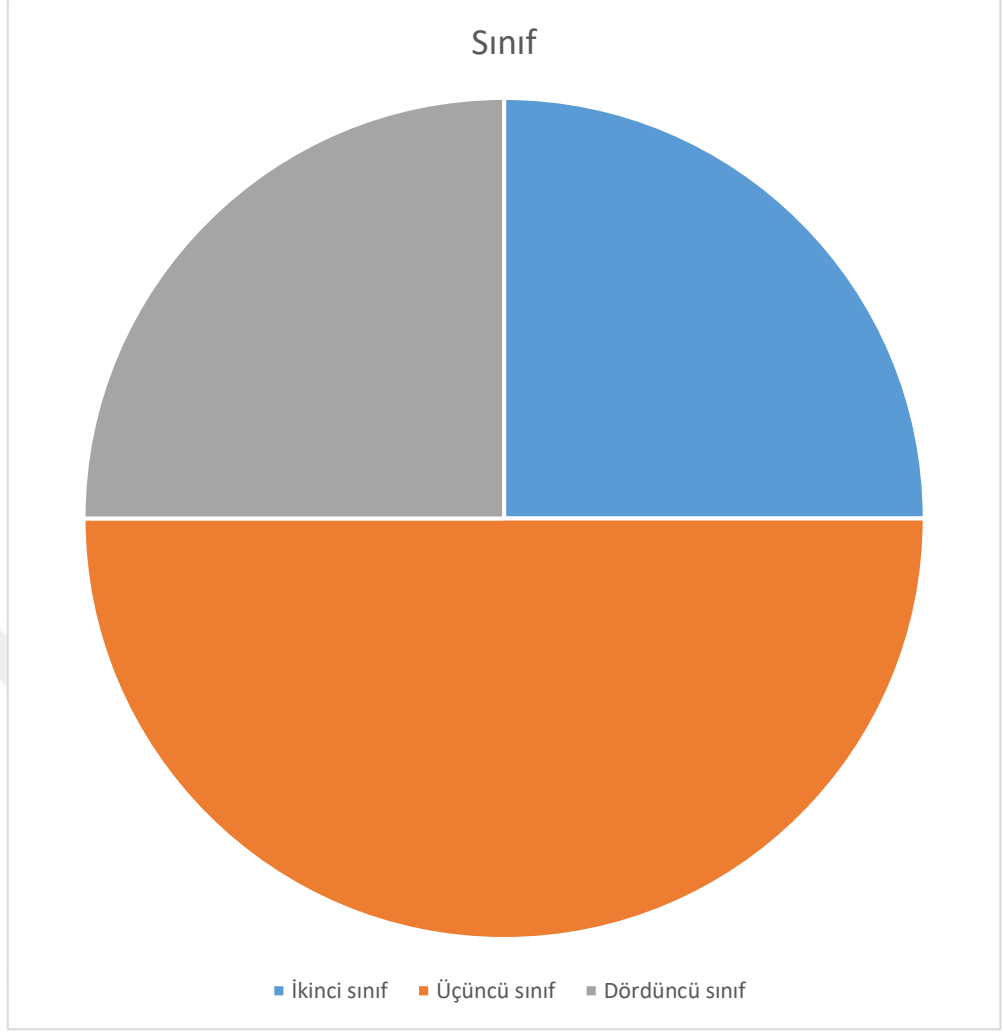
Şekil 1 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Şekil 1’de hemşirelik bölümü öğrencilerinin cinsiyete göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre kadınların çoğunlukta olduğu görülmektedir.



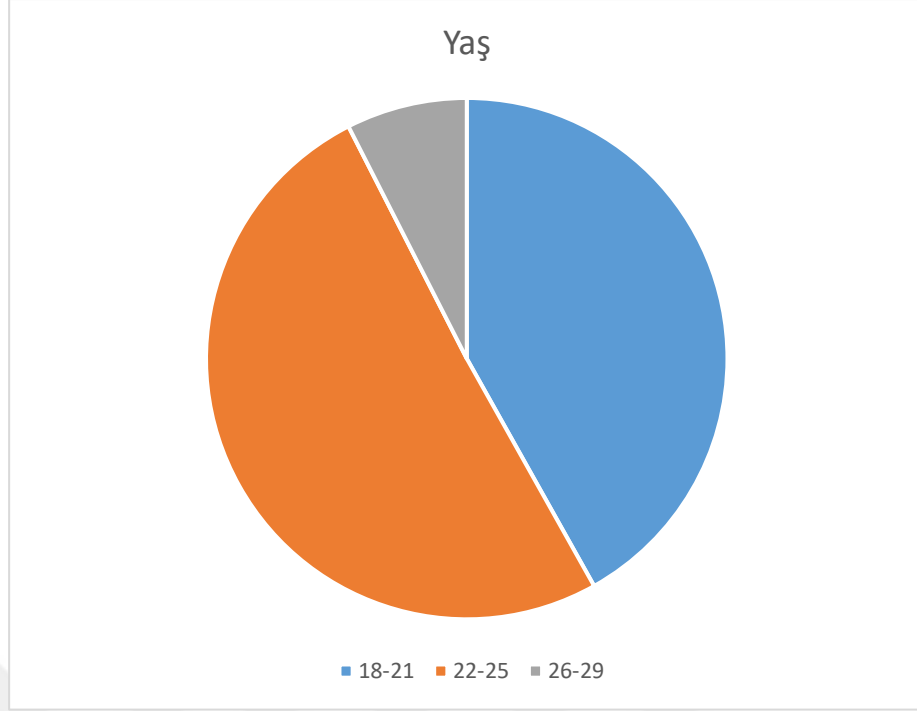
Şekil 2 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Ekonomik Durumuna göre Dağılımı

Şekil 2’de hemşirelik bölümü öğrencilerinin ekonomik duruma göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre orta gelirli öğrencilerin çoğunlukta olduğu görülmektedir.



Şekil 3 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Sınıflarına Göre Dağılımı

Şekil 3'te hemşirelik bölümü öğrencilerinin sınıflarına göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre üçüncü sınıf öğrencilerinin çoğunlukta olduğu görülmektedir.



Şekil 4 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Yaşlarına Göre Dağılımı

Şekil 4’te hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşlarına göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre 18-21 yaş aralığındaki öğrenci sayısının çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Çizelge 2’de hemşirelik bölümü öğrencilerinin HPBFE’den aldığı puanların ortalamaları yer almaktadır. Buna göre öğrenciler en yüksek puanları “Hızlı İyileşme protokolünün temelini; ameliyata ilişkin endişenin azaltılması, postoperatif periyotta homeostasinin sürdürülmesi ve erken ayağa kaldırmanın sağlanması oluşturdu”, “Preoperatif süreçte hasta cerrahiye bağlı endişe ve anksiyete yaşayabilmektedir. Bu sebeple hastaya preoperatif süreçte, ameliyatıyla ilgili sözel ve yazılı bilgiler verilmelidir.”, “Postoperatif bulantı-kusma, hastanın cerrahi sonrası zaman diliminde oral beslenmesini kısmi olarak engelleyeceği için kesinlikle engellenmelidir. Bu sebeple postoperatif süreçte kusmayı tetikleyen ajanlar kullanılmamalı ve beraberinde antiemetikler kullanılmalıdır.”, “Taburcu edilecek hastalarda bağırsak fonksiyonlarının düzelmesi, yeterli mobilizasyonun sağlanması, enfeksiyon belirti ve bulgularının olmaması taburculuk için önemli kriterlerdendir.”, “Hastalara, derin ven trombozunu engellemek amacıyla, düşük moleküler ağırlıklı heparin uygulaması ve kompresyon çorapları giydirilmesi önerilmektedir.” maddelerinden almışlardır.

Öğrencilerin en düşük puan aldığı maddeler ise “Cerrahi geçirecek hastalara, fiziksel tokluk durumu olması için preoperatif süreçte gece yarısından önce 800ml, cerrahi işlemden 2-3 saat önce 400ml karbonhidrat ağırlıklı sıvı gıdalar verilebilir.”, “Üriner kateter, postoperatif ilk 6 saat içinde çekilmelidir”, “Premedikasyon hastalara preoperatif dönemde standart olarak yapılan uzun veya kısa süreli etkin sedatif ilaçların, postoperatif dönemde iyilik halini sürdürülmesi için hastanın almaması önerilir.”dir.

Çizelge 2 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin HPBFE’den Aldığı Puanların Ortalamaları

No	Maddeler	Ort±Ss.
1	Hızlı İyileşme protokolünün temelini; ameliyata ilişkin endişenin azaltılması, postoperatif periyotta homeostasinin sürdürülmesi ve erken ayağa kaldırmanın sağlanması oluşturur.	0,89±0,30
2	Preoperatif süreçte hasta cerrahiye bağlı endişe ve anksiyete yaşayabilmektedir. Bu sebeple hastaya preoperatif süreçte, ameliyatıyla ilgili sözel ve yazılı bilgiler verilmelidir.	0,92±0,26
3	Mekanik bağırsak temizliği, 65 yaş üstü kişiler ve özel hasta sınıflarında sıvı kaybı gibi hayati yan etkilere neden olmaktadır.	0,78±0,41
4	Postoperatif dönemin ilk 6-8 saatleri arasında yatak kenarında 3-5 adım atarak hareket etme davranışına ‘erken ayağa kaldırma’ denir.	0,72±0,44
5	Postoperatif mobilizasyonun; hastanede yatış süresi ve olası patolojik durumları azalttığını ve hasta memnuniyetini yükselttiği görülmektedir.	0,78±0,41
6	Cerrahi geçirecek hastalara, fiziksel tokluk durumu olması için preoperatif süreçte gece yarısından önce 800ml, cerrahi işlemden 2-3 saat önce 400ml karbonhidrat ağırlıklı sıvı gıdalar verilebilir.	0,50±0,50
7	Elektif bir cerrahi işlem yapılacak olan kişinin malnütrisyon durumunun kesinlikle değerlendirilmesi gerekmektedir. Buna göre önerilen NRS-2002’dir.	0,59±0,49
8	Postoperatif bulantı-kusma, hastanın cerrahi sonrası zaman diliminde oral beslenmesini kısmi olarak engelleyeceği için kesinlikle engellenmelidir. Bu sebeple postoperatif süreçte kusmayı tetikleyen ajanlar kullanılmamalı ve beraberinde antiemetikler kullanılmalıdır.	0,85±0,35
9	Opioidler, uzun etkili sedatifler ve bazı premedikasyonlar, yan etkileri nedeniyle iyileşme sürecini olumsuz etkileyerek hastanede kalış süresinin uzamasına yol açabilmektedir. Buna karşılık, kısa etkili anksiyolitiklerin bu tür olumsuz etkileri gözlenmemekte, iyileşme sürecini geciktirmemektedir.	0,65±0,47
10	Üriner kateter, postoperatif ilk 6 saat içinde çekilmelidir.	0,46±0,50
11	Postoperatif dönem ilk 48 saat epidural kateter ile ağrıyı dindirmeye yönelik sürekli infüzyon tedavisi, buna alternatif olarak 4 mg/gün olacak şekilde parasetamol uygulanmalıdır.	0,57±0,49
12	Diyabetik hastalar postoperatif dönemde yakından izlenmelidir. Takipteki asıl amaç serum glikoz seviyesini 140 ve 180 mg/dl aralığında olmasını sağlamaktır.	0,63±0,48

13	Hastalar postoperatif dönem ilk 2. saatte sıvı, sonraki 4. saatte katı beslenmek için özendirilmelidir. Yeterli oral beslenmeyi sağlamak için oral nutrisyon solüsyonlarıyla destek girişimleri sürdürülmelidir.	0,64±0,48
14	Postoperatif dönemde geciken hareketlilik sonucunda; insülin direnci azalmakta, kaslarda güçsüzlük görülmekte, solunumsal işlevlerde zorlanma ya da tromboemboli ihtimali yükselmektedir.	0,79±0,40

Çizelge 2 (devamı) Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin HPBFE'den Aldığı Puanların Ortalamaları

No	Maddeler	Ort±Ss.
15	Taburcu edilecek hastalarda bağırsak fonksiyonlarının düzelmesi, yeterli mobilizasyonun sağlanması, enfeksiyon belirti ve bulgularının olmaması taburculuk için önemli kriterlerdir.	0,82±0,38
16	Premedikasyon amaçlı preoperatif dönemde standart olarak yapılan uzun veya kısa süreli etkin sedatif ilaçların, postoperatif dönemde iyilik halini sürdürmek için alınmaması önerilir.	0,54±0,49
17	Hızlı İyileşme Protokolüne göre hastanın, ameliyat gününde 2 saat, ertesi günlerde 6 saat yatak haricinde zamanını geçirmesi gerekmektedir.	0,75±0,43
18	Postoperatif dönemde patolojik durumların gelişme ihtimalini daha düşük seviyeye indirmek için cerrahi girişimden 8 hafta öncesinde alkolün ve sigaranın bırakılması gerekir.	0,75±0,43
19	Hastanın preoperatif dönemde sıvı elektrolit dengesini devam ettirmek amacıyla; uzun dönem preoperatif açlık durumundan kaçınılması, anestezi verilmeden iki saate kadar su ve sıvı gıdaların içilmesine onay verilmeli ve bağırsak hazırlığı uygulamasından kaçınılmalıdır.	0,58±0,49
20	Hızlı İyileşme protokolüne göre cerrahi hemşirelerin dikkatli olması gereken esas nokta; hastanın yatış süresi kısaltıldığı için, hastaya taburcu olmadan önce gerekli eğitimlerin verilmesidir.	0,71±0,45
21	Antibiyotik kullanımı preoperatif dönemde 1 doz uygundur fakat cerrahi işlem üç saatten fazla sürerse dozun ameliyathanede tekrarlanması gerekir.	0,59±0,49
22	Yaşam bulguları; postoperatif 0.günde ilk 1 saat 15 dk'de 1, sonraki 2 saat 30 dk'de 1, sonraki saatlerde eğer hastanın değerleri normal ise saatte 1 izlenmelidir.	0,78±0,41
23	Kişilere, derin ven trombozunu engellemek amacıyla, düşük moleküler ağırlıklı heparin uygulanması ve kompresyon çorapları giydirilmesi önerilmektedir.	0,81±0,38
24	Hızlı İyileşme protokolü; katater, tüp ve dren gibi invaziv araçların kullanımının mümkün olduğunca sınırlandırılmasını; gerekli durumlarda ise bu araçların en kısa sürede çıkarılmasını önermektedir.	0,74±0,43

Çizelge 3'te HPBFE'den aldığı puan ortalamaları yer almaktadır. Buna göre HPBFE'den alınan puan ortalaması $16,93\pm 6,30$ idi. HPBFE'nin puan aralığı 0 ile 24'tü. Bu çalışmada yer alan öğrenciler en düşük 1, en yüksek 24 puan alabildiler.

Çizelge 3 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin HPBFE'den Aldığı Puan Ortalamaları

Envanter	Maddeler	Puan Aralığı	Ort.±Ss.	Min.-Maks.
Hızlı İyileşme	1-24	0-24	$16,93\pm 6,30$	1-24

Çizelge 4'te hemşirelik bölümü öğrencilerinin demografik ve eğitsel özellikleri ile HPBFE puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır. Erkek öğrencilerin hızlı iyileşme protokolü değerlendirme envanteri puan ortalaması kadın öğrencilerden daha yüksekti, ancak aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamsız idi ($p=0,424$). Öğrencilerin ekonomik durumlarının hızlı iyileşme protokolü değerlendirme envanteri puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir etkisi bulunmadı ($p=0,611$). Son sınıf öğrencilerinin üçüncü sınıflara göre, üçüncü sınıf öğrencilerinin ikinci sınıflara göre hızlı iyileşme protokolü değerlendirme envanteri puan ortalamaları daha yüksekti ve aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,001$).

Çizelge 4 Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Demografik Ve Eğitsel Özellikleri İle HPBFE Puan Ortalamalarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	s	%	HP Ort.±Ss.
Yaş			
18 ile 21 yaş aralığı	67	%41,9	17,01±6,17
22 ile 25 yaş aralığı	81	%50,6	16,56±6,44
26 ile 29 yaş aralığı	12	%7,5	18,91±6,20
Test ve Anlamlılık			$\chi^2=2,171$ p=0,338
Cinsiyet			
Kadın	128	%80	16,75±6,28
Erkek	32	%20	17,6±6,43
Test ve Anlamlılık			U=1,861 p=0,424
Ekonomik Durum			
Düşük	11	%6,9	15,45±6,74
Orta	143	%89,4	16,96±6,34
Yüksek	6	%3,8	18,83±4,30
Test ve Anlamlılık			$\chi^2=0,985$ p=0,611
Sınıf			
İkinci sınıf (1)	40	%25	14,35±5,61
Üçüncü sınıf (2)	80	%50	15,68±6,42
Dördüncü sınıf (3)	40	%25	22,00±6,30
Test ve Anlamlılık			$\chi^2=48,159$ p=0,001**
Post hoc			3 > 1,2

V.TARTIŞMA

Bu araştırma, hemşirelik bölümü öğrencilerinin Hızlı İyileşme Protokolü (HP) hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $22,4 \pm 2,1$ olup, katılımcıların büyük çoğunluğunu (%80) kadın öğrenciler oluşturdu. Öğrencilerin %89,4'ü orta düzeyde ekonomik gelire sahip olduğunu bildirdi. Literatürde yapılan çalışmalarda da hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunu kadınların oluşturduğu ve yaş dağılımlarının genç erişkin grubunda yoğunlaştığı belirtilmektedir (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2017; Bogani vd., 2021). Hemşirelik mesleğinin tarihsel olarak kadın egemen bir yapıya sahip olması ve Türkiye'de daha çok genç nüfusun üniversite okuması ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma bulgularına göre, öğrencilerin HP'ye ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyleri genel olarak orta seviyede bulundu. Bu durum, hemşirelik eğitimine ilişkin bilgi aktarımının sınırlı kaldığını düşündürmektedir. Özellikle cerrahi stresin azaltılması, erken mobilizasyon ve preoperatif bilgilendirme gibi temel HP uygulamalarında bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Kehlet (2015) tarafından vurgulandığı üzere, HP uygulamaları hastanede kalış süresini azaltmakta, iyileşme sürecini hızlandırmakta ve cerrahi sonuçları olumlu yönde etkilemektedir (Kehlet, 2015). Bulgularımız bu literatürle paralellik göstermekte, temel HP bileşenlerine ilişkin bilgi aktarımının daha etkin bir şekilde sağlandığını düşündürmektedir.

Öğrencilerin ameliyat öncesi metabolik tokluğun sağlanması, üriner kateterlerin erken çekilmesi ve premedikasyon uygulamaları gibi daha spesifik HP adımlarında bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, eğitim müfredatlarında HP'nin tüm alt başlıklarının dengeli bir şekilde ele alınmadığını göstermektedir. Bogani ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada perioperatif süreç boyunca standart bilgiye sahip olmanın protokol başarısını artırdığı ve hasta sonuçlarını doğrudan etkilediği belirtilmiştir (Bogani vd., 2021). Özellikle metabolik tokluk sağlanmasının, cerrahi stres yanıtını

azalttığı ve hastaların insülin direncini düşürdüğü bilinmektedir (Schmidt vd., 2025). Öğrencilerin bu alandaki bilgi eksikliği, ileri dönemlerde klinik uygulamalarda HP'nin etkinliğini sınırlayabilir.

Çalışmada sınıf düzeyine göre yapılan değerlendirmede, dördüncü sınıf öğrencilerinin üçüncü ve ikinci sınıflara göre HP bilgi ve farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Bu sonuç, klinik deneyimin bilgi ve farkındalık kazanımında kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz'ın (2017) çalışmaları da klinik uygulamaların öğrenci öğrenmelerini pekiştirdiğini ve teorik bilgilerin sahadaki karşılığının görülmesinin öğrenmeyi güçlendirdiğini vurgulamaktadır (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2017). Özellikle dördüncü sınıfta, öğrencilerin klinik rotasyonlar sırasında HP uygulamalarına doğrudan tanıklık etmeleri ve hasta bakımı sürecinde aktif rol almaları bilgi düzeylerinin artmasına katkı sağlamış olabilir.

Bu araştırmada cinsiyet ve ekonomik durum demografik değişikliklerin HP bilgi ve farkındalık düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı belirlendi. Bu sonuç, bireysel demografik özelliklerin bilgi edinimi üzerinde sınırlı bir etkiye sahip olduğunu, esas belirleyicinin eğitim düzeyi ve uygulamalı deneyimler olduğunu göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde, bilgi edinmede cinsiyetin veya sosyoekonomik durumun ikincil düzeyde etkili olduğu, asıl belirleyicinin eğitimsel fırsatlar olduğu ifade edilmektedir (Erdem, 2018).

Araştırmada dikkat çeken bir diğer önemli bulgu, öğrencilerin protokolün temel prensiplerine ilişkin bilgi düzeylerinin daha yüksek, ancak detaylı ve teknik uygulamalarda bilgi eksikliği göstermeleridir. Bu bağlamda ameliyat öncesi karbonhidrat yüklemesi, postoperatif üriner kateter çekilme süresi ve sedatif premedikasyonun iyileşme sürecine etkisi konuları öğrenciler tarafından daha az bilinmektedir. Oysa yapılan çalışmalarda, (İlyay, 2022; Bogani vd., 2021) bu adımların başarılı bir şekilde yapılmasının, hastaların komplikasyon oranlarını azaltmada ve hastanede kalış süresini kısaltmada kritik rol oynadığı göstermektedir. Bu durum, klinik öncesi eğitimlerde yalnızca temel uygulamalara değil, aynı zamanda teknik detaylara da ağırlık verilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmanın bulguları hemşirelik eğitiminde HP'ye yönelik bilgi ve beceri eğitimlerinin güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle perioperatif sürecin tüm aşamalarını kapsayan, hasta merkezli ve kanıta dayalı uygulamaların bütüncül bir şekilde ele alındığı bir eğitim modelinin geliştirilmesi önerilebilir. HP'ye ilişkin bilgilerin yalnızca teorik düzeyde değil, aynı zamanda uygulamalı eğitimlerle pekiştirilmesi, öğrencilerin klinik yeterliliklerini artıracaktır. Bunun yanı sıra, eğitim programlarında güncel literatür bilgilerine dayalı içeriklerin yer alması, öğrencilerin değişen sağlık bakım yaklaşımlarına uyum sağlamalarını kolaylaştıracaktır.

2021 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında HP uygulamalarının hastanede kalış süresini %30'a kadar azalttığını, postoperatif komplikasyon oranlarını anlamlı düzeyde düşürdüğünü göstermektedir (Bogani vd., 2021). Benzer şekilde Kehlet (2015) de perioperatif dönemin aktif yönetiminin hem klinik hem de ekonomik açıdan olumlu sonuçlar doğurduğunu vurgulamaktadır. Bu bağlamda, araştırmamızın bulguları hemşirelik eğitiminde kanıta dayalı uygulamaların entegrasyonunun gerekliliğini bir kez daha desteklemektedir (Kehlet, 2015). Ayrıca, öğrencilerin bilgi düzeylerinin düzenli aralıklarla ölçülmesi ve belirlenen eksiklikler doğrultusunda telafi edici eğitimlerin planlanması, HP'nin uygulamada etkin bir şekilde kullanımı önemli düzeyde katkı sağlayabilir. Hemşirelik programlarının güncel bilimsel gelişmeleri yakından izleyerek HP gibi kanıta dayalı protokolleri eğitim müfredatına entegre etmesi hem öğrencilerin klinik yeterliliklerini artıracak hem de hasta bakım süreçlerinde kaliteyi yükseltecektir.

VI.SONUÇ

Bu araştırma, hemşirelik bölümü öğrencilerinin HP hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Elde edilen bulgular, öğrencilerin HP'ye ilişkin bilgi düzeylerinin orta seviyede olduğunu, özellikle cerrahi stresin azaltılması, preoperatif bilgilendirme ve erken mobilizasyon konularının bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ancak ameliyat öncesi metabolik tokluk sağlanması, üriner kateter çekilmesi ve premedikasyon uygulamaları alanların bilgi eksiklikleri saptandı. Bu çalışmada, sınıf düzeyi ilerledikçe bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olduğu, özellikle dördüncü sınıf öğrencilerinin daha yüksek puan aldığı belirlendi. Bu bulgu, klinik deneyimin bilgi ediniminde önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Cinsiyet ve ekonomik durum gibi demografik değişkenlerle bilgi düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmadı, bu da bilgi edinmenin esasen eğitim süreci ve uygulamalı deneyimlerle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Bu bulgular doğrultusunda, hemşirelik lisans müfredatında HP'ye ilişkin içeriklerin daha kapsamlı ve bütüncül bir şekilde ele alınması gerektiği sonucu çıkartılabilir. Özellikle bilgi eksikliği belirlenen alanlarda eğitimlerin yoğunlaştırılması, ameliyat öncesi karbonhidrat yüklemesi, idrar kateter yönetimi ve premedikasyon uygulamalarına ilişkin konuların daha derinlemesine işlenmesi önem arz etmektedir. Klinik uygulamalarda HP protokolüne dayalı bakım süreçlerinin aktif olarak öğretilmesi ve öğrencilerin bu süreçlere doğrudan katılımının teşvik edilmesi, bilgi ve beceri gelişimlerini destekleyecektir. Ayrıca, öğrencilerin bilgi düzeylerinin düzenli olarak değerlendirilmesi ve eksikliklerin belirlenerek telafi edici eğitimlerin planlanması, HP'nin sahada etkin bir şekilde uygulanmasına katkı sağlayacaktır. Sonuç olarak, hemşirelik eğitim programlarının güncel bilimsel gelişmeleri yakından takip ederek HP'ye yönelik kanıta dayalı uygulamaları etkin biçimde müfredatla entegre etmeleri, öğrencilerin klinik yeterliliklerini artıracak ve hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesine anlamlı katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

VII. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- HAMLIN, L., RICHARDSON-TENCH, M., & DAVIES, M. (2016). “Perioperative nursing: an introduction (2nd ed.)”, **Elsevier Australia**
- SPRY, C. (2022). “Essentials of perioperative nursing (6th ed.)”, **Jones & Bartlett Learning**.

MAKALELER

- AKSOY, D., & VEFİKULUÇAY YILMAZ, D. (2017). “Hemşirelikte Geliştirilen İyileşme Protokolü Uygulamaları”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, cilt 6, sayı 2, ss. 50–58.
- ASIA-PACIFIC JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING. (2022). “Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Nursing Programme”, **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, cilt 9, sayı 1, ss. 1–3.
<https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100041>
- BİRLİKBAŞ, S., & BÖLÜKBAŞ, N. (2019). ERAS rehberleri: “Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri”, **Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi**, cilt 2, sayı 3, ss. 194–205.
<https://doi.org/10.38108/ouhcd.652939>
- BRADY, K. M., KELLER, D. S., & DELANEY, C. P. (2015). “Successful Implementation of an Enhanced Recovery Pathway: The Nurse’s Role”, **AORN Journal** cilt 102, sayı5, ss. 469–481.
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.08.015>
- BRANDAL, D., KELLER, M. S., LEE, C., GROGAN, T., FUJIMOTO, Y., GRICOURT, Y., ... & CANNESSON, M. (2017). “Impact of Enhanced Recovery After Surgery and Opioid-Free Anesthesia on Opioid Prescriptions at Discharge From The Hospital: a Historical-

- Prospective Study”, **Anesthesia & Analgesia**, cilt 125, sayı 5, ss. 1784–1793. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002453>
- BRINDLE, M., NELSON, G., LOBO, D. N., LJUNGQVIST, O., & GUSTAFSSON, U. O. (2020). “Recommendations From The ERAS Society For Standards For The Development Of Enhanced Recovery After Surgery Guidelines”, **BJs Open**, cilt 4, sayı 1, ss. 157–163. <https://doi.org/10.1002/bjs5.50238>
- BOGANİ, G., SARPIETRO, G., FERRANDİNA, M. G., GALLOTTA, V., Dİ DONATO, V., DİTTO, A., PİNELLİ, C., CASARİN, J., GHEZZİ, F., SCAMBİA, G., & RASPAGLİESİ, F. (2021). “Enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynecology oncology.” **European Journal of Surgical Oncology**, cilt 47, sayı 4, ss. 952–959. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.10.030>
- CAVALLARO, P. M., MİLCH, H., SAVİTT, L., HODİN, R. A., RATTNER, D. W., BERGER, D. L., & BORDEİANOU, L. G. (2018). “Addition of a Scripted Pre-Operative Patient Education Module to an Existing ERAS Pathway Further Reduces Length of Stay”, **The American Journal of Surgery**, cilt 216, sayı 4, ss. 652–657. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.06.012>
- CORBİN, B., TSAIH, S.-W., & UYAR, D. (2021). “Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols: The Impact of Enhanced Patient Perioperative Education on Patient Satisfaction and Outcomes in Gynecologic Oncology Practice”, **Gynecologic Oncology**, cilt 162, sayı 1, ss. 149–150. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2021.06.239>
- DAĞİSTANLI, S., KALAYCI, M. U., & KARA, Y. (2018). “Genel Cerrahide ERAS Protokolünün Değerlendirilmesi”, **İKSST Dergisi**, cilt 10, sayı ek, ss. 9–20. <https://doi.org/10.5222/iksst.2018.43043>
- EL TAHAN, M. R., PAHADE, A., & GÓMEZ-RÍOS, M. Á. (2023). “Enhanced Recovery After Surgery: Comes Out to The Sun”, **BMC Anesthesiology**, cilt 23, sayı 274, ss. 1–3. <https://doi.org/10.1186/s12871-023-02236-4>

- ELIAS, K. M., STONE, A. B., MCGINIGLE, K., TANKOU, J. A. I., SCOTT, M. J., FAWCETT, W. J., ... URMAN, R. D. (2019). “The Reporting on ERAS Compliance, Outcomes, and Elements Research (Recover) Checklist: a Joint Statement By The ERAS® And ERAS® USA Societies”, **World Journal of Surgery**, cilt 43, sayı 1, ss. 1–8. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4753-0>
- ELTEMAMY, M., OH, P. J., SIDDIQUI, H. U., LIN, Y.-C., LANSANG, M. C., POGGIO, E., GOLDFARB, D., KRISHNAMURTHI, V., & WEE, A. (2025). “Implementation of a Comprehensive Protocol For Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) In Kidney Transplant Recipients Improves Patient And Graft Outcomes”, **Clinical Transplantation**, cilt 39, e70066. <https://doi.org/10.1111/ctr.70066>
- ELLIS, T. A., QUINN, C., LEA, R. W., & GERAGHTY, S. (2021). “Implementing Enhanced Recovery Pathways To Improve Surgical Outcomes”, **Perioperative Care and Operating Room Management**, cilt 25, sayı 100, ss 164. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2021.100164>
- ERDEM, R. (2018). “Cerrahi Hastalarda Hızlı İyileşme Protokolü Uygulamaları”, **Sağlık ve Toplum Dergisi**, cilt 28, sayı 4, ss. 12–20.
- FEARON, K. C. H., LJUNGQVIST, O., VON MEYENFELDT, M., REVHAUG, A., DEJONG, C. H. C., LASSEN, K., ... & KEHLET, H. (2005). “Enhanced Recovery After Surgery: A Consensus Review Of Clinical Care For Patients Undergoing Colonic Resection”, **Clinical Nutrition**, cilt 24, sayı 3, ss. 466–477. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2005.02.002>
- FOSTER, L., FOPPIANI, J., PATEL, A., BRADY, K., ADAMS, A. J., CHOUDRY, U., & LIN, S. J. (2025). “The Use Of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols In Plastic Surgery: A Systematic Review And Meta-Analysis Of The Literature”, **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, cilt 103, sayı 2, ss. 273–281. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2023.08.024>

- GELECİ, E., & IŞIK, A. (2022). “Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin ERAS Protokolleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi”, **Sağlık, Bakım ve Rehabilitasyon Dergisi**, cilt 4, sayı 1, ss. 012–024.
- GILLIS, C., LJUNGQVIST, O., & CARLI, F. (2022). “Prehabilitation, Enhanced Recovery After Surgery Or Both: A Narrative Review”, **British Journal of Anaesthesia**, cilt 128, sayı 3, ss. 434–448. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.12.007>
- GROSSI, P. (2023). “Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols in orthopaedic surgery: Opioids or not opioids”, **Journal of Pain Research**, cilt 16, ss. 2413–2420. <https://doi.org/10.2147/JPR.S419120>
- GUSTAFSSON, U. O., SCOTT, M. J., HUBNER, M., NYGREN, J., DEMARTINES, N., FRANCIS, N., ... & LJUNGQVIST, O. (2019). “Guidelines For Perioperative Care In Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018”, **World Journal of Surgery**, cilt 43, sayı 3, ss. 659–695. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>
- GUSTAFSSON, U. O., SCOTT, M. J., SCHWENK, W., DEMARTINES, N., ROULIN, D., FRANCIS, N., ... & LJUNGQVIST, O. (2012). “Guidelines For Perioperative Care In Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations”, **Clinical Nutrition**, cilt 31, sayı 6, ss. 783–800.
- GÜNDOĞDU, H. (2018). “ERAS: Tarihçe ve felsefesi”, **İKSST Dergisi**, 10(Ek Sayı), 1–4. <https://doi.org/10.5222/iksst.2018.04935>
- HOU, Q., LUO, X., LIHM, H., HOU, Y., & ZHANG, Z. (2022). “The Role Of Nursing In Enhanced Recovery After Surgery Programs In Accordance With Spine Surgery: A Mini Review”, **Journal of Integrative Nursing**, cilt 4, sayı 2, ss. 42–47. https://doi.org/10.4103/jin.jin_08_20
- JAIN, S. N., LAMTURE, Y., & KRISHNA, M. (2023). “Enhanced Recovery After Surgery: Exploring The Advances And Strategies”, **Cureus**, cilt 15, sayı 10, ss. e47237. <https://doi.org/10.7759/cureus.47237>

- JOLIAT, G. R., KOBAYASHI, K., HASEGAWA, K., THOMSON, J. E., PADBURY, R., SCOTT, M., ... MELLOUL, E. (2023). “Guidelines For Perioperative Care For Liver Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations 2022”, **World Journal of Surgery**, cilt 47, sayı 1, ss. 11–34. <https://doi.org/10.1007/s00268-022-06732-5>
- KAHOKEHR, A., SAMMOUR, T., ZARGAR-SHOSHTARI, K., THOMPSON, L., & HILL, A. G. (2009). “Implementation Of ERAS And How To Overcome The Barriers”, **International Journal of Surgery**, cilt 7, sayı 1, ss. 16–19. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2008.11.002>
- KANNAN, V., ULLAH, N., GEDDADA, S., IBRAHIM, A., AL-QASSAB, Z. M. S., AHMED, O., & MALASEVSKAIA, I. (2025). “Impact Of “Enhanced Recovery After Surgery” (ERAS) Protocols Vs. Traditional Perioperative Care On Patient Outcomes After Colorectal Surgery: A Systematic Review”, **Patient Safety in Surgery**, cilt 19, sayı 4, ss. 194. <https://doi.org/10.1186/s13037-024-00425-9>
- KEHLET, H. (2015). “Enhanced Recovery After Surgery (ERAS): Good For Now, But What About The Future?”, **Canadian Journal of Anesthesia**, cilt 62, sayı 2, ss. 99–104. <https://doi.org/10.1007/s12630-014-0261-3>
- KEHLET, H., & WILMORE, D. W. (2008). “Evidence-Based Surgical Care And The Evolution Of Fast-Track Surgery”, **Annals of Surgery**, cilt 248, sayı 2, ss. 189–198.
- KİFLE, F., KENNA, P., DANİEL, S., MASWİME, S., & BİCCARD, B. (2024). “A Scoping Review Of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), Protocol İmplementation, And Its İmpact On Surgical Outcomes And Healthcare Systems In Africa”, **Perioperative Medicine**, cilt 13, sayı 1, ss. 86. <https://doi.org/10.1186/s13741-024-00435-2>
- LAFLI TUNAY, D., & TÜRKÜCÜ İLGİNEL, M. (2018). “Postoperatif Bulantı ve Kusma”, **Çukurova Anestezi ve Cerrahi Bilimler Dergisi**, cilt 1, sayı 1, ss. 31–35.

- LJUNGQVIST, O., & HUBNER, M. (2018). “Enhanced Recovery After Surgery – ERAS – Principles, Practice And Feasibility In The Elderly”, **Aging Clinical and Experimental Research**, cilt 30, sayı 3, ss. 249–252.
- LJUNGQVIST, O., SCOTT, M., & FEARON, K. C. (2017). “Enhanced Recovery After Surgery: A Review”, **JAMA Surgery**, cilt 152, sayı3, ss. 292–298.
- MANCEL, C., VAN LOON, T., & LOPEZ, T. (2021). “Anesthesia In Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Programs: An Update”, **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, cilt 35, sayı 1, ss. 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.11.003>
- MOSS, G. (2022). “The current and future role of nurses within enhanced recovery after surgery pathways”, **British Journal of Nursing**, cilt 31, sayı 15, ss. 770–772.
- NICHOLSON, A., LOWE, M. C., PARKER, J., LEWIS, S. R., ALDERSON, P., & SMITH, A. F. (2014). “Systematic Review And Meta-Analysis Of Enhanced Recovery Programmes In Surgical Patients”, **British Journal of Surgery**, cilt 101, sayı 3, ss. 172–188.
- OLSON, K. A., FLEMING, R. D., FOX, A. W., GRIMES, A. E., MOHIUDDIN, S. S., ROBERTSON, H. T., & WOLF JR, J. S. (2021). “The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Elements That Most Greatly Impact Length Of Stay and Readmission”, **The American Surgeon**, cilt 87, sayı 3, ss. 473–479.
- PATIL, S., CORNETT, E. M., JESUNATHADAS, J., BELANI, K., FOX, C. J., KAYE, A. D., LAMBERT, L. A., & URMAN, R. D. (2019). “Implementing Enhanced Recovery Pathways To Improve Surgical Outcomes”, **Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology**, cilt 35, sayı 1, ss. 24–28. https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_36_18
- PÉREZ REYES, M., SÁNCHEZ PÉREZ, B., SÁNCHEZ GONZÁLEZ, C., PÉREZ DAGA, J. A., SANTOYO VILLALBA, J., & SANTOYO SANTOYO, J. (2024). “Implementation Of An ERAS Protocol On Cirrhotic Patients In Liver Resection: A Cohort Study”, **Updates in**

Surgery, cilt 76, ss. 889–897. <https://doi.org/10.1007/s13304-024-01769-8>

SARIGÜL, G., KIVANÇ, I., AKSU, N., & AKYÜZ, N. (2023). “Genel cerrahi hemşirelerinin cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulamalarına ilişkin değerlendirmeleri”, **İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Nisan 2023. <https://www.researchgate.net/publication/370144886>

SCHMİDT, M. E., KONIG, H., STUMM, J., & GIRDZİUŞAS, E. (2025). “Perceptions And Experiences of Healthcare Professionals in Implementing An ERAS Protocol For Minimally İnvasive Heart Valve Surgery: A Qualitative Analysis”, **Frontiers in Cardiovascular Medicine**, cilt 12. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2025.1240784>

SOLAK KABATAŞ, M., & ÖZBAYIR, T. (2016). “Cerrahi Hastalarda Hızlı İyileşme Protokolü ve Hemşirelik”, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, cilt 32, sayı 3, ss. 132–139.

TUFAN, A., & RIZALAR, S. (2021). “Göğüs Cerrahisinde Hızlandırılmış İyileşme Protokolü ve Hemşirenin Rolü”, **Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi**, cilt 6, sayı 3, ss. 449–462.

URCANOGLU, O. B., & YILDIZ, T. (2021). “Effects Of Gum Chewing On Early Postoperative Recovery After Laparoscopic Cholecystectomy Surgery: A Randomized Controlled Trial”, **Indian Journal of Surgery**, cilt 83, sayı 1, ss. 1203–1209. <https://doi.org/10.1007/s12262-020-02628-7>

YILMAZ, K., & YAZICI, G. (2021). “Koronavirüs Pandemi Sürecinde Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri ve Hemşirelik Yaklaşımları”, **Türk Hemşireler Derneği Dergisi**, cilt 2, sayı 2, ss. 65–77.

WAINWRIGHT, T. W., JAKOBSEN, D. H., & KEHLET, H. (2022). “The Current and Future Role of Nurses Within Enhanced Recovery After Surgery Pathways”, **British Journal of Nursing**, cilt 31, sayı 12, ss. 656–659. <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.12.656>

TEZLER

- AYDIN, E. (2024). “Abdominal Cerrahi Geçirmiş Hastaların Konfor Düzeylerinin İncelenmesi”, [Yüksek lisans tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi].
- ÇELEBİ, Ş. (2019). “Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastaların Perioperatif Uygulamalarının ERAS Protokolüne Uygunluğunun ve Hasta Sonuçlarına Etkisinin Değerlendirilmesi”, [Yüksek lisans tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı].
- GÜLEÇ, B. (2024). “Hemşirelikte ERAS protokolü araştırma alanının haritalanması: Bibliyometrik bir analiz”, [Yüksek lisans tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı].
- İLYA, Ö. Ş. (2022). “Genel cerrahi ve ameliyathane hemşireleri, genel cerrahlar ve anesteziistlerin kolorektal cerrahide cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü’nün uygulanmasına ilişkin görüşleri”, [Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi].
- KARAKUŞ, M. (2023). ERAS protokolü uygulanan ve uygulanmayan kolorektal cerrahi geçiren hastalarda beslenme, iyileşme kalitesi ve komplikasyon gelişiminin karşılaştırılması [Yüksek lisans tezi, İzmir Ekonomi Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı].
- ÖNDEŞ, Ö. (2012). Major karaciğer rezeksiyonlarında ERAS protokolünün uygulanması [Tıpta uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi].
- SAVAŞ, E. (2024). “Hemşirelerin Elektif Kolorektal Cerrahisi Sonrası Hızlandırılmış İyileştirme (ERAS) Protokolüne İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi”, [Yüksek lisans tezi, Biruni Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü].
- SİNAN, S. S. (2023). “Göğüs Cerrahisi Operasyonu Geçiren Hastalarda ERAS Protokolünün Etkilerinin Araştırılması”, [Uzmanlık tezi, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı].

YEMİŞÇİ, S. (2023). ‘‘Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Algı Düzeylerinin İncelenmesi’’, [Yüksek lisans tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı].



EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Ek 2. Anket

Ek 3. Etik Kurul Onayı



Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız?
 18-21 22-25 26-29 30 ve üstü
2. Cinsiyetiniz?
 Kadın Erkek
3. Sınıfınız?
 2.Sınıf 3.Sınıf 4.Sınıf
4. Medeni durumunuz?
 Evli Bekar Diğer
5. Ekonomik durumunuz?
 Düşük Orta Yüksek

Ek 2. Anket

HIZLI İYİLEŞME PROTOKOLÜ BİLGİ VE FARKINDALIK ENVANTERİ

1. Hızlı İyileşme protokolünün temelini; ameliyata ilişkin endişenin azaltılması, postoperatif periyotta homeostasinin sürdürülmesi ve erken ayağa kaldırmanın sağlanması oluşturur.
() Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum
2. Preoperatif süreçte hasta cerrahiye bağlı endişe ve anksiyete yaşayabilmektedir. Bu sebeple hastaya preoperatif süreçte, ameliyatıyla ilgili sözel ve yazılı bilgiler verilmelidir.
() Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum
3. Mekanik bağırsak temizliği, 65 yaş üstü kişiler ve özel hasta sınıflarında sıvı kaybı gibi hayati yan etkilere neden olmaktadır.
() Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum
4. Postoperatif dönemin ilk 6-8 saat arasında yatak kenarında 3-5 adım atarak hareket etme davranışına 'erken ayağa kaldırma' denir.
() Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum
5. Postoperatif mobilizasyonun; hastanede yatış süresi ve olası patolojik durumları azalttığını ve hasta memnuniyetini yükselttiği görülmektedir.
() Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum
6. Cerrahi işlem olacak hastalara, fiziksel tokluk durumu olması için preoperatif süreçte gece yarısından önce 800ml, cerrahi işlemden 2-3 saat önce 400ml karbonhidrat ağırlıklı sıvı gıdalar verilebilir.
() Evet () Hayır () Kararsızım
7. Elektif bir cerrahi işlem yapılacak olan kişinin malnütrisyon durumunun kesinlikle değerlendirilmesi gerekmektedir. Buna göre önerilen NRS-2002'dir.
() Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum
8. Postoperatif bulantı-kusma, hastanın cerrahi sonrası zaman diliminde oral beslenmesini kısmi olarak engelleyeceği için kesinlikle engellenmelidir. Bu sebeple postoperatif süreçte kusmayı tetikleyen ajanlar kullanılmamalı ve beraberinde antiemetikler kullanılmalıdır.
() Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum

9. Opioidler, uzun etkili sedatifler ve bazı premedikasyonlar, yan etkileri nedeniyle iyileşme sürecini olumsuz etkileyerek hastanede kalış süresinin uzamasına yol açabilmektedir. Buna karşılık, kısa etkili anksiyolitiklerin bu tür olumsuz etkileri gözlenmemekte, iyileşme sürecini geciktirmemektedir.
 Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum
10. Üriner kateter, postopeoratif ilk 6 saat içinde çekilmelidir.
 Evet Kararsızım Hayır
11. Postoperatif dönem ilk 48 saat epidural kateter ile ağrıyı dindirmeye yönelik sürekli infüzyon tedavisi, buna alternatif olarak 4 mg/gün olacak şekilde parasetamol uygulanmalıdır.
 Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum
12. Diyabetik hastalar postoperatif dönemde yakından izlenmelidir. Takipteki asıl amaç serum glikoz seviyesini 140 ve 180 mg/dl aralığında olmasını sağlamaktır.
 Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum
13. Hastalar postoperatif dönem ilk 2. saatte oral sıvı, sonraki 4. saatte katı beslenmek için özendirilmelidir. Yeterli oral beslenmeyi sağlamak için oral nutrisyon solüsyonlarıyla destek girişimleri sürdürülmelidir.
 Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum
14. Postoperatif dönemde geciken hareketlilik sonucunda; insülin direnci azalmakta, kaslarda güçsüzlük görülmekte, solunumsal işlevlerde zorlanma ya da tromboemboli ihtimali yükselmektedir.
 Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum
15. Taburcu edilecek hastalarda bağırsak fonksiyonlarının düzelmesi, yeterli mobilizasyonun sağlanması, enfeksiyon belirti ve bulgularının olmaması taburculuk için önemli kriterlerdendir.
 Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum
16. Premedikasyon hastalara preoperatif dönemde standart olarak yapılan uzun veya kısa süreli etkin sedatif ilaçların, postoperatif dönemde iyilik halini sürdürülmesi için hastanın almaması önerilir.
 Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum
17. Hızlı İyileşme Protokolüne göre hastanın, operasyon gününde 2 saat, ertesi günlerde 6 saat yatak haricinde zamanını geçirmesi gerekmektedir.
 Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum

18. Postoperatif dönemde patolojik durumların gelişme ihtimalini daha düşük seviyeye indirmek için cerrahi girişimden 8 hafta öncesinde alkolün ve sigaranın bırakılması gerekir.

Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum

19. Hastanın preoperatif dönemde sıvı elektrolit dengesini devam ettirmek amacıyla; uzun dönem preoperatif açlık durumundan kaçınılması, anestezi verilmeden iki saate kadar su gibi sıvı gıdaların içilmesine onay verilmesi ve bağırsak hazırlığı uygulamasından kaçınılmalıdır.

Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum

20. Hızlı İyileşme protokolüne göre cerrahi hemşirelerin dikkatli olması gereken esas nokta; hastanın yatış süresi kısaltıldığı için, hastaya taburcu olmadan önce gerekli eğitimleri vermeleridir.

Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum

21. Antibiyotik kullanımı preoperatif dönemde 1 doz uygundur fakat cerrahi işlem üç saatten fazla sürerse dozun ameliyathanede tekrarlanması gerekir.

Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum

22. Yaşam bulguları; postoperatif 0.günde ilk 1 saat 15 dk'de 1, sonraki 2 saat 30 dk'de 1, sonraki saatlerde eğer hastanın değerleri normal ise saatte 1 izlenmelidir.

Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum

23. Kişilere, derin ven trombozunu engellemek amacıyla, düşük moleküler ağırlıklı heparin uygulanmalı ve kompresyon çorapları giydirilmesi önerilmektedir.

Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum

24. Hızlı İyileşme protokolü; katater, tüp ve dren gibi invaziv araçların kullanımının mümkün olduğunca sınırlandırılmasını; gerekli durumlarda ise bu araçların en kısa sürede çıkarılmasını önermektedir.

Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum

Ek 3. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.03.2025-151104



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-88083623-020-151104
Konu : Etik Onayı Hk.

25.03.2025

Sayın Emre ULUÇAY

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Komisyonu'nun 20.03.2025 tarihli ve 2025/03 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin KAZAN
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSABLJN68P Pin Kodu : 73172

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys?>

Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL

Telefon : 444 1 428

Web : <http://www.aydin.edu.tr/>

Keş Adresi : iau.yazisleri@iau.hs03.kep.tr

Bilgi için : Sezen Uğur YAĞCI

Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı



ÖZGEÇMİŞ

