



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**CERRAHİ EKİP ÜYELERİNİN AMELİYAT SIRASI
CERRAHİ SONRASI HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME
BİLEŞENLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Nihal SAYAR SEZEN**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nevin KANAN**

**İSTANBUL
Haziran 2022**



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**CERRAHİ EKİP ÜYELERİNİN AMELİYAT SIRASI
CERRAHİ SONRASI HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME
BİLEŞENLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Nihal SAYAR SEZEN**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nevin KANAN**

**İSTANBUL
Haziran 2022**

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Nihal SAYAR SEZEN tarafından hazırlanan **“Cerrahi Ekip Üyelerinin Ameliyat Sırası Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Bileşenlerine İlişkin Bilgi Düzeyleri”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23/06/2022

Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu:

İmzası

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Nevin KANAN
Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KENDİRKIRAN
Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN
Okan Üniversitesi

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

(Enstitü Müdürünün Ünvanı, Adı, Soyadı)
Müdür

CERRAHİ EKİP ÜYELERİNİN AMELİYAT SIRASI CERRAHİ SONRASI HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME BİLEŞENLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 7	% 6	% 1	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	paperity.org İnternet Kaynağı	% 1
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1
3	pdfs.semanticscholar.org İnternet Kaynağı	% 1
4	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	cocukergen2020.com İnternet Kaynağı	<% 1
7	dspace.balikesir.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

08/ 06/ 2022

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Cerrahi Ekip Üyelerinin Ameliyat Sırası Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Bileşenlerine İlişkin Bilgi Düzeyleri” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Prof. Dr. Nevin KANAN’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Nihal SAYAR SEZEN

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimin boyunca bilgisi, özverisi, bakış açısı, tecrübesi ile yolumu aydınlatan kıymetli hocam Prof. Dr. Nevin KANAN'a,

Benim için çok kıymetli olan bu süreçte, desteğini hep hissettiğim gönül hanesi, sevda hecesi sevgili eşim Alper SEZEN'e,

Doğdular, varlıklarıyla tekamül yolculuğumun destekçisi oldular, merhametli, meraklı, heyecanlı, özverili, sabırlı, öğrenmeye açık, kendini yenileyen, keşfeden, umutla yoluna devam eden yanımla defalarca keşfe çıkararak ve hayatıma mucize ötesi güzellikler ile şans getiren evlatlarım Gökmen SEZEN ve Gökalp SEZEN'e,

Beni büyük emek ve özveri ile büyüten, yetiştiren, başarılarımla onur duyan, mutlu olan, desteği ve emeğiyle varolan, ben çalışmayı yazarken, torunları ile keyifli vakit geçiren kıymetli babam Orhan SAYAR'a,

Her daim varlıklarıyla mutlu olduğum, beni motive eden ve dualarında yer aldığım kız kardeşlerim Elif SAYAR HANÖNÜ, Büşra TUTAL, Beyza SAYAR, Büşra ALBAYRAK'a,

Değerli ekip arkadaşım, bana olan güveni ile yanımda olan Doç. Dr. Ramazan TOPAKTAŞ'a, veri toplama aşamasında çalışmaya katılmayı kabul edip katkı sağlayan Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi ekip üyeleri çalışanlarına,

Yıllardır hayalini kurduğum yüksek lisans eğitimimi tamamlamak kendime yaptığım en büyük iyilik oldu. Öğrenmeyi, okumayı, düşünmeyi, yazmayı seven potansiyelinin farkında olan sevgili kendime,

Bu süreçte varlığıyla beni destekleyen, motive eden, saygı duyan, benimle onur duyan herkese Teşekkür ederim.

Haziran, 2022

Nihal SAYAR SEZEN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ETİK BEYANI	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
TABLO LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Cerrahi Ekip Üyeleri	3
2.2. ERAS Tarihi	5
2.3. ERAS Protokolü	6
2.3.1. İletişim ve İş Birliği	8
2.3.2. Değişime Direnç	8
2.3.3. Protokole Dayalı Bakımın Rolü ve Önemi	8
2.3.4. Bilgi ve Eğitim	9
2.4. ERAS Protokolü Ameliyat Öncesi Öğeleri	9
2.4.1. Hastanın Bilgilendirilmesi	10
2.4.2. Preoperatif Optimizasyon.....	10
2.4.3. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi	10
2.4.4. Ameliyat Öncesi Mekanik Bağırsak Temizliği Yapılmaması	11
2.4.5. Preoperatif Açlık ve Karbonhidrat Yükleme	11
2.4.6. Anestezi Öncesi Medikasyon.....	11
2.4.7. Tromboemboli Profilaksisi.....	11
2.4.8. Antimikrobiyal Profilaksi.....	12
2.5. ERAS Protokolü Ameliyat Sırası Öğeleri	12
2.5.1. Anestezi Protokolü	12
2.5.2. Minimal İnvazif Cerrahi.....	13
2.5.3. İntraoperatif Hipoterminin Önlenmesi	13
2.5.4. Perioperatif Sıvı Yönetimi	14

2.5.5. Drensiz Cerrahi	14
2.5.6. Nazogastrik Sonda Kullanımı	14
2.5.7. Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmanın Yönetimi	15
2.6. ERAS Protokolü Ameliyat Sonrası Ögeleri	15
2.6.1. Erken Mobilizasyon.....	15
2.6.2. Ameliyat Sonrası Narkotik Olmayan Analjezik Kullanımı	16
2.6.3. Kan Şekeri Yönetimi	16
2.6.4. Postoperatif Erken Nutrisyon.....	17
2.6.5. Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması.....	17
2.6.6. Üriner Katater	18
2.6.7. Erken taburculuk.....	18
2.6.8. Takip ve Sonuçların Denetimi	18
3.GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Amacı.....	19
3.2. Araştırmanın Tipi	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	20
3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	20
3.6. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	21
3.7. Veri Toplama Araçları	21
3.7.1. Cerrahi Ekip Üyelerinin Sosyodemografik Özellikleri- ERAS Protokol Bilgi Formu (EK A)	21
3.7.2. Ameliyat Sırası ERAS Bileşenleri Bilgi Formu (EK B).....	21
3.8. Veri Toplama Yöntemi	22
3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	22
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
4. BULGULAR.....	23
4.1. Cerrahi Ekip Üyelerinin Demografik Özelliklerin Dağılımı	24
4.2. Cerrahi Ekip Üyelerinin ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Dağılımı	25
4.3. Cerrahi Ekip Üyelerinin ERAS Bilgi Düzeylerinin Dağılımı	27
4.4. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Yaş ile İlişkisi.....	29
4.5. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Cinsiyet ile İlişkisi	30
4.6. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Eğitim Durumu ile İlişkisi	31
4.7. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Medeni Durum ile İlişkisi.....	33

4.8. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Meslek ile İlişkisi	34
4.9. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Mesleki Çalışma Süresi ile İlişkisi	36
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ.....	44
7. ÖNERİLER	46
KAYNAKLAR.....	47
EKLER.....	52
ÖZGEÇMİŞ	66



KISALTMALAR

AMP	: Antimikrobiyal Profilaksi
DMAH	: Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin
DVT	: Derin Ven Trombozu
EORNA	: European Operating Room Nurses Association (Avrupa Ameliyathane Hemşireliği Birliği)
ERAS	: Enhanced Recovery After Surgery (Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme)
FTS	: Fast Track Surgery (Hızlandırılmış Cerrahi)
NRS	: Nutrisyonel Risk Skoru
NSAİİ	: Non Steroid Antiinflatuar İlaç
SGD	: Subjektif Global Değerlendirme

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No.</u>
Tablo 4.1. Cerrahi Ekip Üyelerinin Demografik Özelliklerin Dağılımı	24
Tablo 4.2. Cerrahi Ekip Üyelerinin E RAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Dağılımı	25
Tablo 4.3. Cerrahi Ekip Üyelerinin ERAS Bilgi Düzeylerinin Dağılımı.....	27
Tablo 4.4. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Yaş ile İlişkisi	29
Tablo 4.5. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Cinsiyet ile İlişkisi	30
Tablo 4.6. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Eğitim Durumu ile İlişkisi.....	31
Tablo 4.7. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Medeni Durum ile İlişkisi	33
Tablo 4.8. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Meslek ile İlişkisi.....	34
Tablo 4.9. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Mesleki Çalışma Süresi ile İlişkisi	36

ÖZET

CERRAHİ EKİP ÜYELERİNİN AMELİYAT SIRASI CERRAHİ SONRASI HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME BİLEŞENLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ

Ameliyat sürecinde; hasta bireyin ameliyat öncesi anksiyetesi, ameliyat sırası fizyolojinin bozulması ve ameliyat sonrası dönemde sıvı-elektrolit dengesizlikleri, mobilizasyonda gecikme, beslenme düzeninde bozulma gibi pek çok nedenle çeşitli komplikasyonlar görülebilmektedir. Ameliyat süreci; hasta bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkilemektedir. Ameliyat sırası dönem sürecin en önemli aşamasıdır. Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (ERAS) protokolü, hastaların perioperatif bakımına yönelik bir yaklaşım ve paradigma değişikliğidir. Yerleşik cerrahi dogmalar yerine kişiselleştirilmiş hasta bakımını etkileyen multidisipliner kanıta dayalı uygulamalardır. Ameliyat sırası dönemde ameliyathane hemşiresinin liderliğinde cerrahi ekip üyelerinin aralarında uyumlu çalışması ERAS'ı görünür hale getirmektedir. Bu çalışma, cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme bileşenlerine ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı. Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmaya katılmayı kabul eden 106 cerrahi ekip üyesi ile gerçekleştirildi. Araştırma verileri 07.04.2022- 29.04.2022 tarihleri arasında, cerrahi ekip üyeleri sosyodemografik özellikleri-ERAS Protokol formu ve ameliyat sırası ERAS Bileşenleri bilgi düzeylerine yönelik form kullanılarak e- anket yöntemiyle toplandı. Verilerin analizi SPSS 26.0 programı ile yapıldı. %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Kategorik (nitel) değişkenler için frekans ve yüzde (n(%)) istatistikleri verilmiştir. Çalışmada Kikare testi kullanılmıştır. Cerrahi ekip üyelerinin %52,4'ü hemşire, %47,6'sı hekim, %24,5'inin branşı Genel Cerrahidir. Cerrahi ekip üyelerinin %40,0'ı ERAS kavramını internetten öğrendiği, %54,3'ü ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olduğu, %13,3'ü ERAS ile ilgili daha önce eğitim aldığı ve eğitim alanların %41,7'si yüksek lisans eğitiminde aldığı belirlendi. Cerrahi ekip üyelerinin %89,5'i ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olma istediği tespit edildi. Aynı zamanda ekip üyelerinin %81,9'u ameliyathane hemşiresinin deneyimi, ameliyat sırası ERAS Protokol bileşenleri uygulamasında etkili olduğunu ifade etti. Tüm veriler değerlendirildiğinde; cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası hızlandırılmış iyileşmeye yönelik bilgi düzeyleri ve bakış açıları aldıkları eğitim düzeyi ile paralel ilerlediği, ameliyat sırası ERAS Protokol bileşenlerini uygulayabilmek için cerrahi ekip üyelerine kapsamlı eğitimler düzenli olarak verilmesi gerektiği öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Ameliyathane Hemşiresi, Cerrahi Ekip Üyeleri, ERAS, FTS.*

ABSTRACT

THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF SURGICAL TEAM MEMBERS ABOUT THE COMPONENTS OF ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY DURING SURGERY

In the process of surgery, various complications can be observed for many reasons, such as anxiety of the patient before surgery, disruption of physiology during surgery, and fluid-electrolyte imbalances in the postoperative period, delay in mobilization, disruption of nutrition. The surgical process affects the patient from a physiological, psychological and social point of view. The order of surgery is the most important stage of this process. The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol is an approach and paradigm shift towards perioperative care of patients. Instead of established surgical dogmas, they are multidisciplinary evidence-based practices that affect personalized patient care. During the Deconstruction period, the harmonious work of the surgical team members among themselves under the leadership of the operating room nurse makes ERAS visible. Our current study was conducted to determine the level of knowledge of surgical team members about the components of accelerated recovery after surgery during surgery. The study was carried out with 106 surgical team members who agreed to participate in the study at Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, Istanbul, in descriptive and cross-sectional type. The research data were collected between Dec.07.04.2022-Dec.29.04.2022 by e-questionnaire method using cerrahi team members sociodemographic characteristics-ERAS Protocol form and ERAS Components information level information form during surgery. The analysis of the data was carried out with the SPSS 26.0 program and was conducted with a 95% confidence level. Frequency and percentage (n(%)) statistics are given for categorical (qualitative) variables. In the study, the Kikare test was used. 52.4% of the surgical team members are nurses, 47.6% are physicians, and 24.5% are General Surgeons. It was determined that 40.0% of the surgical team members learned the concept of ERAS from the Internet, 54.3% had knowledge about the ERAS Protocol, 13.3% had received previous education about ERAS, and 41.7% of those who received training received a master's degree. All data were evaluated for levels of knowledge and perspectives of the team members during the surgical operation in parallel with accelerated healing advances the level of training they received during operation of the ERAS protocol in order to implement comprehensive training should be provided regularly to components, it is envisaged that surgical team members.

Keywords: *ERAS, FTS, Operating Room Nurse, Surgical Team Members.*

1. GİRİŞ

Ameliyat sürecinde; hasta bireyin ameliyat öncesi anksiyetesi, ameliyat sırası fizyolojinin bozulması ve ameliyat sonrası dönemde sıvı-elektrolit dengesizlikleri, mobilizasyonda gecikme, beslenme düzeninde bozulma ve opioid analjezik kullanımı gibi pek çok nedenle çeşitli komplikasyonlar görülebilmektedir. Ameliyat süreci; hasta bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkilemektedir. Ameliyat sırası dönem sürecin en önemli aşamasıdır. Oluşabilecek komplikasyonları en aza indirebilmek için bazı yenilikçi ve radikal yaklaşımlar gündeme gelmiştir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, tedavi maliyetleri münasebetiyle ameliyat sonrası iyileşmenin hızlandırılmasına yoğunlaşmıştır (Çelebi ve İlçe, 2017; Ertürk ve ark., 2018; Umutoğlu ve Salıhoğlu, 2018). Kanıta dayalı uygulamaların alanda kullanılması ile hasta bireylerin tedavi ve bakım standartları günümüzde hasta güvenliğini sağlamada önemlidir (Herbet et al., 2017; Kankılıç ve Tuna, 2019).

Cerrahi girişimler hasta bireyin sağlık sorunlarını çözmeye yönelik planlanır ve uygulanır. Bir cerrahi ekibin birincil hedefi, bir ameliyatı hasta üzerinde başarılı bir şekilde gerçekleştirmektir (Hoepfer et al., 2017). Ameliyathane içinde özellikle ameliyat sırası etkili ekip çalışması, güvenli ve verimli cerrahi performansın temel bileşenidir. Her ekip üyesi farklı bir görevi uyum içerisinde gerçekleştirmeli, mükemmel bir sonucu sağlamalıdır (Hoepfer et al., 2017; Tsuda et al., 2021). Bu bağlamda başarı ve verim, ekip üyelerinin birbirine olan inancı ile artacaktır (Sandelin et al., 2019).

Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (ERAS) protokolü, hastaların perioperatif bakımına yönelik bir yaklaşımdır. Ameliyattan sonra hastaların iyileşmesini hızlandırmayı amaçlayan uygulamaları içerir. "Hızlı yol", "hızlandırılmış cerrahi (fast track surgery, FTS)" veya "hızlı İyileşme" olarak da adlandırılan cerrahi sonrası gelişmiş iyileşme (enhanced recovery after surgery, ERAS) kavramı ilk 1997'de tanıtıldı (Çilingir ve Candaş, 2017; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019). ERAS protokolü, "cerrahiye bağlı olarak gelişen travmanın, kişilerde oluşturduğu psikolojik problemleri ve organ işlev bozukluklarını engelleyerek ilgili süreci standardize etmek,

olası en ideal tedavi ve bakımı sağlayarak kişiyi en hızlı şekilde taburcu etmek” şeklinde ifade edilebilmektedir. Gelişmiş cerrahi sonrası iyileşme, perioperatif bakımda bir paradigma değişikliğidir. Klinikte hasta sonuçlarında ve kurumda maliyet açısından önemli gelişmelerle sonuçlanır (Ljungqvist et al., 2017; Schulz et al., 2021). ERAS kavramı, ameliyat sonrası iyileşmeyi geciktiren cerrahi stres azaltılması, organ disfonksiyonun iyileşmesi gibi faktörleri hedefler. ERAS protokolleri, çok modlu ve koordineli şekilde bakım yolunda kullanılan kanıta dayalı müdahalelerden oluşan bir bakım paketidir (Ashok et al., 2020). Postoperatif komplikasyonları azaltmaya, hastanede kalış süresini kısaltmaya, hasta memnuniyetini artırmaya ve iyileşmeyi hızlandırmaya yönelik multidisipliner bir yaklaşımı temsil eder. ERAS öğeleri, profesyonel multidisipliner bir ekibin oluşturduğu perioperatif bakımı geliştirmek, güncellemek ve desteklemek için bakım protokollerini içerir (Ljungqvist, 2014; Gramlich, 2017). ERAS protokolü bileşenleri; preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dönemlere bölünmüştür (Dağistanlı ve ark., 2018; Kaye et al., 2019). ERAS Protokol öğelerini bir kişinin sadece uygulaması yeterli değildir. Eğitilmiş bir ekibin birlikte uyum içindeki performansı başarıyı getirir. Cerrah, hemşire ve anestezi uzmanlarının; hastaneye başvurudan tutun da evde tamamen iyileşme sürecine kadar geçen süreçte başrolde oldukları yadsınamaz bir gerçektir (Demirhan ve Pınar 2014; Herbet et al., 2017; Watson, 2018; Pignot, 2020; Rove et al., 2020). Yerleşik cerrahi dogmalar yerine kişiselleştirilmiş hasta bakımını etkileyen kanıta dayalı uygulamalar ameliyat sırası döneminde ameliyathane hemşiresinin liderliğinde cerrahi ekip üyelerinin aralarında uyumlu çalışması ERAS’ı görünür hale getirmektedir (Gramlich, 2017; Şentürk ve ark., 2017; Uğurlu ve ark., 2017; Çakır ve Çilingir, 2018; Gündoğdu, 2018; Cohen and Gooberman, 2019; Zhang et al., 2020). Sağlık profesyonelleri için ERAS Protokol Bileşenleri başlı başına faydalı bir süreçtir (Persico et al., 2019; Zhang et al., 2020; Ellis et al., 2021).

Bu bağlamda ameliyat sırası bakımın ön plana çıkması için çalışmamız cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme öğelerine yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma ile cerrahi ekip üyelerinin bilgi düzeyine yönelik farkındalık oluşturması, literatüre paralel eğitimlerin verilmesi, kanıta dayalı uygulamaların alanda kullanılmasına yönelik fayda sağlaması, kaliteli perioperatif bakımın görünür hale gelmesi ve hastanın hastane de kalış süresinin azalmasına yönelik literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi Ekip Üyeleri

Cerrahi ekip üyeleri hastaya fayda sağlayabilmesi için uyum içinde çalışması gerekmektedir. Cerrahi ekip üyelerinin birincil amacı; yapılan ameliyatın hasta üzerinde başarılı bir şekilde gerçekleştirmesidir. Cerrahi ekip üyeleri arasındaki intraoperatif bilgi düzeyi önemlidir. Ameliyathanede çalışan cerrahi ekip üyeleri, birbirleriyle uyumlu ve çok disiplinli bir şekilde çalışması gerekmektedir. Perioperatif bakımın dinamiğinde; zorlu ve karmaşık bir ortamda birbirine aşına cerrahi ekip üyelerini bir araya getirip sağlık bakımı sağlamaları yer almaktadır (Baierl et al., 2014; Sykes et al., 2015; Yu et al., 2016; Hoepfer et al., 2017; Cruz et al., 2019; Kumar et al., 2019; Stucky and Jong, 2021).

Takım çalışması sayesinde cerrahi ekipteki üyeler rollerini çok daha iyi anlayabilirler. Bu çalışma sağlık ekibindeki üyelerin arasındaki iletişimi kuvvetlendirdiği gibi gelişimlerini destekler. Bu bağlamda daha sağlıklı bir çalışma ortamının oluşmasını sağlar. Üyelerin denetimine bu sayede çok daha az ihtiyaç duyulur. Takımdaki kişiler arasındaki yüksek sinerjinin etkisiyle kaynaklar daha etkin kullanılmaktadır (Hoepfer et al., 2017; Sandelin et al., 2019; Tsuda et al., 2021). Cerrahi ekip üyeleri genellikle cerrah, anestezi hekimi ve ameliyathane hemşiresinden oluşmaktadır. İntraoperatif alanda hekim olarak ameliyatı yapan cerrah, hastanın uyutulmasından aynı zamanda ağrı kontrolünden sorumlu anestezi uzmanı ve ameliyat sürecine liderlik eden ameliyathane hemşiresi yer almaktadır. İntraoperatif ekip üyelerinin birliği, disiplinler arası ekip çalışmasının en iyi örneğidir (Yu et al., 2016).

Cerrahi hekim; hastaya tanı koyan, gerekli tıbbi tedaviyi ya da cerrahi girişimi planlayıp uygulayan, hastaya yönelik yapılan uygulamalardan ve girişimlerden primer olarak sorumlu olan, alanında uzman ve operatör ünvanına sahip olan ameliyat esnasında kararlar alan ve ameliyatı yapan cerrahi ekip üyelerinin başı olarak bilinmektedir (Yu et al., 2016; Bayer, 2018).

Anestezi hekimi; cerrahi girişim geçirecek olan hastayı bütüncül olarak değerlendiren, ameliyatı gerçekleştirecek cerrah ile hastaya uygun pozisyon vermede destek olan, cerrahi girişime ve hastanın durumuna özel anestezi çeşidini belirleyerek uygulayan ve hastayı tüm süreçte takip eden cerrahi ekip üyesidir (Yu et al., 2016; Bayer, 2018).

Ameliyathane hemşireleri; çeşitli rol ve sorumluluklara sahip cerrahi ekip üyesidir. Bilimsel ve teknolojik gelişmenin yanı sıra hemşirelik modellerinin evrimi nedeniyle yüksek eğitilmiş profesyonel ameliyathane hemşirelerine duyulan ihtiyaç önemli ölçüde artmıştır. Ameliyathane hemşireliği; cerrahi girişim sırası kriz anını yönetme, yüksek düzey sterilite standartlarını uygulama ve koruma, teknolojik gelişmeleri yakından takip etme, multidisipliner ekip arasında iletişimi sağlama, hastanın savunuculuğunu yapma, perioperatif dönemde hasta güvenliğinde büyük sorumluluk alması nedeniyle yüksek risk ve büyük sorumluluk içeren profesyonel bir meslek dalıdır (Aksoy ve ark., 2017; Uğurlu ve ark., 2017; Zhou and Li, 2021).

Hemşirelerin sorumluluklarının genişlemesi ile ameliyathane hemşireliği preoperatif ve postoperatif dönemi de kapsamakta, bu nedenle çağdaş tıp literatüründe perioperatif hemşirelik ameliyathanede bir hemşirelik süreci olarak kabul edilmektedir (Niu et al., 2017). 'Perioperatif hemşirelik' terimi, ABD'li ameliyathane hemşireleri tarafından yapılan çalışmalarının sonucu literatüre girmiştir. Perioperatif hemşirelik; bilimsel bir temele dayanan, mesleki rolleri ve hemşirelik bakımını içeren bağımsız bir meslektir (Sandelin et al., 2019). Avrupa Ameliyathane Hemşireleri Derneği (EORNA), intraoperatif hemşirelik için aşağıdaki yeterlilik özelliklerini tanımladı. Ameliyathane hemşireleri; güvenli ve etkili hasta bakımı sunan, becerikli, teorik bilgiye hâkim ve bunu pratikte kullanan, etik bilgiler doğrultusunda hareket eden, teknolojik gelişmelerle yakından ilgilenen, öğrenen ve uygulayan, bilişsel ve sosyal becerileri olan, multidisipliner etkili bir iletişim becerisine sahip, hastanın refahını düşünen, hastanın savunucusu, karar alma becerisine sahip, stresi tolere edebilen, durumsal farkındalık ile birlikte ekip çalışmasına yönelik becerisi olan ve liderlik yeteneğine sahip olan kişilerdir (Kilvered et al., 2012; Demir, 2014; Williams et al., 2020).

Ameliyathane hemşireleri, hastanın ameliyathanede geçirdiği süreyi en aza indirmeli ve ameliyatın koordinasyonu sağlamalıdır. Gereksiz bekleme süresinden

kaçınmak ve hastaların gereksiz yere uyutulmamaları için güvenli ve etkili ameliyat sırası hemşirelik bakımı sunmak oldukça önemlidir (Blomberg et al., 2020).

2.2. ERAS Tarihi

Cerrahi girişimlerde 1990'ların sonuna doğru hasta bakımındaki kaliteyi iyileştirmek için ameliyattan sonra gelişmiş iyileşme programları ERAS tanıtılmaya başlandı. Danimarka kökenine dayanan ERAS Protokolleri ulular arası düzeyde kullanılmaya başlanmıştır. ERAS Protokollerini benimseyen ve yaygın olarak kullanan bölümler; kolorektal majör cerrahi girişimi için genel cerrahi, üroloji, ortopedi, jinekoloji ve kardiyoloji gibi branşlardır.

Avrupa'nın kuzeyinde yer alan ülkelerden (Danimarka, Hollanda, İskoçya, İsveç ve Norveç) 2001 tarihinde bilimsel veriler ile kanıta dayalı uygulamaların incelenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi için Fearon ve Ljungqvist bir çalışma ekibi oluşturdu. Grubun amacı; hastanın yolculuğu boyunca tedaviye en iyi uyumu sağlamak için optimal perioperatif bakımı geliştirmektir. Multidisipliner ekip, cerrahi strese yönelik oluşan metabolik komplikasyonları azaltmak ve postoperatif iyileşmeyi hızlandırma üzerine yoğunlaştı. Ekip, hastanın erken iyileşmesine odaklandı. Hastanın sürdürülebilir kaliteli bakımını geliştirmek için çeşitli protokoller geliştirdi ve uygulamaya başladı. Böylelikle ERAS cerrahi sonrası hızlı iyileşme olarak tıp literatürüne girmiş oldu (Ljungqvist, 2014). Bu ekip ERAS Protokolü'nü geliştirmeye yönelik çalışarak, kanıta dayalı güncel uygulamaların yer aldığı elektif kolorektal cerrahi için bir öneri kılavuzu hazırlayarak 2005 yılında yayımlandı. Türkiye'de kongrelerde ERAS protokollerinin faydalarını öne çıkarmak amacıyla pek çok etkinlik yapıldı. İlk defa 2006'da Ulusal Cerrahi Kongresi'ne, Olle Ljungqvist davet edilerek bir konferans vermesi sağlandı. Akabinde bireysel iş birliği ile bazı cerrahlar ve anestezi uzmanları ERAS Protokollerini uygulamaya başladılar.

2008 yılında, cerrahi bakım yollarını oluşturmak ve uygulamak için işbirlikçi multidisipliner bir ekip bir araya gelerek başkana bir öneri sundu. Hasta bakımındaki en iyi bakım planlarının temel adımları tanımlandı. Perioperatif bakım planları için hemşire koordinatörün olması gerektiği ifade edildi. Öneri onaylandı ve ilk multidisipliner ekip toplantısı Ekim 2008'de gerçekleşti (Deborah and Watson, 2018).

2010 yılında, merkezi Stockholm’de yer alan ERAS çalışma grubu uluslararası bir derneğe dönüşerek ve ERAS Derneği (Enhanced Recovery After Surgery Society for Perioperative Care) adını aldı (<https://erassociety.org>). İlk uluslararası kongresini 2012 yılında Cannes’de yapan ERAS Society ilk rehberlerini de aynı yıl içinde yayımladı. ERAS Derneği’nin misyonu, perioperatif bakımının kalitesini arttırmak ve kanıta dayalı uygulamanın araştırma, eğitim, denetim ve uygulanmasına yönelik desteklenerek iyileşmeyi iyileştirmektir.

Türk anestezi hekimleri ile ERAS protokolleri 2014 yılındaki TARD Kongresi’nde karşılaştı. Olle Ljungqvist’ de ERAS konulu panele davetliydi. Anestezi hekimlerinin zaten pek çok bileşenini bildiği protokollere yönelik ilgisi yüksekti. 2015 yılındaki Ulusal Anestezi Kongresi’nde misafir konuşmacı Medhat Shalabi ile yapılan iş birliği ve iletişim toplantısından sonra hem Türkiye’deki yasal prosedürler hem de uluslararası alandaki iletişimi kolaylaştırmak amacıyla bir dernek kurmanın faydalarına dikkat çekildi.

Zorlu ve yoğun geçen bir sürecin akabinde tüzük yazıldı ve 23 Şubat 2017 tarihinde Ankara İl Dernekler Müdürlüğüne başvurusu yapıldı. Tüzüğün uygun bulunduğu Ankara Valiliği tarafından 15 Mart 2017 gününde bildirildi. ERAS Türkiye Derneği resmi olarak faaliyete geçti. ERAS Türkiye Derneği Başkanı Haldun Gündoğdu ve ERAS Society Başkanı Olle Ljungqvist ile imzalanan anlaşma doğrultusunda iki dernek kardeş ilan edildi (Gündoğdu, 2018).

2.3. ERAS Protokolü

ERAS Protokolü; ‘FAST TRACK SURGERY’ (FTS) hızlı ameliyat, hızlandırılmış cerrahi, hızlı iyileşme gibi de adlandırılmaktadır. ERAS Protokolü’nün amacı; hastaların hastanede kalış süresini, cerrahi girişimdeki komplikasyonları, komplikasyonlara bağlı yeniden yatışı, morbiditeyi ve maliyeti azaltmak aynı zamanda verimliliği arttırmaktır. ERAS, hasta bakımını ve sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlar. Kanıta dayalı bakımın kilit yönlerine odaklanarak perioperatif dönemin her aşamasında hasta bireyin perioperatif bakımına yönelik bir yaklaşımdır, fizyolojik ve psikolojik stresini azaltır. Aktif olarak uygulayabilmek için cerrahi ekip üyeleri eğitilmiş ve bilgili olmalı (Herbet et al., 2017).

ERAS Protokolü'nün uygulanmasını kolaylaştıran multidisipliner ekip üyeleridir. Kişilerin uygulamayı benimsemesi başarıyı beraberinde getirmektedir. ERAS Protokol uygulamalarını kolaylaştırıcı faktörler; özel yetiştirilmiş ekip lideri, etkili multidisipliner ekip iletişimi, cerrahi ekip üyelerinin özverili yaklaşımı, multidisipliner ekip üyelerinin sürekli eğitimi ve bilgi desteğidir. ERAS Protokolü'nün uygulamasına engel olan faktörler ise; yeniliklere direnç gösteren ekip üyeleri, yetersiz finansman, yönetim desteğinin eksikliği, cerrahi ekip üyelerinin değişim devir hızı, yetersiz dökümantasyon, yetersiz eğitim, bilgi eksikliği, zaman yetersizliğidir (Demirhan ve Pınar 2014; Herbet et al., 2017; Watson, 2018; Pignot, 2020; Rove et al., 2020). Mevcut literatür ERAS Protokolü'nün başarılı olmasının destekleyen ve engelleyen faktörlere özellikle dikkat çekmiştir (Cohen and Gooberman, 2019). ERAS bakım sistemi, kanıta dayalı bir kılavuz, bir uygulama programı ve uygulama değişikliğini destekleyen etkileşimli bir denetim sistemi içerir (Gramlich, 2017; Ongun ve Ak, 2020; Arslankılıç, 2021).

ERAS bütüncül bir yaklaşımdır. ERAS, hastaların perioperatif bakımını kapsayan kanıta dayalı müdahaleler bütündür. Bu uygulamalar hasta sonuçlarını iyileştirerek ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırır. Program şunları içerir: Polikliniğe gelen hastanın ameliyat sonrasına kadar tüm yolculuğunu kapsayan 20 bileşen yer alır. Yapılan çalışmalar hasta ve hastane açısından (komplikasyonların ve hastanın hastanede kalış süresinin azalması) olumlu sonuçları olmasına rağmen kanıt temelli ERAS Bileşenlerinin uygulamada yavaş ilerlediğini göstermektedir. Ameliyat sırası ERAS Bileşenleri uygulamada cerrahi ekip üyelerinin deneyimlerini etkileyen dört temel unsur vardır. Bunlar; İletişim ve iş birliği, değişime direnç, protokole dayalı bakımın rolü ve önemi, eğitim ve bilgi düzeyidir (Herbet et al., 2017; Cohen and Gooberman, 2019).

2.3.1. İletişim ve İş Birliği

Yapılan çalışmalar incelediğinde Ameliyat sırası ERAS Bileşenlerinin uygulamada başarılı olması için; cerrahi ekip üyelerinin etkili iletişimi, uygulamaya istekli olması, ERAS hakkında eğitime ve bilgiye açık olması, iş birliği yapması gerekmektedir. Ameliyathane hemşiresinin cerrahi ekip üyeleri ile güçlü iletişimi koordinasyonu sağlamaktadır. Ameliyat sırası ERAS Bileşenlerine ilişkin farkındalık yaratmak ve bu farkındalığı uygulamaya geçirmek kanıta dayalı hasta bakımında kaliteyi artırmaktadır. Bu da ekip üyeleri arasında kolektif bir duyguyu teşvik etmektedir (Cohen and Gooberman, 2019).

2.3.2. Değişime Direnç

Yapılan çalışmalarda cerrahi ekip üyeleri arasında değişime karşı direnç gösteren bireyler ERAS'ın uygulanmasında zorluk çıkarmaktadır. Bu bireyler ERAS Bileşenlerini uygulamada isteksizlik, değişime karşı bir hoşnutsuzluk, uygulamaya olan güven eksikliği göstermektedir. Bu nedenle cerrahi ekip üyelerinin dogmatik rutinleri uygulamak yerine kanıta dayalı hasta bakımın yönergelerini uygulamayı önemi konusunda güncel eğitimlerin düzenli verilmesi ve ERAS Programı'nın başarısı gösterilmesi gerekmektedir (Cohen and Gooberman, 2019).

2.3.3. Protokole Dayalı Bakımın Rolü ve Önemi

Cerrahi ekip üyeleri, kanıta dayalı rehberlik için protokol bileşenlerini geniş hatları ile bilgi sahibi olmalıdır. Ameliyathane hemşiresi neyin, ne zaman ve kim tarafından yapılacağını, inceleyerek hasta akışını kolaylaştırır böylece hastalar için gecikmeler azalır. Kanıta dayalı uygulamaları standartlaştırma, hasta bakım kalitesini iyileştirir. Cerrahi girişim sırasında hastaya özel tercih edilen minimal invaziv cerrahi teknik, uygulanacak anestezi yöntemi, tercih edilen intraoperatif dönem esnasında ya da postoperatif dönemde katater kullanımını minimize etme, sıvı kontrolünü sağlama, normotermiyi koruma hastanın postoperatif dönemde erken mobilizasyonu sağlayarak iyileşme sürecini hızlandırır ve hastanede kalış süresi kısalır. Bunun sonucunda hasta memnuniyeti, kuruma olan güven artmakta ve kurum maddi olarak kara geçmektedir. Ameliyathane hemşireleri ve cerrahi klinik hemşireler ERAS Protokolü Bileşenlerini uygulama sürecinde aktif olarak rol almaktadır. Yapılan

çalışmalarda komorbit, yaşlı günlük yaşam aktivitelerini yapamayan hastalara daha fazla vakit ayırdıkları için zaman yetersizliği ve yeterli çalışan hemşire sayısı olmaması nedeniyle ERAS Bileşenleri'ni uygularken ameliyathane hemşireleri ve cerrahi klinik hemşireleri etik sorunlar yaşadığını, ERAS Bileşenleri'ni uygulamakta zorlandıklarını ifade etmektedir (Cohen and Goberman, 2019).

2.3.4. Bilgi ve Eğitim

ERAS Protokol Bileşenlerinin ayakta durması, uygulanması ve başarısı için cerrahi ekip üyelerinin, iyi ve yeterli bir bilgiye sahip olması önemlidir. Düzenli ve güncel eğitimler ile pragmatik uygulamalar yerini kanıta dayalı kaliteli hasta bakım uygulamalarına bırakır. ERAS Protokol Bileşenlerini uygulayan cerrahi ekip üyesinin kendisi tarafından sağlanan bakımın amacını, hedefini ve bakımın potansiyel başarısı için ERAS'ı kavraması önemlidir (Cohen and Goberman, 2019).

Yapılan alışmalarda ERAS Bileşenleri uygulamaya karşı kendini olumsuz hisseden cerrahi ekip yesinin ERAS' ın alandaki verimini gördükten sonra ERAS 'a bakış açısının değiştiğini göstermektedir. Cerrahi ekip yelerinin ERAS Bileşenleri'ni uygulamada zorlukların üstesinden gelebilecek güce sahip olmaları, endişelerini ifade etmeleri, gerektiğinde eğitim talep etmeleri, cerrahi ekibin liderliğinde bireylerin görev ve sorumluklarının zamanında, tam olarak yerine getirmeleri gerekmektedir. ERAS Protokol Bileşenlerini uygulayabilmek için cerrahi ekip üyelerine kapsamlı eğitimler düzenli olarak verilmelidir (Cohen ve Goberman, 2019). Tedavi ve bakımlar geleneksel ve doğmatik rutinler yerine; kanıta dayalı protokoller oluşturulmuştur. Protokolün içeriğinde, perioperatif dönemin hepsini kapsayan 20'den fazla kanıta dayalı ana başlık yer alır. ERAS protokolleri içinde preoperatif dönem bileşenleri, intraoperatif dönem bileşenleri ve postoperatif dönem bileşenleri yer almaktadır (Kankılıç ve Tuna, 2019).

2.4. ERAS Protokolü Ameliyat ncesi ğeleri

ERAS Protokolünün bu evresindeki amaç; hasta bireyi ameliyat için optimize etmektir. Ameliyat ncesi bileşenlerde 8 madde yer alır. Bunlar; hastanın bilgilendirilmesi, preoperatif optimizasyon, beslenme durumunun değerlendirilmesi, ameliyat öncesi mekanik bağırsak temizliği yapılmaması, preoperatif açlık ve

karbonhidrat yüklemesi, anestezi öncesi medikasyon, tromboemboli profilaksisi ve antimikrobiyal profilaksidir (Ashok et al., 2020).

2.4.1. Hastanın Bilgilendirilmesi

Cerrahi planlanan hasta bireyde; süreç ile ilgili belirsizlik ve bilinmezlik nedeniyle anksiyete ve stres görülmektedir. Hastanın yaşadığı bu stres fizyolojik ve psikolojik iyileşmeyi etkileyerek hastanın iyileşme sürecini geciktirmekte ve hastanede kalış süresini uzatmaktadır (Forsmo et al., 2016; Wilson et al., 2016; Gustafsson et al., 2019).

Cerrahi ve anestezi prosedürleri ile ilgili preoperatif eğitim ve danışmanlık; postoperatif döneme yönelik korku, anksiyete ve ağrı düzeyini azaltabilir, postoperatif fizyolojik ve psikolojik iyileşmeyi hızlandırarak kısa sürede taburcu olmayı sağlayabilir (Ljungqvist, 2014; Aksoy ve Yılmaz, 2017; Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.4.2. Preoperatif Optimizasyon

Sigara, alkol tüketimi, anemi, beslenme-metabolik durum ve düşük fiziksel aktivite gibi durumlar veya uzun süreli yatış süresine yol açabilecek preoperatif risk faktörlerini optimize etmek önemlidir. Buradaki amaç; postoperatif dönemde optimum sağlık düzeyine ve bütünsel olarak “iyi hissetme” haline ulaşabilmektir. Perioperatif mortalite ve morbiditeyi minimize etmek için örneğin sigara ve alkol kullanımı aynı zamanda anemi ameliyat öncesi sorgulanmalıdır. Cerrahi girişim öncesi en az iki ay öncesinden sigara ve alkolün bırakılması ameliyat sonrası dönemde hasta yararına olmaktadır. Mevcut ve eski sigara ve alkol kullanımı postoperatif komplikasyon ve ameliyat sonrası mortalite riskini etkilemektedir (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.4.3. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Elektif majör cerrahi girişim geçirecek olan her hastanın beslenme durumu hastanın iyilik halinin devamı için önemlidir. ERAS protokollerinin öğeleri arasında yer alan beslenmenin en iyi duruma getirilmesi postoperatif iyileşmeyi hızlandırır ve hastane maliyetlerini düşürür (Jie et al., 2012). Preoperatif beslenme risk değerlendirmesi beslenme yetersizliğine yönelik düzenlemeleri sağlamaktadır. Nutrisyonel risk skoru (NRS-2002, subjektif global değerlendirme (SGD) ve beden

kitle indeksi yeterli beslenmenin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerdir (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.4.4. Ameliyat Öncesi Mekanik Bağırsak Temizliği Yapılmaması

Yayınlanan meta-analizler de kolon cerrahisi uygulanmadan önce yapılan barsak temizliğinin, anastomoz kaçaklarına yönelik bir etkisi olmadığını aksine bu riski ciddi oranda arttırdığını, özellikle yaşlı hastalarda önemli seviyede sıvı elektrolit dengesizliklerine sebep olduğu bilinmektedir. Majör cerrahi girişimlerde ERAS protokolüne göre rutin mekanik bağırsak temizliği önerilmemektedir (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.4.5. Preoperatif Açlık ve Karbonhidrat Yükleme

Elektif cerrahi girişimlerinde anestezi indüksiyonundan 2 saat öncesine kadar berrak sıvı alımı ve katı yiyecekler için 6 saatlik açlık önerilir. Pulmoner aspirasyon riskini minimize etmek için dogmatik rutin uygulamalarda 00.00'dan itibaren oral katı ve sıvı gıda alımının kesilmeliydi. Fakat, bu kuralın hastada iyilik halinde azalma ve ameliyat sonrası insülin direncinde artma gibi metabolik sorunlara neden olduğunu kanıtlayan bilimsel veriler vardır (Ljungqvist, 2014).

Preoperatif karbonhidrat yüklemesinin ameliyat sonrası iyilik halini artırarak hastanede kalış süresindeki kısalmayı kanıtlanmıştır. Bu nedenle ERAS 'ın önemli bir öğesidir (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.4.6. Anestezi Öncesi Medikasyon

Hastalara cerrahi girişim öncesi hasta konforunu artırmak, anksiyeteyi azaltmak ve spinal anestezi gibi teknik prosedürlerin başarıyla tamamlanmasını kolaylaştırmak için uzun ya da kısa etkili sedatif ilaçların ameliyat öncesi kullanımı, postoperatif sedasyonu içerebilir ve hastanın uyanması gecikebilir. Bu bağlamda verilmemesi önerilmektedir (Erdem, 2018; Ashok et al., 2020)

2.4.7. Tromboemboli Profilaksisi

Hastalarda, derin ven trombozu (DVT) riskini önlemek için, düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavide yer almalı ve varis çorapları giydirilmelidir. Tedavi

genellikle cerrahi girişimden 2-12 saat önce başlanmalı ve hastalar tamamen mobilize olana kadar devam etmelidir (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.4.8. Antimikrobiyal Profilaksi

Antimikrobiyal profilaksinin (AMP) amacı cerrahi insizyon aşamasında serum ve dokuda yeterli seviyede antimikrobiyal etkiyi sağlayabilmektir. AMP cerrahi insizyondan bir saat önce yapılmış olmalıdır. Cerrahi girişim öncesi tek doz yeterli olmaktadır fakat uzun süren cerrahi girişimlerde (4 saat ve üzeri), kan kaybı fazla olan ameliyatlarda ilacın yarılanma ömrüne bağlı olarak 3-4 saatte bir uygulanan rapel dozlar fayda sağlamaktadır (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.5. ERAS Protokolü Ameliyat Sırası Öğeleri

Cerrahi ve anestezi tekniklerinden oluşan intraoperatif unsurlar, fizyolojinin bozulmasını en aza indirmeyi amaçlar. Ameliyat Sonrası İyileşme (ERAS) protokollerinin, ameliyat sırası bileşenlerinin hasta sonucu üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gösterilmiştir. ERAS protokolünün bu evresi yedi maddeyi içerir. Anestezi protokolü, minimal invazif cerrahi, intraoperatif hipotermimin önlenmesi, perioperatif sıvı yönetimi, drensiz cerrahi, nazogastrik sonda kullanımı, ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın yönetimi maddelerinden oluşur (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.5.1. Anestezi Protokolü

Postoperatif dönemde hızlı ve kolay uyanmayı sağlamak için opioid içermeyen kısa etkili anestetik ilaçlar tercih edilmektedir. İntraoperatif ventilasyonun odak noktası, pulmoner travmayı en aza indirmektir. Majör cerrahi geçiren hastalar için önem arz etmektedir. Anestezi uzmanı hekim, cerrahi girişimin sonuçlarını etkileyen üç temel faktörden sorumludur: Cerrahiye stres yanıtı, sıvı tedavisi ve analjezi. Bu temel faktörlerin optimizasyonu ile hastanın yaşayacağı metabolik travma minimize

edilecek, iyilik hali artacaktır. Bunun sonucu olarak hastanın hastanede kalış süresi ve sağlık bakım maliyeti azalacaktır.

Majör abdominal cerrahi girişimlerde ideal anestezi ve analjezi sağlamak için en uygun yükseklik T 7-8 aralığıdır. Böylelikle sempatik blokaj sağlanacaktır. Protokole göre; midtorasik epidural blokaj ve beraberinde kısa etkili anesteziklerle cerrahi girişimin yapılması akabinde epidural kateter ile postoperatif dönemde de analjezinin sağlanması gerekmektedir (Ljungqvist, 2014; Aksoy ve Yılmaz, 2017; Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.5.2. Minimal İnvazif Cerrahi

Günümüzde teknolojinin ilerlemesi ile birlikte laparoskopik cerrahi,robotik cerrahi, endoskopik cerrahi ve hibrit cerrahi girişimler önemli ölçüde artmıştır. Minimal invazif cerrahinin açık cerrahiye nazaran daha avantajlıdır. Ameliyat sonrası hastada oluşabilecek giriş travması, postoperatif ağrı ve analjezi gereksinimi, kan kaybı, insizyonel herni, batın içi yapışıklık ve yara yeri komplikasyonlarını önemli seviyede azaltarak hastanede yatış süresini kısaltmaktadır (Gustafsson et al., 2019; White and Rockall, 2020). Minimal invaziv cerrahi teknikleri ERAS'ın diğer öğeleri olan sıvı yönetimi, analjezi ve mobilizasyon gibi bileşenler ile hastanın iyilik halini artırmaktadır (Ljungqvist, 2014; Aksoy ve Yılmaz, 2017; Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Gustafsson et al., 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.5.3. İntraoperatif Hipoterminin Önlenmesi

Ameliyathanede hasta güvenliğinin önemi cerrahi ekip üyeleri tarafından bilinmektedir. İntraoperatif dönemde hipotermiyi önlemek için etkili müdahalelerin uygulanmasına önemlidir. Hasta güvenliği için cerrahi teknik ve anestezi prosedürüne bağlı komplikasyonların önlenmesi hemşirelik bakımı hedefleri olduğundan hemşirelerin bu bağlamda önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (Poveda ve Galyao, 2011; Vecineo et al., 2018). Perioperatif hipoterminin önlenmesi, hastane maliyetlerinin yanı sıra morbidite ve mortaliteyi de azaltır. ERAS kılavuzları, normotermiyi sağlamak için çok modlu tekniklerin kullanılmasını uygun görmektedir. Bu nedenle cerrahi girişim esnasında eksternal ısıtıcıların kullanılması ve verilen IV

sıvıların vücut sıcaklığına uygun olması önerilmektedir (Poveda ve Galvo, 2011; Brogly et al., 2016; Vecino et al., 2018).

2.5.4. Perioperatif Sıvı Yönetimi

Hastanın postoperatif iyilik hali için uygun bir perioperatif infüzyon yönetimi çok önemlidir. Perioperatif sıvı tedavisinin optimizasyonu sıklıkla postoperatif sonuçların iyileşmesine, perioperatif komplikasyonların azalmasına ve hastanede kalış süresinin kısalmasına neden olur. Hipovolemi ve hipervolemi perioperatif komplikasyon oranlarında artışa sebep olabilir. Ana hedef, perioperatif dönemde perfüzyon koşullarını optimize etmek için sıvı yönetimi ve inotropik ilaçların bir kombinasyonu olan hedefe yönelik tedavi ile perioperatif övolemiyi sürdürmektir. Kapsamlı bir multimodal, hedefe yönelik sıvı yönetiminin cerrahi sonrası iyileşme (ERAS) protokolünde uygulanması etkilidir (Wellge et al., 2020). Sıvı tedavisi, majör elektif cerrahi geçiren hastaların hemodinamik yönetiminin temel taşıdır. Hem aşırı sıvı yüklenmesi hem de hipovolemi perioperatif fazda zararlıdır. Dengeli sıvı tedavisi hedeflenmelidir (Heming et al., 2021). Sıvı yönetimi ameliyattan önce başlar, hastaya göre ayarlanmış ve ameliyata göre ayarlanmış hemodinamik izleme göz önünde bulundurularak ameliyat sonrası ortamda (iyileşme odası, klinik) devam ettirilmelidir (Wellge et al., 2020; Forst et al., 2021; Heming et al., 2021).

2.5.5. Drensiz Cerrahi

Cerrahi sonrası drensiz yaklaşımının amacı, daha kısa hastanede kalış süresi ile ilişkilidir. Drenler, cerrahi girişim sonrası birikimin ya da anostomoz kaçağının drenajını sağlamak için rutin olarak uygulanmaktadır. Buna rağmen dren kullanımı, hastanın mobilizasyonunu kısıtlar, geciktirir ve ağrı denetimini zorlaştırır. Bu yüzden drenler rutin olarak kullanılmamalıdır (Yong et al., 2021).

2.5.6. Nazogastrik Sonda Kullanımı

ERAS klavuzlarında; kateter, tüp ve drenlerin kullanımı hakkında sınırlandırılması, kullanımı gerekliyse mümkün olan en kısa sürede çıkarılması yönünde yer almaktadır. Literatürde nazogastrik sondanın kullanımı; hastanede kalış süresini ve pulmoner komplikasyonları azaltmadığı, ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonlarının geri dönüş hızını değiştirmedeği fakat ateletazi, ateş ve pnömoni insidansını arttırdığı gözlemlenmiştir. Nazogastrik sonda olan hastada oral beslenme

gecikmektedir. Sonda intraoperatif dönemde kullanılmak zorunda ise postoperatif dönemde zamanında çıkarılmalıdır (Ljungqvist, 2014; Aksoy ve Yılmaz, 2017; Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Gustafsson et al., 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.5.7. Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmanın Yönetimi

Ameliyat sonrası bulantı ve kusma, ameliyat sonrası sonuçlar üzerinde olumsuz bir etkiyle cerrahi hasta popülasyonunu rahatsız etmektedir. Ameliyat sonrası bulantı ve kusma, iyileşme süresini önemli ölçüde artırır, hasta memnuniyetini azaltır ve taburcu olma süresini artırır. Cerrahi hastalara genel bir multimodal ameliyat sonrası bulantı-kusma profilaksisinin uygulanması önerilmektedir. Ameliyat sonrası bulantı-kusma, hastanın erken dönemde oral beslenmeye geçişini engeleyeceğinden önlem alınmalıdır. Ameliyat sırası dönemde kusmayı uyarabilen ajanların kullanımından kaçınılmalı ve kombine antiemetikler kullanılmalıdır.

Bulantı-kusmayı minimize edecek bazı yöntemler; anestezi sırasında etkili konsantrasyonda oksijen kullanımı, perioperatif dönemde aç kalma süresinin kısalması ve karbonhidrat yüklemesi, bölgesel anestezi tekniklerinin kullanımı, ağrıyı hafifletmek için opioidler yerine non-steroid antiinflamatuvar ilaçların (NSAİİ) kullanımınıdır (Schwartz and Gan, 2020; Rajan and Joshi, 2021; Szachnowicz, 2021).

2.6. ERAS Protokolü Ameliyat Sonrası Öğeleri

Cerrahi girişim sonrası postoperatif bileşenler, hastanın rehabilitasyonunu ve iyileşmesini en iyi şekilde olmasını amaçlar. ERAS kılavuzunda sekiz madde içerir. Erken mobilizasyon, ameliyat sonrası narkotik olmayan analjezi kullanımı, kan şekeri yönetimi, postoperatif erken nütrisyon, gastrointestinal motilitenin uyarılması, üriner katater, erken taburculuk ve takip-sonuçların denetimi maddeleri yer almaktadır (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.6.1. Erken Mobilizasyon

Erken mobilizasyon, postoperatif bakımın çok önemli bir unsurudur; bununla birlikte, günlük uygulamada erken mobilizasyon protokollerinin uygulanmasında zorluklar vardır. Majör cerrahi geçiren hastalarda erken mobilizasyon farkındalığı

önemlidir. Kanıta dayalı uygulamalar, erken mobilizasyonu teşvik ederek majör cerrahi geçiren hastalarda erken iyileşmeyi arttırmada etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir. En iyi uygulamanın sürdürülmesi, sonraki takip denetimleriyle devam etmelidir.

Cerrahi sonrası uzayan immobilizasyonda; kas kaybı, pulmoner komplikasyonların artması, insülin direnci ve venöz tromboembolizm riski ile karşılaşmaktadır. ERAS rehberine göre hastanın, ameliyat sonrası sıfıncı gün iki saat, taburcu olana kadar diğer günlerde altı saat yatak dışında olması gerekmektedir. Postoperatif erken mobilizasyon hastanın ağrısını azalttığı gibi ileus riskini de minimize etmektedir (Hu et al., 2019).

2.6.2. Ameliyat Sonrası Narkotik Olmayan Analjezik Kullanımı

ERAS protokollerinde nöroaksiyel anestezi, periferik sinir blokları ve nonopioid yardımcı maddeler analjeziye multimodal yaklaşımın temelidir. Cerrahi sonrası geliştirilmiş iyileşme protokolleri içerisinde postoperatif ağrı yönetimini veya iyileşmeyi olumsuz etkilemeden opioid azaltılmış ve opioid içermeyen anestezi desteklenmektedir. Opioid kullanımı; bağırsak işleyişini negatif etkilediği, mental olumsuzluklar ve bulantı kusma gibi problemler yarattığı, solunum sistemi merkezini inhibe ederek morbiditede artışa sebebiyet verdiği bilinmektedir.

Bununla birlikte, ERAS protokollerinde minimal invaziv cerrahi yaklaşımlarının tercih edilmesi, nazogastrik tüplerin gereksiz yere kullanılmaması ya da erken çıkarılması cerrahi sonrası iyileşme üzerinde en güçlü etkiye sahip olan erken ambulasyonu da desteklediğini belirtmek önemlidir. Bu stratejilerin kullanımının derlenme odalarında kalış süresini azalttığı ve sağlık kaynaklarındaki yükü azalttığı, aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini ve memnuniyetini iyileştirdiği gösterilmiştir (Chia et al., 2020; Wainwright et al., 2020).

2.6.3. Kan Şekeri Yönetimi

Ameliyattan sonra oluşabilen insülin direncinin en önemli etkenin ameliyat öncesi mekanik bağırsak temizliği ve uzun süren açlık olduğu ifade edilmektedir. Bu sebeple dogmatik rutinler insülin direncini tetiklediği için ERAS protokolü, diyabet hastalarında hipoglisemi oluşmaması için kan glikozu takibi ile gerekli ise insülin tedavisinin faydalı olduğunu bildirmektedir (Ljungqvist, 2014; Aksoy ve Yılmaz,

2017; Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.6.4. Postoperatif Erken Nütrisyon

Cerrahi girişim sonrası klinik iyilik hli ile erken taburculuğu sağlamak ve malnütrisyonla bağlı postoperatif komplikasyonları önlemek için postoperatif beslenme erken dönemde başlanmalıdır. Hasta bireyler ameliyat sonrası 2. saatte oral sıvı, 4. saatte katı besin alımı için desteklenmelidir. Erken dönemde oral beslenmeye geçilen hastalarda kısa sürede taburcu olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte yeniden hastaneye yatış ve komplikasyon düzeylerinde azalma dikkat çekmektedir (Ljungqvist, 2014; Aksoy ve Yılmaz, 2017; Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.6.5. Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması

Majör abdominal cerrahi girişim sonrası taburculuğuun gecikmesinin önemli nedeni ileus olduğu bilinmektedir. Ameliyat sonrası ileusun nlenmesi ERAS protokolünün temel hedeflerinden biridir. Ameliyat sırasına ERAS bileşenlerinin uygulanmasının önemi postoperatif dönemde işimizi kolaylaştırmaktadır. Ameliyat sırasına bileşenlerden midtorasik epidural analjezi ve intravenöz narkotik olmayan analjezi ile gastrointestinal motilite bozukluğuunun önlendiği bilinmektedir (Ljungqvist, 2014; Aksoy ve Yılmaz, 2017; Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020; Wainwright et al., 2020).

2.6.6. Üriner Katater

Ameliyat sonrası hastada bulunan sonda, mesane fonksiyonlarının normale dönüş süresini uzatmakta, pelvik parasempatik sinirlere zarar vermekte ve enfeksiyona neden olabilmektedir. Kullanıldıysa kısa sürede çıkarılması önemlidir (Ljungqvist, 2014; Aksoy ve Yılmaz, 2017; Dağistanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.6.7. Erken taburculuk

ERAS protokolüne göre taburcu edilecek hastalar taburculuk kriterlerini karşılaması gerekmektedir. Bu kriterler; bağımsız giyinebilme, tek başına yatağa girip çıkabilme, oturma ve bir sandalyeden/tuvaletten kalkabilme, kişisel bakımında bağımsız olma ve bağımsız ya da yürüteç/koltuk değneği ile yürüyebilme, bağırsak hareketleri geri dönmeli, oral besin alımı yeterli olmalı, enfeksiyon belirtileri olmamalı, hastanın ağrısı oral analjezikler ile kontrol altına alınmış olmalıdır (Ljungqvist, 2014; Aksoy ve Yılmaz, 2017; Dağistanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

2.6.8. Takip ve Sonuçların Denetimi

ERAS protokollerinin amacı hastanın ameliyat öncesi haline fonksiyonel olarak hızlı dönmesini sağlamaktır. Hasta birey tarafından kendini iyi hissettiğini ifade etmesi iyileştiği anlamına gelmektedir.

Uygulama alanında ERAS protokolü öğelerinin güncel bilgileri yakından takip edilmeli. Rutin periyotlarda ERAS ekip üyeleri bakımın sürdürülebilirliği ve yeni tedavilerin uygulanabilmesi, yapılan çalışmaların verileri altında bakımın sürekli, düzenli ve kontrollü bir şekilde sürdürülebilmesi için toplantılar düzenlemelidir. ERAS Society yönergeleri, multidisipliner ekibin güncel bilgilerin kontrolünü sağlamasına yardımcı olur (Ljungqvist, 2014; Aksoy ve Yılmaz, 2017; Dağistanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; Arslankılıç ve ark., 2020; Ashok et al., 2020).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme bileşenlerine ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan cerrahi ekip üyeleri; ameliyathane hemşiresi 62, anestezi hekimi 40, genel cerrahi hekimi 34, ortopedi hekimi 26, üroloji hekimi 24, kadın hastalıkları ve doğum hekimi 28, kulak burun boğaz hekimi 24, beyin cerrahisi hekimi 14, plastik cerrahi hekimi 8 olmak üzere toplam 260 kişi araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem hesaplaması yapıldı. Örnekleme göre evrendeki eleman sayısı biliniyorsa uygulanan formül aşağıdaki gibidir.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

Formülde;

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0,5)

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) (0,5)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d= Örneklem hatası

N	260
p	0,5
q	0,5
d	0,1
t	1,96
n= Örneklem Sayısı	70

Çalışmada hesaplanan en düşük örneklem sayısı 70 olarak bulundu. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde cerrahi ekip üyelerinin çalışmaya katılmayı reddetmesi, yıllık izinli, raporlu, ücretsiz izinde bulunması, geçici görevde olması gibi çalışmaya katılmayı engelleyebilecek durumların bulunması araştırmanın örneklem sayısı üzerinde sınırlılık oluşturmuştur. Çalışma 106 cerrahi ekip üyesinin katılımıyla yapılmıştır. Araştırma yalnızca Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi ekip üyeleriyle sınırlıdır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Cerrahi ekip üyesi olmak.

3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli/raporlu olmak,
- Araştırmanın yapıldığı tarihte ücretsiz izinde bulunmak,
- Araştırmanın yapıldığı tarihte geçici görevde bulunmak,
- Ön lisans mezunu cerrahi ekip üyesi olmak.

3.6. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu alışma İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathanesinde yapılmıştır. Veriler 07 Nisan 2022 – 29 Nisan 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri 25 sorudan oluşan cerrahi ekip üyelerinin sosyodemografik özellikleri- ERAS Protokol bilgi formu (EK A) ve 37 sorudan oluşan ameliyat sırası ERAS Bileşenleri Bilgi düzeylerine yönelik anket formu (EK B) kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Cerrahi Ekip Üyelerinin Sosyodemografik Özellikleri- ERAS Protokol Bilgi Formu (EK A)

Cerrahi Ekip Üyeleri Tanıtım Formu' nda; ekip üyelerinin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, meslekte çalışma yılı, hangi branşta çalıştığını belirlemeye yönelik sosyo-demografik sorular ve ameliyat sırası ERAS bileşenleri bilgi düzeylerine ilişkin sorular araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (Herbet et al., 2017; Güzel ve Yava, 2019).

Cerrahi Ekip Üyelerinin Sosyodemografik Özellikleri- ERAS Protokol Bilgi Formu (EK A): Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan form, cerrahi ekip üyelerinin sosyodemografik özelliklerine ve ERAS Protokol bileşenleri bilgi düzeyine yönelik formda 25 soru bulunmaktadır (Herbet et al., 2017; Güzel ve Yava, 2019).

3.7.2. Ameliyat Sırası ERAS Bileşenleri Bilgi Formu (EK B)

Ameliyat Sırası ERAS Bileşenleri Bilgi Formu (EK B): Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan formda cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası ERAS Bileşenlerine ilişkin bilgi düzeylerine yönelik 37 soru bulunmaktadır (Herbet et al., 2017; Güzel ve Yava, 2019).

3.8. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmaya katılmayı kabul eden cerrahi ekip üyelerine e-mail yoluyla ulaşılarak e- anket yöntemi ile veriler toplanmıştır. Araştırma konusu hakkında e- anket öncesi gönüllü bilgilendirme yazısı yer almaktadır, e-anket yöntemi ile araştırmayı kabul ettiğine dair bölümü işaretlediğinde katılımcıdan izin alınmıştır.

3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 26.0 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Kategorik (nitel) değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%) istatistikleri verilmiştir. Çalışmada Kikare (hücreye düşen kişi sayısı çok az olan değişken ilişkilerinde Fisher Exact test) testi kullanılmıştır. Kikare testi; iki kategorik değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesinde kullanılan test tekniğidir. Çalışmada demografik özellikler ile ERAS ile ilgili özelliklerin ilişkisinde Kikare testi kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın etik kurul onayı, T.C Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (EK C). Araştırmanın yapılacağı T.C İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden T.C. Haliç Üniversitesi etik kurul iznini takiben kurum izin alınmıştır (EK D). Araştırmanın örneklem grubundaki cerrahi ekip üyelerine araştırmanın amacı e- anket öncesinde yer alarak tüm katılımcılara gönüllü bilgilendirme formu sunulmuştur (EK E). Katılımcıların araştırmayı katılmayı onaylıyorum şikkını işaretlemesi çalışmayı kabul ettikleri anlamına gelmiştir. Katılımcılardan alınacak olan bilgilerin gizliliği esasına uyulacağı beyan edilerek, çalışmaya gönüllü olarak katılımları sağlanmıştır. Elde edilen verilerin bilimsel amaçlar için, isim kullanılmaksızın yayınlanacağı belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme bileşenlerine ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda yapılan araştırmadan elde edilen veriler analiz edilerek tablolar halinde aşağıda sunuldu.



4.1. Cerrahi Ekip Üyelerinin Demografik Özelliklerin Dağılımı

Tablo 4.1. Cerrahi Ekip Üyelerinin Demografik Özelliklerin Dağılımı

		n (%)
Yaş (37,3±9,75)	30 altı	23 (21,9)
	30-39	48 (45,7)
	40-49	19 (18,1)
	50 ve üstü	15 (14,3)
Cinsiyet	Kadın	69 (65,7)
	Erkek	36 (34,3)
Eğitim durumu	Lisans	43 (41)
	Yüksek lisans	29 (27,6)
	Doktora	33 (31,4)
Medeni durum	Evlü	72 (68,6)
	Bekar	33 (31,4)
Meslek	Hekim	50 (47,6)
	Hemşire	55 (52,4)
Branş	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	12 (22,6)
	Beyin cerrahi	1 (1,9)
	Genel Cerrahi	13 (24,5)
	Hemşire	2 (3,8)
	Jinekolog	1 (1,9)
	Kadın doğum	3 (5,7)
	KBB	3 (5,7)
	Ortopedi ve Travmatoloji	4 (7,5)
	Plastik Cerrahi	1 (1,9)
	Üroloji	12 (22,6)
	Yardımcı personel	1 (1,9)
Meslekte çalışma yılı	1-5 yıl	17 (16,2)
	6-10 yıl	33 (31,4)
	11-15 yıl	20 (19)
	16 yıl ve üzeri	35 (33,3)
Mesleği isteyerek seçme	Evet	92 (87,6)
	Hayır	13 (12,4)
Mesleği severek yapma	Evet	92 (87,6)
	Hayır	13 (12,4)
Çalışma sekli	Gündüz vardiya	47 (44,8)
	Gece vardiya	2 (1,9)
	Her ikisi	56 (53,3)
Ameliyathane hemşireliği eğitim sertifikası	Evet	25 (23,8)
	Hayır	80 (76,2)

Cerrahi ekip üyelerinin demografik bilgileri incelendiğinde; %65,7'si kadın, %45,7'si 30-39 yaşında, %68,6'sı lisans ve yüksek lisans mezunu, %68,6'sı evlidir. Cerrahi ekip üyelerinin %52,4'ü hemşire, %47,6'sı hekim, %24,5'inin branşı Genel Cerrahidir. Sağlık çalışanlarının %33,3'ü mesleğinde 16 yıl ve üzeri süredir çalışmakta, %87,6'sı mesleğini isteyerek seçmiş, mesleğini severek yapmaktadır. Sağlık çalışanlarının %44,8'i gündüz vardiyasında çalışmakta, %23,8'inin ameliyathane hemşireliği eğitim sertifikası bulunmaktadır (Tablo 1).

4.2. Cerrahi Ekip Üyelerinin ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Dağılımı

Tablo 4.2. Cerrahi Ekip Üyelerinin ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Dağılımı

		n (%)
ERAS kavramını duyulan yer	İnternette	42 (40)
	Klinik uygulama sırasında	17 (16,2)
	Kongre, sempozyum, bilimsel toplantılarda	29 (27,6)
	Bilimsel araştırma ve makalelerde	17 (16,2)
ERAS protokolü hakkında bilgi sahipliği	Evet	57 (54,3)
	Hayır	48 (45,7)
ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma	Evet	14 (13,3)
	Hayır	91 (86,7)
Alınan eğitim	Asistanlık eğitiminde	2 (16,7)
	ERAS sempozyumu	3 (25)
	Üniversite eğitiminde	2 (16,7)
	Yüksek Lisans eğitiminde	5 (41,7)
ERAS protokollerini alanda uygulamak isteme	Evet	71 (67,6)
	Hayır	34 (32,4)
Uygulama nedeni	Hastanın konforunu, iyileşme hızını artırması	34 (58,6)
	Hastayı bütüncül olarak takip etme	1 (1,7)
	Kaliteli hizmet vermek	3 (5,2)
	Kanıtı dayalı, faydalı olması	13 (22,4)
	Tamamlayıcı olması	1 (1,7)
	Yenilikleri uygulamak isteme	5 (8,6)
	Zorunlu olması	1 (1,7)
ERAS Protokol Bileşenleri hasta yararına olması	Hayır	1 (1)
	Fikrim yok	38 (36,2)
	Evet	66 (62,9)
Hasta yararına olma nedeni	Hasta ve yakınlarının bilinçlendirilmesi	1 (2,1)
	Hastanın konforunu, iyileşme hızını artırması	39 (81,3)
	Kaliteli hizmet vermek	3 (6,3)
	Riskleri en aza indirmesi	4 (8,3)
	Süreç değişkenlik gösterebilir	1 (2,1)
ERAS Protokolü 'nde dogmatik rutinlerin yer alması	Hayır	40 (38,1)
	Fikrim yok	54 (51,4)
	Evet	11 (10,5)
Kurumda ERAS Protokolü uygulanması	Hayır	32 (30,5)
	Fikrim yok	51 (48,6)
	Evet	22 (21)
ERAS Protokol uygulamaları ile hastane maliyeti azalması	Hayır	3 (2,9)
	Fikrim yok	45 (42,9)
	Evet	57 (54,3)
ERAS protokol uygulamaları için üst yönetim desteği gerekliliği	Hayır	7 (6,7)
	Fikrim yok	34 (32,4)
	Evet	64 (61)
ERAS hakkında yeterli bilgiye sahip olma	Hayır	52 (49,5)
	Fikrim yok	18 (17,1)
	Evet	35 (33,3)
ERAS Protokol uygulamaları ile postoperatif komplikasyonlar önlenmesi	Hayır	5 (4,8)
	Fikrim yok	35 (33,3)
	Evet	65 (61,9)
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın normal vücut fonksiyonlarının korunabilmesi	Hayır	2 (1,9)
	Fikrim yok	33 (31,4)
	Evet	70 (66,7)

Tablo 4.2. (devam) Cerrahi Ekip Üyelerinin ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Dağılımı

ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın perioperatif stresi azaltılabilmesi	Hayır	3 (2,9)
	Fikrim yok	28 (26,7)
	Evet	74 (70,5)
ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olmak istenmesi	Evet	94 (89,5)
	Hayır	11 (10,5)

Tablo 2 incelendiğinde sağlık profesyonellerinin %40,0'ı ERAS kavramını internetten öğrenmiş, %54,3'ü ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi, %13,3'ü ERAS ile ilgili daha önce eğitim almış ve eğitim alanların %41,7'si yüksek lisans eğitiminde aldığını belirtmiştir. Ekip üyelerinin %67,6'sı ERAS Protokollerini alanında uygulamak istemekte, isteyenlerin %58,6'sı hastanın konforunu/iyileşme hızını artırması nedenini belirtmiş, %62,9'u ERAS Protokol Bileşenlerinin hasta yararına olduğunu düşünmekte, düşünenlerin %81,3'ü hastanın konforuna/iyileşme hızına olumlu katkısı nedeniyle olduğunu belirtmiştir. Cerrahi ekip üyelerinin %38,1'i ERAS Protokolünde dogmatik rutinlerin yer almadığını düşünmekte, %21,0'i ERAS Protokolünün kurumunda uygulandığını belirtmiş, %54,3'ü uygulamaların kurum maliyetini azalttığını düşünmekte, %61,0'i uygulamalar için üst yönetim desteği gerektiğini belirtmiştir. Ekip üyelerinin %33,3'ü ERAS hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmiş, %61,9'u ERAS Protokolü uygulamaları ile postoperatif komplikasyonların önlenildiğini ve %66,7'si hastanın normal vücut fonksiyonlarının korunabildiğini, %70,5'i hastanın perioperatif stresinin azaltılabildiğini düşünmektedir. Cerrahi ekip üyelerinin %89,5'i ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olma istemektedir (Tablo 2).

4.3. Cerrahi Ekip Üyelerinin ERAS Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

Tablo 4.3. Cerrahi Ekip Üyelerinin ERAS Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

n (%)	Hayır	Fikrim yok	Evet
Cerrahi ekip üyeleri ERAS hakkında eğitime ve bilgiye açık olmalıdır	0 (0)	18 (17,1)	87 (82,9)
Cerrahi ekip üyeleri ameliyat sırası ERAS Bileşenlerini benimsemeli ve uygulamaya istekli olmalıdır	1 (1)	19 (18,1)	85 (81)
Cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası ERAS Bileşenlerine yönelik bilgileri sınırlıdır	7 (6,7)	45 (42,9)	53 (50,5)
Ameliyat sırası dönemde, hastaya uygun bölgesel anestezi tercih edilmelidir	0 (0)	11 (10,5)	94 (89,5)
Ameliyat sırası dönemde, kısa etkili anestezikler tercih edilmelidir	8 (7,6)	25 (23,8)	72 (68,6)
Ameliyat sırası dönemde, hipotermimin önlenmesi gereklidir	0 (0)	7 (6,7)	98 (93,3)
Ameliyat sırası dönemde, Opioid içermeyen analjezi uygulanmalıdır	11 (10,5)	40 (38,1)	54 (51,4)
Hastaya perioperatif dönemde yüksek oksijenasyon uygulanmalıdır	15 (14,3)	25 (23,8)	65 (61,9)
Ameliyat sırası dönemde, hipotermi önlenmeli, normotermi korunmalıdır	2 (1,9)	9 (8,6)	94 (89,5)
Ameliyat sırası dönemde, yüksek oksijen konsantrasyonu sağlanmalıdır	11 (10,5)	27 (25,7)	67 (63,8)
Perioperatif sıvı yönetimi yapılmalıdır	0 (0)	12 (11,4)	93 (88,6)
Ameliyat sırası dönemde, anestezi optimize edilmelidir	2 (1,9)	15 (14,3)	88 (83,8)
İntraoperatif normotermimin sürdürülmesi çok önemlidir	0 (0)	14 (13,3)	91 (86,7)
Ameliyat sırası dönemde, hipotermi koagülasyon dengesini bozarak kanamayı artırır	4 (3,8)	26 (24,8)	75 (71,4)
Ameliyat sırası dönemde, hastanın vücut sıcaklığı korunmalı	0 (0)	8 (7,6)	97 (92,4)
Ameliyat sırası dönemde, normotermimin korunması için eksternal ısıtıcılar, ısıtılmış intravenöz sıvılar kullanılmalı	5 (4,8)	14 (13,3)	86 (81,9)
Ameliyat sırası dönemde normotermimin korunmasında hemşirenin rolü büyüktür	12 (11,4)	16 (15,2)	77 (73,3)
Ameliyat sırası dönemde, midtorasik epidural anestezi ile stres hormonları salınımı azalmaktadır"	1 (1)	49 (46,7)	55 (52,4)
Ameliyat sırası dönemde, midtorasik epidural anestezi ile postoperatif insülin direnci düşmektedir	4 (3,8)	56 (53,3)	45 (42,9)
Ameliyat sırası dönemde, midtorasik epidural anestezi ile hastanın iyilik hali artmakta ve hastanede kalış süresi azaltılmaktadır	4 (3,8)	36 (34,3)	65 (61,9)
Kısa insizyonlar (minimal invaziv erişim- transvers insizyon) tercih edilmelidir	1 (1)	20 (19)	84 (80)
Kısa ve transvers insizyonlarda postoperatif analjezi ihtiyacı azalmaktadır	0 (0)	24 (22,9)	81 (77,1)
Minimal invaziv cerrahi hastanın hastanede kalış süresini kısaltmaktadır	0 (0)	13 (12,4)	92 (87,6)
Abdominal cerrahide kullanılan transvers veya eğri kesiler postoperatif ağrı ve pulmoner disfonksiyon açısından avantajlıdır	4 (3,8)	37 (35,2)	64 (61)
Ameliyat sırası dönemde, hastayı dehidrate bırakmayacak kadar sıvı infüzyonu yeterli kabul edilmektedir	9 (8,6)	16 (15,2)	80 (76,2)
Ameliyat sırası dönemde, hastaya özel sıvı yönetimi yapılmalıdır	2 (1,9)	13 (12,4)	90 (85,7)
Ameliyat sırası dönemde gerekli ise dren kullanılmalıdır	5 (4,8)	10 (9,5)	90 (85,7)
Ameliyat sırası dönemde gerekli ise nazogastrik sonda kullanılmalıdır	5 (4,8)	8 (7,6)	92 (87,6)
Ameliyat sırası dönemde kullanılan nazogastrik sonda işlem sonrası çıkarılmalıdır	9 (8,6)	20 (19)	76 (72,4)
Nazogastrik sonda varlığı hastanın oral beslenmesini geciktirmektedir	10 (9,5)	15 (14,3)	80 (76,2)
Epidural blokaj devam ettiği sürece idrar katateri tutulması gerekir	10 (9,5)	24 (22,9)	71 (67,6)
Üriner enfeksiyon nedeniyle idrar katateri erken dönemde alınmalıdır	6 (5,7)	10 (9,5)	89 (84,8)
Mobilizasyonu kısıtlaması nedeniyle idrar katateri erken dönemde alınmalıdır	13 (12,4)	10 (9,5)	82 (78,1)
Ameliyat sırası dönemde gerekli ise idrar katateri kullanılmalıdır	4 (3,8)	14 (13,3)	87 (82,9)
Ameliyathane hemşiresinin deneyimi intraoperatif ERAS Bileşenleri uygulamasını kolaylaştırır	0 (0)	19 (18,1)	86 (81,9)
Ameliyathane hemşiresi intraoperatif ERAS Bileşenleri uygulanmasında liderlik eder	12 (11,4)	30 (28,6)	63 (60)
Ameliyathane hemşiresi intraoperatif ERAS Bileşenleri uygulanmasında ekip iletişimini yönetir	5 (4,8)	28 (26,7)	72 (68,6)

Cerrahi ekip üyelerinin ERAS ile ilgili özelliklere ilişkin bilgi düzeyleri incelendiğinde en yüksek katılım (evet %) gösterdikleri unsurlar şunlardır;

- Ameliyat sırası dönemde, hipotermimin önlenmesi gereklidir (%93,3).
- Ameliyat sırası dönemde, hastanın vücut sıcaklığı korunmalı (%92,4).

- Ameliyat sırası dönemde, hastaya uygun bölgesel anestezi tercih edilmelidir (%89,5).
- Ameliyat sırası dönemde, hipotermi önlenmeli, normotermi korunmalıdır (%89,5).
- Perioperatif sıvı yönetimi yapılmalıdır (%88,6).
- Minimal inaviz cerrahi hastanın hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (%87,6).
- Ameliyat sırası dönemde gerekli ise nazogastrik sonda kullanılmalıdır (%87,6).
- İntraoperatif normoterminin sürdürülmesi çok önemlidir (%86,7).
- Ameliyat sırası dönemde, hastaya özel sıvı yönetimi yapılmalıdır (%85,7).
- Ameliyat sırası dönemde gerekli ise dren kullanılmalıdır (%85,7) (Tablo 3).

Sağlık çalışanlarının ERAS ile ilgili özelliklere ilişkin bilgi düzeyleri incelendiğinde en düşük katılım (hayır %) gösterdikleri unsurlar şunlardır;

- Ameliyat sırası dönemde, midtorasik epidural anestezi ile postoperatif insülin direnci düşmektedir (%3,8).
- Cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası ERAS Bileşenlerine yönelik bilgileri sınırlıdır (%6,7).
- Ameliyat sırası dönemde, Opioid içermeyen analjezi uygulanmalıdır (%10,5).
- Ameliyat sırası dönemde, midtorasik epidural anestezi ile stres hormonları salınımı azalmaktadır (%1) (Tablo 3).

4.4. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Yaş ile İlişkisi

Tablo 4.4. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Yaş ile İlişkisi

		30 altı	30-39	40-49	50 ve üstü	p
ERAS kavramını duyulan yer	İnternette	8 (34,8)	20 (41,7)	9 (47,4)	5 (33,3)	0,826
	Klinik uygulama sırasında	6 (26,1)	7 (14,6)	3 (15,8)	1 (6,7)	
	Kongre, sempozyum, bilimsel toplantılarda	5 (21,7)	15 (31,3)	4 (21,1)	5 (33,3)	
	Bilimsel araştırma ve makalelerde	4 (17,4)	6 (12,5)	3 (15,8)	4 (26,7)	
ERAS protokolü hakkında bilgi sahipliği	Evet	15 (65,2)	22 (45,8)	12 (63,2)	8 (53,3)	0,373
	Hayır	8 (34,8)	26 (54,2)	7 (36,8)	7 (46,7)	
ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma	Evet	5 (21,7)	9 (18,8)	0 (0)	0 (0)	0,007*
	Hayır	18 (78,3)	39 (81,3)	19 (100)	15 (100)	
ERAS protokollerini alanda uygulamak isteme	Evet	19 (82,6)	31 (64,6)	12 (63,2)	9 (60)	0,360
	Hayır	4 (17,4)	17 (35,4)	7 (36,8)	6 (40)	
ERAS Protokol Bileşenleri hasta yararına olması	Hayır	0 (0)	1 (2,1)	0 (0)	0 (0)	0,498
	Fikrim yok	5 (21,7)	21 (43,8)	7 (36,8)	5 (33,3)	
	Evet	18 (78,3)	26 (54,2)	12 (63,2)	10 (66,7)	
ERAS Protokolü 'nde dogmatik rutinlerin yer alması	Hayır	7 (30,4)	18 (37,5)	8 (42,1)	7 (46,7)	0,910
	Fikrim yok	13 (56,5)	26 (54,2)	9 (47,4)	6 (40)	
	Evet	3 (13)	4 (8,3)	2 (10,5)	2 (13,3)	
Kurumda ERAS Protokolü uygulanması	Hayır	5 (21,7)	12 (25)	6 (31,6)	9 (60)	0,182
	Fikrim yok	11 (47,8)	27 (56,3)	8 (42,1)	5 (33,3)	
	Evet	7 (30,4)	9 (18,8)	5 (26,3)	1 (6,7)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastane maliyeti azalması	Hayır	0 (0)	2 (4,2)	1 (5,3)	0 (0)	0,548
	Fikrim yok	7 (30,4)	24 (50)	8 (42,1)	6 (40)	
	Evet	16 (69,6)	22 (45,8)	10 (52,6)	9 (60)	
ERAS protokol uygulamaları için üst yönetim desteği gerekliliği	Hayır	1 (4,3)	2 (4,2)	3 (15,8)	1 (6,7)	0,457
	Fikrim yok	5 (21,7)	19 (39,6)	6 (31,6)	4 (26,7)	
	Evet	17 (73,9)	27 (56,3)	10 (52,6)	10 (66,7)	
ERAS hakkında yeterli bilgiye sahip olma	Hayır	10 (43,5)	24 (50)	10 (52,6)	8 (53,3)	0,738
	Fikrim yok	3 (13)	11 (22,9)	3 (15,8)	1 (6,7)	
	Evet	10 (43,5)	13 (27,1)	6 (31,6)	6 (40)	
ERAS Protokol uygulamaları ile postoperatif komplikasyonlar önlenmesi	Hayır	1 (4,3)	2 (4,2)	2 (10,5)	0 (0)	0,184
	Fikrim yok	3 (13)	19 (39,6)	7 (36,8)	6 (40)	
	Evet	19 (82,6)	27 (56,3)	10 (52,6)	9 (60)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın normal vücut fonksiyonlarının korunabilmesi	Hayır	0 (0)	1 (2,1)	1 (5,3)	0 (0)	0,479
	Fikrim yok	4 (17,4)	18 (37,5)	6 (31,6)	5 (33,3)	
	Evet	19 (82,6)	29 (60,4)	12 (63,2)	10 (66,7)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın perioperatif stresi azaltılabilmesi	Hayır	0 (0)	2 (4,2)	1 (5,3)	0 (0)	0,769
	Fikrim yok	4 (17,4)	15 (31,3)	5 (26,3)	4 (26,7)	
	Evet	19 (82,6)	31 (64,6)	13 (68,4)	11 (73,3)	
ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olmak istenmesi	Evet	21 (91,3)	42 (87,5)	18 (94,7)	13 (86,7)	0,880
	Hayır	2 (8,7)	6 (12,5)	1 (5,3)	2 (13,3)	

* $p < 0,05$ anlamlı ilişki var, $p > 0,05$ anlamlı ilişki yok; Kikare testi

Cerrahi ekip üyelerinin yaşı ile ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). 30 yaş altı olanlarda

(%21,7) ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma oranı daha yüksektir. Diğer ERAS ile ilgili özellikler ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

4.5. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Cinsiyet ile İlişkisi

Tablo 4.5. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Cinsiyet ile İlişkisi

		Kadın	Erkek	p
ERAS kavramını duyulan yer	İnternette	30 (43,5)	12 (33,3)	0,534
	Klinik uygulama sırasında	12 (17,4)	5 (13,9)	
	Kongre, sempozyum, bilimsel toplantılarda	18 (26,1)	11 (30,6)	
	Bilimsel araştırma ve makalelerde	9 (13)	8 (22,2)	
ERAS protokolü hakkında bilgi sahipliği	Evet	37 (53,6)	20 (55,6)	0,999
	Hayır	32 (46,4)	16 (44,4)	
ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma	Evet	10 (14,5)	4 (11,1)	0,856
	Hayır	59 (85,5)	32 (88,9)	
ERAS protokollerini alanda uygulamak isteme	Evet	51 (73,9)	20 (55,6)	0,091
	Hayır	18 (26,1)	16 (44,4)	
ERAS Protokol Bileşenleri hasta yararına olması	Hayır	0 (0)	1 (2,8)	0,103
	Fikrim yok	22 (31,9)	16 (44,4)	
	Evet	47 (68,1)	19 (52,8)	
ERAS Protokolü 'nde dogmatik rutinlerin yer alması	Hayır	24 (34,8)	16 (44,4)	0,578
	Fikrim yok	38 (55,1)	16 (44,4)	
	Evet	7 (10,1)	4 (11,1)	
Kurumda ERAS Protokolü uygulanması	Hayır	21 (30,4)	11 (30,6)	0,959
	Fikrim yok	33 (47,8)	18 (50)	
	Evet	15 (21,7)	7 (19,4)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastane maliyeti azalması	Hayır	2 (2,9)	1 (2,8)	0,791
	Fikrim yok	28 (40,6)	17 (47,2)	
	Evet	39 (56,5)	18 (50)	
ERAS protokol uygulamaları için üst yönetim desteği gerekliliği	Hayır	4 (5,8)	3 (8,3)	0,234
	Fikrim yok	19 (27,5)	15 (41,7)	
	Evet	46 (66,7)	18 (50)	
ERAS hakkında yeterli bilgiye sahip olma	Hayır	37 (53,6)	15 (41,7)	0,265
	Fikrim yok	9 (13)	9 (25)	
	Evet	23 (33,3)	12 (33,3)	
ERAS Protokol uygulamaları ile postoperatif komplikasyonlar önlenbilmesi	Hayır	1 (1,4)	4 (11,1)	0,066
	Fikrim yok	22 (31,9)	13 (36,1)	
	Evet	46 (66,7)	19 (52,8)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın normal vücut fonksiyonlarının korunabilmesi	Hayır	0 (0)	2 (5,6)	0,143
	Fikrim yok	21 (30,4)	12 (33,3)	
	Evet	48 (69,6)	22 (61,1)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın perioperatif stresi azaltılabilmesi	Hayır	1 (1,4)	2 (5,6)	0,291
	Fikrim yok	17 (24,6)	11 (30,6)	
	Evet	51 (73,9)	23 (63,9)	
ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olmak istenmesi	Evet	65 (94,2)	29 (80,6)	0,044*
	Hayır	4 (5,8)	7 (19,4)	

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok; Kikare testi

Cerrahi ekip üyelerinin cinsiyeti ile ERAS Protokolü ile ilgili bilgi sahibi olmak isteme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınlarda (%94,2) ERAS Protokolü ile ilgili bilgi sahibi olmak isteme oranı daha yüksektir. Diğer ERAS ile ilgili özellikler ile yaş anlamlı ilişkili değildir ($p>0,05$) (Tablo 5).

4.6. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Eğitim Durumu ile İlişkisi

Tablo 4.6. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Eğitim Durumu ile İlişkisi

		Lisans	Yüksek lisans	Doktora	p
ERAS kavramını duyulan yer	İnternette	27 (62,8)	6 (20,7)	9 (27,3)	0,001*
	Klinik uygulama sırasında	8 (18,6)	4 (13,8)	5 (15,2)	
	Kongre, sempozyum, bilimsel toplantılarda	7 (16,3)	11 (37,9)	11 (33,3)	
	Bilimsel araştırma ve makalelerde	1 (2,3)	8 (27,6)	8 (24,2)	
ERAS protokolü hakkında bilgi sahipliği	Evet	16 (37,2)	20 (69)	21 (63,6)	0,013*
	Hayır	27 (62,8)	9 (31)	12 (36,4)	
ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma	Evet	5 (11,6)	6 (20,7)	3 (9,1)	0,416
	Hayır	38 (88,4)	23 (79,3)	30 (90,9)	
ERAS protokollerini alanda uygulamak isteme	Evet	28 (65,1)	25 (86,2)	18 (54,5)	0,019*
	Hayır	15 (34,9)	4 (13,8)	15 (45,5)	
ERAS Protokol Bileşenleri hasta yararına olması	Hayır	0 (0)	0 (0)	1 (3)	0,101
	Fikrim yok	19 (44,2)	6 (20,7)	13 (39,4)	
	Evet	24 (55,8)	23 (79,3)	19 (57,6)	
ERAS Protokolü 'nde dogmatik rutinlerin yer alması	Hayır	4 (9,3)	19 (65,5)	17 (51,5)	0,000*
	Fikrim yok	34 (79,1)	8 (27,6)	12 (36,4)	
	Evet	5 (11,6)	2 (6,9)	4 (12,1)	
Kurumda ERAS Protokolü uygulanması	Hayır	7 (16,3)	12 (41,4)	13 (39,4)	0,096
	Fikrim yok	27 (62,8)	11 (37,9)	13 (39,4)	
	Evet	9 (20,9)	6 (20,7)	7 (21,2)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastane maliyeti azalması	Hayır	1 (2,3)	1 (3,4)	1 (3)	0,034*
	Fikrim yok	25 (58,1)	7 (24,1)	13 (39,4)	
	Evet	17 (39,5)	21 (72,4)	19 (57,6)	
ERAS protokol uygulamaları için üst yönetim desteği gerekliliği	Hayır	0 (0)	3 (10,3)	4 (12,1)	0,023*
	Fikrim yok	19 (44,2)	4 (13,8)	11 (33,3)	
	Evet	24 (55,8)	22 (75,9)	18 (54,5)	
ERAS hakkında yeterli bilgiye sahip olma	Hayır	26 (60,5)	13 (44,8)	13 (39,4)	0,241
	Fikrim yok	8 (18,6)	4 (13,8)	6 (18,2)	
	Evet	9 (20,9)	12 (41,4)	14 (42,4)	
ERAS Protokol uygulamaları ile postoperatif komplikasyonlar önlenmesi	Hayır	0 (0)	2 (6,9)	3 (9,1)	0,109
	Fikrim yok	18 (41,9)	6 (20,7)	11 (33,3)	
	Evet	25 (58,1)	21 (72,4)	19 (57,6)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın normal vücut fonksiyonlarının korunabilmesi	Hayır	0 (0)	0 (0)	2 (6,1)	0,013*
	Fikrim yok	19 (44,2)	4 (13,8)	10 (30,3)	
	Evet	24 (55,8)	25 (86,2)	21 (63,6)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın perioperatif stresi azaltılabilmesi	Hayır	0 (0)	1 (3,4)	2 (6,1)	0,034*
	Fikrim yok	16 (37,2)	3 (10,3)	9 (27,3)	
	Evet	27 (62,8)	25 (86,2)	22 (66,7)	

Tablo 4.6. (devam) ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Eğitim Durumu ile İlişkisi

ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olmak istenmesi	Evet	42 (97,7)	25 (86,2)	27 (81,8)	0,049*
	Hayır	1 (2,3)	4 (13,8)	6 (18,2)	

* $p < 0,05$ anlamlı ilişki var, $p > 0,05$ anlamlı ilişki yok; Kikare testi

Cerrahi ekip üyelerinin eğitim durumu ile ERAS kavramını duyulan yer, ERAS Protokolü hakkında bilgi sahipliği, alanda uygulamak isteme, dogmatik rutinlerin yer aldığı düşünme, hastane maliyetlerinin azaldığını düşünme, uygulamada üst yönetim desteği gerekliliğini düşünme, hastanın normal vücut fonksiyonlarının korunabildiğini düşünme, hastanın peroperatif stresinin azaltılabildiğini düşünme, protokol hakkında bilgi sahibi olma isteme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 6).

Lisans mezunları ERAS kavramını daha çok internetten (%62,8), yüksek lisans ve doktora mezunları daha çok kongre, sempozyum, bilimsel toplantılardan (%37,9/%33,3) duymuştur. Yüksek lisans mezunları daha çok ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi (%69,0), alanında daha çok uygulamak istemektedir (%86,2). Doktora mezunları ERAS Protokolünde dogmatik rutinlerin yer aldığını (%12,1) düşünmemektedir. Yüksek lisans mezunları ERAS protokolü uygulamaları ile hastane maliyetlerinin azaltıldığını (%72,4), uygulamada yönetim desteği gerekliliğini (%75,9) daha çok düşünmektedir. Yüksek lisans mezunları ERAS Protokolü uygulamaları ile hastanın normal vücut fonksiyonlarının korunabildiğini ve perioperatif stresi azaltılabildiğini (%86,2) daha çok düşünmekte, ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olmayı daha çok istemektedir (%86,2). Diğer ERAS ile ilgili özellikler ile eğitim durumu anlamlı ilişkili değildir ($p > 0,05$) (Tablo 6).

4.7. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Medeni Durum ile İlişkisi

Tablo 4.7. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Medeni Durum ile İlişkisi

		Evli	Bekar	p
ERAS kavramını duyulan yer	İnternette	30 (41,7)	12 (36,4)	0,569
	Klinik uygulama sırasında	12 (16,7)	5 (15,2)	
	Kongre, sempozyum, bilimsel toplantılarda	17 (23,6)	12 (36,4)	
	Bilimsel araştırma ve makalelerde	13 (18,1)	4 (12,1)	
ERAS protokolü hakkında bilgi sahipliği	Evet	39 (54,2)	18 (54,5)	0,999
	Hayır	33 (45,8)	15 (45,5)	
ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma	Evet	6 (8,3)	8 (24,2)	0,034*
	Hayır	66 (91,7)	25 (75,8)	
ERAS protokollerini alanda uygulamak isteme	Evet	45 (62,5)	26 (78,8)	0,152
	Hayır	27 (37,5)	7 (21,2)	
ERAS Protokol Bileşenleri hasta yararına olması	Hayır	1 (1,4)	0 (0)	0,773
	Fikrim yok	27 (37,5)	11 (33,3)	
	Evet	44 (61,1)	22 (66,7)	
ERAS Protokolü 'nde dogmatik rutinlerin yer alması	Hayır	26 (36,1)	14 (42,4)	0,706
	Fikrim yok	39 (54,2)	15 (45,5)	
	Evet	7 (9,7)	4 (12,1)	
Kurumda ERAS Protokolü uygulanması	Hayır	25 (34,7)	7 (21,2)	0,186
	Fikrim yok	35 (48,6)	16 (48,5)	
	Evet	12 (16,7)	10 (30,3)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastane maliyeti azalması	Hayır	3 (4,2)	0 (0)	0,318
	Fikrim yok	33 (45,8)	12 (36,4)	
	Evet	36 (50)	21 (63,6)	
ERAS protokol uygulamaları için üst yönetim desteği gerekliliği	Hayır	6 (8,3)	1 (3)	0,592
	Fikrim yok	24 (33,3)	10 (30,3)	
	Evet	42 (58,3)	22 (66,7)	
ERAS hakkında yeterli bilgiye sahip olma	Hayır	38 (52,8)	14 (42,4)	0,060
	Fikrim yok	15 (20,8)	3 (9,1)	
	Evet	19 (26,4)	16 (48,5)	
ERAS Protokol uygulamaları ile postoperatif komplikasyonlar önlenmesi	Hayır	4 (5,6)	1 (3)	0,821
	Fikrim yok	25 (34,7)	10 (30,3)	
	Evet	43 (59,7)	22 (66,7)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın normal vücut fonksiyonlarının korunabilmesi	Hayır	2 (2,8)	0 (0)	0,918
	Fikrim yok	23 (31,9)	10 (30,3)	
	Evet	47 (65,3)	23 (69,7)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın perioperatif stresi azaltılabilmesi	Hayır	3 (4,2)	0 (0)	0,591
	Fikrim yok	18 (25)	10 (30,3)	
	Evet	51 (70,8)	23 (69,7)	
ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olmak istenmesi	Evet	64 (88,9)	30 (90,9)	0,999
	Hayır	8 (11,1)	3 (9,1)	

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare testi

Cerrahi ekip üyelerinin medeni durum ile ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu görülmektedir (p<0,05). Bekar olanlarda (%24,2) ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma oranı daha

yüksektir. Diğer ERAS ile ilgili özellikler ile medeni durumu anlamlı ilişkili değildir (p>0,05) (Tablo 7).

4.8. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Meslek ile İlişkisi

Tablo 4.8. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Meslek ile İlişkisi

		Hekim	Hemşire	p
ERAS kavramını duyulan yer	İnternette	13 (26)	29 (52,7)	0,012*
	Klinik uygulama sırasında	8 (16)	9 (16,4)	
	Kongre, sempozyum, bilimsel toplantılarda	16 (32)	13 (23,6)	
	Bilimsel araştırma ve makalelerde	13 (26)	4 (7,3)	
ERAS protokolü hakkında bilgi sahipliği	Evet	30 (60)	27 (49,1)	0,262
	Hayır	20 (40)	28 (50,9)	
ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma	Evet	3 (6)	11 (20)	0,069
	Hayır	47 (94)	44 (80)	
ERAS protokollerini alanda uygulamak isteme	Evet	33 (66)	38 (69,1)	0,897
	Hayır	17 (34)	17 (30,9)	
ERAS Protokol Bileşenleri hasta yararına olması	Hayır	1 (2)	0 (0)	0,612
	Fikrim yok	19 (38)	19 (34,5)	
	Evet	30 (60)	36 (65,5)	
ERAS Protokolü 'nde dogmatik rutinlerin yer alması	Hayır	27 (54)	13 (23,6)	0,005*
	Fikrim yok	18 (36)	36 (65,5)	
	Evet	5 (10)	6 (10,9)	
Kurumda ERAS Protokolü uygulanması	Hayır	17 (34)	15 (27,3)	0,436
	Fikrim yok	21 (42)	30 (54,5)	
	Evet	12 (24)	10 (18,2)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastane maliyeti azalması	Hayır	2 (4)	1 (1,8)	0,527
	Fikrim yok	19 (38)	26 (47,3)	
	Evet	29 (58)	28 (50,9)	
ERAS protokol uygulamaları için üst yönetim desteği gerekliliği	Hayır	6 (12)	1 (1,8)	0,123
	Fikrim yok	15 (30)	19 (34,5)	
	Evet	29 (58)	35 (63,6)	
ERAS hakkında yeterli bilgiye sahip olma	Hayır	22 (44)	30 (54,5)	0,535
	Fikrim yok	9 (18)	9 (16,4)	
	Evet	19 (38)	16 (29,1)	
ERAS Protokol uygulamaları ile postoperatif komplikasyonlar önlenmesi	Hayır	5 (10)	0 (0)	0,047*
	Fikrim yok	17 (34)	18 (32,7)	
	Evet	28 (56)	37 (67,3)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın normal vücut fonksiyonlarının korunabilmesi	Hayır	2 (4)	0 (0)	0,333
	Fikrim yok	14 (28)	19 (34,5)	
	Evet	34 (68)	36 (65,5)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın perioperatif stresi azaltılabilmesi	Hayır	3 (6)	0 (0)	0,212
	Fikrim yok	12 (24)	16 (29,1)	
	Evet	35 (70)	39 (70,9)	
ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olmak istenmesi	Evet	41 (82)	53 (96,4)	0,024*
	Hayır	9 (18)	2 (3,6)	

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare testi

Cerrahi ekip üyelerinin meslek ile ERAS kavramını duyulan yer, dogmatik rutinlerin yer aldığını düşünme, postoperatif komplikasyonların önlenildiğini düşünme, protokol hakkında bilgi sahibi olma isteme durumları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunduğu görülmüştür ($p<0,05$). Hekimler daha çok ERAS kavramını kongre, sempozyum, bilimsel toplantılardan (%32,0), hemşireler daha çok internetten (%52,7) duymuştur. Hemşireler ERAS Protokolünde dogmatik rutinlerin yer aldığını (%10,9) daha çok düşünmektedir (Tablo 8).

Hemşireler ERAS Protokolü uygulamaları ile postoperatif komplikasyonların önlenildiğini daha çok düşünmekte (%67,3), ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olmayı daha çok istemektedir (%96,4). Diğer ERAS ile ilgili özellikler ile meslek anlamlı ilişkili değildir ($p>0,05$) (Tablo 8).

4.9. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Mesleki Çalışma Süresi ile İlişkisi

Tablo 4.9. ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi ve Düşüncelere İlişkin Özelliklerin Mesleki Çalışma Süresi ile İlişkisi

		1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16 yıl ve üzeri	p
ERAS kavramını duyulan yer	İnternette	4 (23,5)	15 (45,5)	9 (45)	14 (40)	0,785
	Klinik uygulama sırasında	4 (23,5)	5 (15,2)	4 (20)	4 (11,4)	
	Kongre, sempozyum, bilimsel toplantılarda	5 (29,4)	10 (30,3)	4 (20)	10 (28,6)	
	Bilimsel araştırma ve makalelerde	4 (23,5)	3 (9,1)	3 (15)	7 (20)	
ERAS protokolü hakkında bilgi sahipliği	Evet	11 (64,7)	17 (51,5)	10 (50)	19 (54,3)	0,803
	Hayır	6 (35,3)	16 (48,5)	10 (50)	16 (45,7)	
ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma	Evet	3 (17,6)	6 (18,2)	5 (25)	0 (0)	0,008*
	Hayır	14 (82,4)	27 (81,8)	15 (75)	35 (100)	
ERAS protokollerini alanda uygulamak isteme	Evet	15 (88,2)	20 (60,6)	15 (75)	21 (60)	0,141
	Hayır	2 (11,8)	13 (39,4)	5 (25)	14 (40)	
ERAS Protokol Bileşenleri hasta yararına olması	Hayır	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0,746
	Fikrim yok	4 (23,5)	13 (39,4)	7 (35)	14 (40)	
	Evet	13 (76,5)	19 (57,6)	13 (65)	21 (60)	
ERAS Protokolü 'nde dogmatik rutinlerin yer alması	Hayır	6 (35,3)	14 (42,4)	6 (30)	14 (40)	0,871
	Fikrim yok	8 (47,1)	17 (51,5)	12 (60)	17 (48,6)	
	Evet	3 (17,6)	2 (6,1)	2 (10)	4 (11,4)	
Kurumda ERAS Protokolü uygulanması	Hayır	2 (11,8)	9 (27,3)	5 (25)	16 (45,7)	0,206
	Fikrim yok	9 (52,9)	18 (54,5)	10 (50)	14 (40)	
	Evet	6 (35,3)	6 (18,2)	5 (25)	5 (14,3)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastane maliyeti azalması	Hayır	0 (0)	2 (6,1)	0 (0)	1 (2,9)	0,439
	Fikrim yok	4 (23,5)	16 (48,5)	9 (45)	16 (45,7)	
	Evet	13 (76,5)	15 (45,5)	11 (55)	18 (51,4)	
ERAS protokol uygulamaları için üst yönetim desteği gerekliliği	Hayır	1 (5,9)	1 (3)	2 (10)	3 (8,6)	0,840
	Fikrim yok	4 (23,5)	11 (33,3)	8 (40)	11 (31,4)	
	Evet	12 (70,6)	21 (63,6)	10 (50)	21 (60)	
ERAS hakkında yeterli bilgiye sahip olma	Hayır	8 (47,1)	17 (51,5)	8 (40)	19 (54,3)	0,799
	Fikrim yok	2 (11,8)	5 (15,2)	6 (30)	5 (14,3)	
	Evet	7 (41,2)	11 (33,3)	6 (30)	11 (31,4)	
ERAS Protokol uygulamaları ile postoperatif komplikasyonlar önlenmesi	Hayır	1 (5,9)	2 (6,1)	0 (0)	2 (5,7)	0,686
	Fikrim yok	3 (17,6)	11 (33,3)	7 (35)	14 (40)	
	Evet	13 (76,5)	20 (60,6)	13 (65)	19 (54,3)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın normal vücut fonksiyonlarının korunabilmesi	Hayır	0 (0)	1 (3)	0 (0)	1 (2,9)	0,791
	Fikrim yok	3 (17,6)	12 (36,4)	6 (30)	12 (34,3)	
	Evet	14 (82,4)	20 (60,6)	14 (70)	22 (62,9)	
ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın perioperatif stresi azaltılabilmesi	Hayır	0 (0)	2 (6,1)	0 (0)	1 (2,9)	0,904
	Fikrim yok	3 (17,6)	9 (27,3)	6 (30)	10 (28,6)	
	Evet	14 (82,4)	22 (66,7)	14 (70)	24 (68,6)	
ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olmak istenmesi	Evet	15 (88,2)	30 (90,9)	17 (85)	32 (91,4)	0,868
	Hayır	2 (11,8)	3 (9,1)	3 (15)	3 (8,6)	

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare testi

Cerrahi ekip üyeleri mesleki çalışma süresi ile ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır (p<0,05). 11-15 yıldır

Çalışanlarda (%25,0) ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma oranı daha yüksektir. Diğer ERAS ile ilgili özellikler ile mesleki çalışma süresi anlamlı ilişkili değildir ($p>0,05$) (Tablo 9).



5. TARTIŞMA

Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (ERAS), perioperatif bakımda klinik sonuçlarda önemli gelişmeler ve maliyet etkinliği sağlayan bir paradigma değişikliğidir. Cerrahi hastanın bakımına yönelik multimodal, multidisipliner bir yaklaşımdır. Ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme süreci uygulaması, cerrahlar, anestezi uzmanları, hemşireler, bir ERAS koordinatörü ve cerrahi hastayla ilgilenen birimlerin çalışanlarından oluşan bir ekibi içerir. Bakım protokolü yayınlanmış kanıtlara dayanmaktadır. ERAS protokolü bileşenleri; preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dönemlere bölünmüştür (Dağistanlı ve ark., 2018; Kaye et al., 2019). ERAS protokolünün ameliyat sırası bileşenleri ile hastaya uygun anestezi yöntemi, minimal invaziv cerrahi insizyon yöntemi, sıvı durumu ve normotermi koruması ile hastanın hastanede kalış süresini azalttığı ve cerrahi sonuçları iyileştirdiği gösterilmiştir (Cavallaro and Bordeianou, 2019).

Cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme bileşenlerine ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre; ERAS Protokolü kavramı en çok internetten öğrenildiği, her iki kişiden biri ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünse de 106 kişiden sadece 14 kişi özel olarak eğitim aldığı bu kişilerin neredeyse yarısı yüksek lisans sürecinde bu eğitimi aldığı, hastanede verilen hizmet içi eğitim ya da özel bir sempozyum ile desteklenmediği ve çalışanların neredeyse yarısının ERAS protokolü hakkında kendini yeterli hissetmediği görüldü. Oysaki her iki kişiden biri üst yönetim desteği olursa bu protokolün uygulanabileceği görüşünde ve kişilerin %90'ı ERAS protokol eğitimini alarak bunu alanında kullanmak istiyor. Mali sebeplerden, zaman kısıtlılığında, üst yönetim tarafından ERAS'ın desteklenmediğini düşündükleri için ya da kişisel maddi bir getirisi olduğunu düşünmedikleri için eğitim almamış olabilirler. Üst yönetim kanıta dayalı bu uygulamayı desteklerse, çalışanlarına düzenli olarak bu eğitimi verirse ve ERAS Protokolleri sağlık politikası olarak benimsenirse o zaman bütün çalışanlar kanıta dayalı ve faydalı olduğunu düşündükleri bu ERAS Protokol eğitimini alarak hastalara faydalı olabileceklerini düşünüyorlar. Aslında

cerrahi ekip üyelerinin neredeyse üçte ikisi hastanın konforunda ve iyileşme hızında artış olacağına, hasta yararına bileşenler içerdiğine, hastanın perioperatif stresini azaltacağını ve kanıta dayalı bir uygulama olduğu düşünerek ERAS protokollerini alanda uygulamak istiyor. Hatta ekip üyelerinin yarısından fazlası ERAS protokolü uygulanırsa postoperatif komplikasyonların azalacağı (%61) ve normal vücut fonksiyonlarının korunabileceğini düşünüyor.

Kurumda ERAS protokolü uygulanıp uygulanmadığı sorulduğunda her beş kişiden birinin uygulayabildiği ortaya çıkmaktadır. Bu da düşük bir oran olabilir. ERAS Protokol uygulamaları multimodal ve multidisipliner bir ekip işi olduğundan, ekipte en az üç veya beş kişinin olduğu düşünülürse sadece birinin bu protokolü bilip uygulaması yeterli olmaz. Ekip üyelerinin hepsinin bu farkındalığı ortak bir bakış açısıyla uygulaması gerekir. Bununla ilgili Cohen and Gooberman'ın (2019) çalışmasında cerrahi ekip üyelerinin etkili iletişimi, uygulamaya istekli olması, ERAS hakkında eğitime ve bilgiye açık olması, iş birliği yapması aynı zamanda ameliyathane hemşiresinin cerrahi ekip üyeleri ile güçlü iletişimi ve koordinasyonu sağlaması gerektiğini ifade etmektedir. Cruz'un et al. (2019) çalışmasında ise ekibin önemli olduğunu ve herkesin aynı bakış açısıyla bakması gerektiğini ve eğitimlerin standart olması gerektiğini, rotasyonlar sırasında değişen sağlık profesyonellerinin giden ekip üyesi yerine zaman kaybetmeden işi devralabilmesi gerektiğini belirtmiştir. Aynı zamanda Pędziwiatr'ın et al. (2018) çalışmasında ERAS Protokol bileşenlerinin uygulanmasında önündeki engeller analiz edildiğinde; başarılı uygulamanın gerçekleşmesi için değişime istekli olan, yeniliklere uyum sağlayacak, ERAS Protokol öğelerinin eğitimlerine düzenli katılan multidisipliner bir ekibin iş birliği yapması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışma yaşa, cinsiyete, eğitim düzeyine, mesleğine ve mesleki çalışma süresine göre karşılaştırıldığında ise cerrahi ekip üyelerinde ameliyat sırası ERAS Protokol bilgi düzeyinin farklı olduğu görüldü.

Cerrahi ekip üyelerinin demografik bilgileri üzerinden literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında; Midilli ve ark.'nın (2019) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 32.44, Afşar 'ın (2020) çalışmasına gönüllü katılan hemşirelerin %39,4'ü 35 yaşın üzerinde, Çetin'in (2021) yaptığı çalışmada ise %65,6'sı 20-30 yaş aralığındadır. Bizim çalışmamıza baktığımızda cerrahi ekip

üyelerinin %45,7'si 30-39 yaşında olduğu saptanmıştır. Cerrahi ekip üyelerinin yaşı ile ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 30 yaş altı olanlarda (%21,7) ERAS ile ilgili daha önce eğitim alma oranı daha yüksektir. Ameliyathane dinamik, hızlı ani kararların verildiği, kriz anının yönetildiği bir çalışma ortamıdır. Ameliyathane ekip üyelerinin yaş ortalamasının 30 yaş ve üzerinde olması mesleki tecrübeyi, bilgi düzeyini, ekip üyelerinin çevikliğini ve atikliğini, ameliyat sırası sunulan bakımın kalitesini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Midilli ve ark.'nın (2019) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %98,8'inin kadın, Afşar 'ın (2020) çalışmasına gönüllü katılan hemşirelerin %87,5'i kadın ve Çetin'in (2021) yaptığı çalışmada %58,3'ü kadın olduğu belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda ise cerrahi ekip üyelerinin; %65,7'si kadın olduğu görülmektedir. Cerrahi ekip üyelerinin cinsiyeti ile ERAS Protokolü ile ilgili bilgi sahibi olmak isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınlarda (%94,2) ERAS Protokolü ile ilgili bilgi sahibi olmak isteme oranı daha yüksektir. Gül'ün (2020) yapmış olduğu çalışmada kadın hemşirelere yönelik toplumsal cinsiyet rollerinin etkisiyle görev, sorumluk ve beklentilerin kadın hemşirelere verildiği ifade edilmektedir. Ülkemizde yapılan Zeren ve Köşgeroğlu'nun (2020) çalışmasına baktığımızda ise kadına toplumsal olarak verilen rol (anne, eş, abla, v.b. gibi), tutum ve davranışlar nedeniyle kadından beklenen şefkat, merhamet ile sunduğu bakım mesleki olarak da dikkat çektiğini ifade etmektedir. Buna bağlı olarak kadın cinsiyetinin bakım ile ilgili daha detaycı olması; hemşirelik mesleğinde kadın çoğunluğunun etkisi, kadınların öğrenmeye, yenilenmeye, okumaya olan isteği düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada cerrahi ekip üyelerinin %68,6'sının lisans ve yüksek lisans mezunu olduğu saptandı. Midilli ve ark.'nın (2019) çalışmasında katılımcıların %86,3'ü lisans ve yüksek lisans eğitimi düzeyinde, Afşar 'ın (2020) çalışmasında katılımcıların %89,4'ü lisans mezunu olduğu ve Çetin'in (2021) yaptığı çalışmada katılımcıların %58,9' u yüksek lisans eğitimi düzeyinde olduğu bildirilmektedir. Verilere göre zaman içerisinde Covid 19 pandemi sürecindeki yoğun çalışma temposuna bağlı olarak eğitim düzeyinde inişli çıkışlı dalgalanmaların olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada eğitim düzeyinin, cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası hızlandırılmış iyileşme (ERAS) hakkında bilgi sahibi olma üzerinde etkili

olduğu görüldü ($p < 0.05$). Eğitim düzeyi ERAS ile ilgili fikirleri de etkiliyor örneğin dogmatik bilgilerin yer almadığını, hastane maliyetinde azalma olacağını düşünenler yüksek lisans ve doktora mezuniyetine sahip cerrahi ekip üyeleridir. Lisans mezunları açık ara farkla (%97,7) ERAS eğitimini almayı istiyorlar. ERAS protokolü bilgisi en çok yüksek lisans ve doktora da verilmiş. Eğitim düzeyi yüksek lisans olanlar ERAS protokollerini daha çok alanda uygulamak istiyor. Lisans mezunları da istiyor ama yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Alanda lisans mezunu ekip çalışanları mevcut olduğundan bu konudan eksik kalmasının ekip çalışmasını etkileyeceği ve lisans düzeyinde de bu bilginin verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası uygulamalarında; bilimsel veriler ışığı altında kanıta dayalı uygulamaları kullanmaya alışması, eleştirel düşünce yapısına sahip olması ve sistemli literatür taraması yapıp ve takip edip okuması gerekmektedir. Bu bağlamda hemşirelikte lisans ve lisansüstü eğitimlerinde yer verilen araştırma dersinin önemi vurgulanmaktadır (Şenyuva, 2016).

Çetin'in (2021) yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların %42,4'ü ebe/ hemşire ve %57,6'sı hekimdir. Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden cerrahi ekip üyelerinin %52,4'ü hemşire, %47,6'sı hekim ve hekimlerin %24,5'inin branşı genel cerrahidir. Bu çalışma da cerrahi ekip üyelerinin %53,3'ü ERAS Protokolüne yönelik bilgi sahibi olduğunu ve %60'ı ise ERAS Protokolü'nün kurumda uygulanmadığını düşünmektedir. Aynı zamanda hemşireler postoperatif komplikasyonlarda hekimlere göre ERAS Protokolü'nün daha etkili olduğunu düşünüyor Literatür tarandığında Kırık'ın (2018) 116 cerrahi ekip üyesi ile yaptığı araştırmada %74,1'inin ERAS Protokolü bileşenlerini duymadığı ve bilmediği, konu ile ilgili makale okumadığı bildirilmektedir. Benzer çalışmalara bakıldığında Güzel ve Yava'nın (2019) çalışmasında hemşirelerin %70,4'ü ERAS Protokolü'nü ve %79,7'si ERAS protokolün kurumlarında uygulanıp uygulanmadığını bilmediklerini göstermektedir. Ongun ve Ak'ın (2020) ERAS Protokolüne yönelik katılımcıların bilgilerinin incelendiği çalışmasında hemşirelerin %84,2'sinin ERAS Protokolü'nü bilmedikleri ve %88,9'unun ise alanda ERAS Protokolü Bileşenlerine yer verilmediğini ifade ettikleri belirtilmektedir. İly'a'nın (2022) çalışması Ongun ve Ak'ın çalışmasına benzerlik göstererek %73,1'nin ERAS Protokolü'nü daha önce hiç duymadığı ve katılımcıların %88,1'inin protokolün kurum veya servislerde uygulanmadığını belirttiği bulunmuştur. Ülkemizde yapılan ve bahsettiğimiz

çalışmaların aksine Özbay'ın (2020) sağlık ekip üyelerine yönelik çalışmasında katılımcıların %26,4'ü ERAS Protokolünü duymadığını ve bilmediği görülmektedir. İlyas'ın (2022) yapmış olduğu çalışmada; sağlık profesyonellerinin ERAS Protokolüne yönelik bilgi kaynağının %47,9'u dergi ve makalelerden, %38,8'i kongre, sempozyum, panel ve seminerlerden olduğu belirtilmektedir. Bizim çalışmamız hemşire katılımcıların %52,7'si internet üzerinden, %23,6'sı kongre, sempozyum ve bilimsel toplantılardan bilgi edindiğini, hekimlerde ise %32'si kongre, sempozyum ve bilimsel toplantılarda ve %26'sı bilimsel araştırma, makalelerde duyduğunu saptamıştır. Hekimler istatistiksel açıdan anlamlı oranda ERAS kavramını her yönden hep daha çok duymuşlar bu da hekimlerin hemşirelerden daha çok ERAS Protokolü'nü bildiğini gösterir. Cerrahi ekip üyesi olan hemşirelerde eğitim açısından desteklenmeli, böylece ekip çalışmasının başarısı artar ve hasta iyileşmesi açısından daha faydalı olunabilir.

Bu çalışmada cerrahi ekip üyelerinin %33,3'ünün 16 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahip oldukları görülmektedir. Midilli ve ark.'nın (2019) yapmış olduğu çalışmada mesleki deneyim yılı ortalaması 10,27 yıl, Afşar'ın (2020) çalışmasında katılımcıların %46,3'ünün mesleki deneyimi 11 yılın üzerinde olduğu ve Çetin'in (2021) yaptığı çalışmada ise katılımcıların %39,1'nin 6 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip olduğu görülmüştür. Zaman içinde edinilen tecrübe ile mesleki deneyim süresinin fazla olması bilgi düzeyini etkileyen faktörlerin başında olarak düşünülmektedir. Bununla beraber 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip cerrahi ekip üyeleri ERAS ile daha ilgili ve anlamlı oranda fark görülmektedir. Belki de o dönemdeki mezunların bu yıllarda eğitim almış ya da eğitim almaya ihtiyaç duyulmuştur. Daha öncesinde meslekte yeni olma nedeniyle farkındalık azlığı, ileri yaşlar da daha rutin uygulamaları benimseme ve yaş faktörünün etkisi ameliyat sırası hızlandırılmış iyileşme bileşenlerine yönelik bilgi düzeyini etkilediği ve hemşirelikte en verimli yılların 6-15 yıl arası olduğu düşünülmektedir.

Ameliyat sırası dönemde ERAS Protokol bileşenlerinin bazı maddeleri bizim çalışmamızda cerrahi ekip üyelerinden yüksek oy almıştır. Örneğin hipotermi önlenmesi ve hastanın vücut sıcaklığının korunması, Wainwright'ın et al. (2020) yaptıkları çalışmada hastaların önceden ısıtılmasını ve ameliyat olan bireylerin intraoperatif aşama boyunca aktif ısınmasının sürdürülmesini önermektedir. Ljungqvist'in et al. (2018) yaptıkları çalışmasında; hızlı iyileşme protokollerinin

uygulanması ile özellikle ameliyat sırası ERAS Protokol öğelerinden, büyük kesiler yerine minimal invaziv yaklaşımlar, büyük hacimli intravenöz sıvılar yerine yeterli sıvı yönetimi, drenlerin ve tüplerin önlenmesi veya erken çıkarılması gibi maddeler hastanede kalış süresini %30 ila %50 oranında kısalttığı ve komplikasyonlarda benzer azalmalar sağladığı, yeniden yatışların ve maliyetlerin azaldığı belirtilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların hemfikir olduğu maddeler arasında; hastaya uygun bölgesel anestezi tercih edilmesi, perioperatif sıvı yönetimi yapılması, kısa insizyonlar tercih edilmesi, minimal invaziv cerrahinin hastanın hastanede kalış süresini kısalttığı, gerekli ise nazogastrik sonda kullanılması ve dren kullanılması, epidural blokaj devam ettiği sürece idrar katateri tutulması, aynı zamanda üriner enfeksiyon ve mobilizasyonu kısıtlaması nedeniyle idrar kataterinin erken dönemde alınmasıdır. Benzer özellikler gösteren ve Cavallaro and Bordeianou' nın (2019) çalışmalarında, ameliyat sırasında idrar çıkışını izlemek için foley kateter kullanılıyorsa, mümkünse vaka bitiminde ameliyathanede çıkarılması gerektiği vurgulanmaktadır. Nazogastrik sonda varlığı ise hastanın oral beslenmesini geciktirmektedir. Cavallaro and Bordeianou' nın (2019) yaptığı çalışmada ameliyattan hemen sonraki dönemde nazogastrik tüpü alınmayan hastaların bulantı, kusma, bağırsak fonksiyonunun geri dönüş süresi veya hastanede kalma süresinin uzamasında hiçbir fark olmadığını göstermiştir. Ameliyathane hemşiresinin deneyimi intraoperatif ERAS Bileşenleri uygulamasını kolaylaştırır, ameliyathane hemşiresi intraoperatif ERAS Bileşenleri uygulanmasında liderlik eder ve ekip iletişimini yönetir maddeleri de daha ön planda yer alan cerrahi ekip üyelerinin hemfikir olduğu katılımcılara göre en yüksek ortak oy alanlardır.

Ameliyat sırası dönemde ERAS Protokol bileşenlerinin, midtorasik epidural anestezi ile postoperatif insülin direncinin düştüğü, opioid içermeyen analjezi uygulanması, midtorasik epidural anestezi ile stres hormonları salınımı azalması gibi maddeler ise en düşük ortak oy alanlardır.

Tüm veriler değerlendirildiğinde; cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası hızlandırılmış iyileşmeye yönelik bilgi düzeyleri ve bakış açıları aldıkları eğitim düzeyi ile paralel ilerlediği, ameliyat sırası ERAS Protokol Bileşenlerini uygulayabilmek için cerrahi ekip üyelerine kapsamlı eğitimler düzenli olarak verilmesi gerektiği öngörülmektedir.

6. SONUÇ

Bu çalışma sonucunda ameliyat ekibi içerisinde yer alan farklı meslek gruplarının ERAS eğitimi ve bilgi düzeylerinin farklı olduğu bulundu. ERAS Protokolü standart bütün çalışanlara eşit olarak lisans mezunları da dahil sağlanabilirse hastalar açısından faydalı olacağı konusunda sağlık çalışanlarının çoğunun hemfikir olduğu görüldü. Cerrahi ekip üyelerine verilen kapsamlı bir bilgi ve kanıta dayalı uygulamanın anlayışı ameliyat sırası ERAS Protokol bileşenlerinin başarılı uygulanması için gerekli olduğu belirtildi. Cerrahi ekip üyelerinin mesleki deneyimi ameliyat sırası ERAS Protokol bileşenlerine yönelik bilgi düzeylerini etkilediği tespit edildi. Bununla birlikte intraoperatif ERAS bileşenlerini uygularken ameliyathane hemşiresinin deneyimi uygulamayı kolaylaştırdığı, ameliyathane hemşiresinin liderlik ettiği ve ekip iletişimini yönettiği hakkında cerrahi ekip üyelerinin hemfikir olduğu görüldü.

ERAS Protokolü'nün hastanın ve kurumun yararına olduğu anket sonuçlarımız ile desteklendi. Cerrahi ekip üyelerinin %40,0'ı ERAS kavramını internetten öğrendiği, mesleki olarak bakıldığında ise hekimlerin %32'si, hemşirelerin ise %23,6'sı kongre, sempozyum ve bilimsel toplantıda ERAS kavramını duyduğunu ifade ettiği görüldü. Katılımcıların %54,3'ü ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olduğu, %13,3'ü ERAS ile ilgili daha önce eğitim aldığı, eğitim alanların %41,7'si yüksek lisans eğitiminde aldığı tespit edildi. Ekip üyelerinin %67,6'sı ERAS Protokollerini alanında uygulamak istediği, isteyenlerin %58,6'sı hastanın konforunu/iyileşme hızını artırması nedenini belirtmiş, %62,9'u ERAS Protokol Bileşenlerinin hasta yararına olduğunu düşündüğü, düşünenlerin %81,3'ü hastanın konforuna/iyileşme hızına olumlu katkısı nedeniyle olduğu belirlendi.

Cerrahi ekip üyelerinin bilgileri, deneyimleri, bakış açısı ve görüşleri ameliyat sırası ERAS bileşenlerini uygulamada önemlidir. Konu ile ilgili tespit edilen zorlukların çoğu bilgi eksikliği, değişime direnç ve güven eksikliği olarak tespit edildi. Ancak cerrahi ekip üyelerinin ERAS'ı anlamasını sağlayacak eğitim ve bilgi desteği ile süreç kolaylaşabilir. Hastaların memnuniyetinin artması, sağlık politikalarına

maddi yükün azaltılması için ERAS Protokol eğitimlerinin sağlık hizmetine yönelik devlet politikası olarak verilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.



7. ÖNERİLER

Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda cerrahi ekip üyelerinin;

- ERAS Protokolü 'ne ilişkin düzenli aralıklarla kurum içi eğitim ve ortak eğitimler verilmesi,
- Kurum içi ERAS Protokol ekibi oluşturulması,
- Cerrahi ekip üyelerinin özellikle hemşirelerin bilimsel kongre ve sempozyumlara katılımının desteklenmesi,
- Cerrahi ekip üyelerine sempozyum, workshop, seminer ve sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hasta ferahını artırmak ve hastane maliyetini azaltmak amacıyla ERAS Protokol eğitimini kurum politikası olarak benimsenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Afşar, T.** (2020). *Hemşirelerin ameliyat sonrası iyileşme uygulamalarına ilişkin yaklaşımları*. (Yayınlanmamış Tez). Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER).
- Aksoy, G., Kanan, N., Akyolcu, N.** (eds), (2017). *Cerrahi Hemşireliği 1*. 3. Baskı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, s:314.
- Arslankılıç, Ç., Göl, E. ve Çınaroğlu, N.S.** (2021). Cerrahide hızlandırılmış iyileşme protokolü: Sistematik derleme. Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon. *Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, 1 (3), 15-34.
- Ashok, A., Niyogi, D., Ranganathan, P., Tandon, S., Bhaskar, M., Karimundackal, G., Jiwnani, S., Shetmahajan, M., Pramesh, C.S.** (2020). The enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol to promote recovery following esophageal cancer resection. *Surgery Today*, 50(4):323-334.
- Baierl, S.P., Baschnegger, H., Bruns, C.** (2014). Interdisciplinary teamwork in the OR: Identification and measurement of teamwork in the operating room. *Matthias Weigl German Journal for Evidence and Quality in Health Care*, 108:(5-6).
- Bayer, YB.** (2018). *Ameliyathane ekibinin iletişim becerileri ve tükenmişlik düzeyleri*. (Yayınlanmamış Tez). T.C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay ÖZTÜRK).
- Birlikbaş, S., Bölükbaş, N.** (2019). ERAS rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. *Ordu University Journal of Nursing Studies*, 2(3), 194-205.
- Blomberg, A., Bishol, B., Nilson, J., Lindwall, L.** (2015). Making the invisible visible operating theatre nurses perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2):361-368.
- Brogly, N., Alsina, E., Celis, I.D., Huercio, I., Dominguez, A., Gilsanz, F.** (2016). Perioperative temperature control: Survey on current practices. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.*, 63(4):207-11.
- Brown, D., Xhaja, A.** (2018). Nursing perspectives on enhanced recovery after surgery. *Surgical Clinics of North America*, 98(6):1211-1221.
- Cavallaro, P. and Bordeianou, L.** (2019). Implementation of an ERAS Pathway in Colorectal Surgery. *Clin Colon Rectal Surg.*, 32(2):102-108.
- Chia, P.A., Cannesson, M., Bui, C.M.** (2020). Opioid free anesthesia: feasible? *Curr Opin Anaesthesiol*, 33(4):512-517.
- Cohen, R. and Gooberman, R.** (2019). Staff experiences of enhanced recovery after surgery: systematic review of qualitative studies, *BMJ Open*, 12;9(2).

- Cruz, S.A., Idowu, O., Ho, A., Lee, M.J., Shi, L.L.** (2019). Differing perceptions of preoperative communication among surgical team members. *American Journal of Surgery*, 217(1):1-6.
- Çakır, G., ve Çilingir, D.** (2018). Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde ameliyat sürecinde normoterminin sağlanması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 137-143.
- Çelebi, A. ve İlçe, A.** (2019). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ERAS protokolleri hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Kongre Kitabı, İzmir, 392-400.
- Dağistanlı, S., Kalaycı, M.U. ve Kara, Y.** (2018). Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. *İKSST Dergisi*, 10(1), 9-20.
- Demir, M.** (2014). *Ameliyathane Hemşirelerinin Teknik Olmayan Becerileri Kullanma Durumlarının Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Tez). Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Fatma Eti Aslan).
- Demirhan, İ. ve Pınar, G.** (2014). Postoperatif İyileşmenin Hızlandırılması ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(43-53).
- Ellis, D.B., Agarwala, A., Cavallo, E., Linov, P., Hidrue, M.K., Del Carmen, M.G., Sisodia, R.** (2021), Implementing ERAS: How we achieved success within an anesthesia department. *BMC Anesthesiology*, 21(1):36.
- Erdem, E.** (2018). *Anestezistlerin bariatrik cerrahide ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme (ERAS protokolü) uygulamalarıyla ilgili farkındalığının araştırılması*. (Yayınlanmamış Tez). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Vildan ERGEN).
- Ertürk, C., Yıldırım, B., ve Diri, S.K.** (2018). Ortopedi ve Travmatolojide Ameliyat Sonrası Geliştirilmiş İyileşme (ERAS). *İKSST Dergisi*, 10(1), 41-47.
- Forst, M., Weiterer, S., Dietrich, M., Loos, M., Lichtenstern, C., Weigand, M.A., Siegler, B.H.** (2021). Perioperative fluid management in major abdominal surgery. *Anaesthetist*, 70(2):127-143.
- Gustafsson, U.O., Scott, M.J., Hubner, M., et al.** (2019). Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018. *World J Surg.*, 3(3):659-695.
- Gül, Ş.** (2019). Bakım Kavramı Işığında Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2):129-134.
- Gündoğdu, H.** (2018). ERAS: Tarihçe ve felsefesi. *İKSST Dergisi*, 10(Ek sayı):1-4
- Güzel, N. ve Yava, A.** (2019). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ERAS (enhanced recovery after surgery) protokolüne ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Zeugma Health Res.*, 1(1):15-23.
- Heming, N., Moine, P., Coscas, R., Annane, D.** (2021). Perioperative fluid management for major elective surgery. *The British journal of surgery*, 107(2):56-62.

- Herbet, G., Sutton, E., Burden, S., Lewis, S., Thomas S., Ness, A., Atkinson, C.** (2017). Healthcare professionals' views of the enhanced recovery after surgery programme: a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res.*, 17(1):617.
- Hoepfer, K., Kriependorf, M., Felix, C., Nyhui, P., Tecklenburg, A.** (2017). Role-specific targets and teamwork in the operating room. *Anaesthesist*, 66(12):953-960.
- Hu, Y., McArthur, A., Yu Z.** (2019). Early postoperative mobilization in patients undergoing abdominal surgery: a best practice implementation Project. *JBIR Database System Rev Implement Rep.*, 17(12):2591-2611.
- İlyay, Ö.Ş.** (2022). *Genel cerrahi ve ameliyathane hemşireleri, genel cerrah ve anestezi uzmanlarının kolorektal cerrahide Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü'nün uygulanmasına ilişkin görüşleri.* (Yayınlanmamış Tez). Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL).
- Kankılıç, R., ve Tuna, A.** (2019). Transüretral Rezeksiyon- Prostat (TUR-P) ameliyatlarında ERAS protokolü ile ameliyat öncesi ve sonrası yapılması gereken beslenme, ağrı ve erken mobilizasyon uygulamalarının karşılaştırılması. *KSÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 69-74.
- Kaye, A.D., Urman, D.R., Cornett, E.M., Hart, B.M., Chami, A., Gayle, J.A. and Fox, C.J.** (2019), Enhanced recovery pathways in orthopedic surgery. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 35 (Suppl 1):35-39.
- Kelvered, M., Öhlen, J., Gustafsson, B.** (2012). Operating theatre nurses experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3):449-57.
- Kırık, M.S.** (2018) *Kolorektal ameliyatlarda klinik alanda ameliyat öncesi, sırası ve sonrası uygulamaların ERAS Protokolüne uygunluğunun karşılaştırılması.* (Yayınlanmamış Tez). Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Prof. Dr. Arzu TUNA).
- Kumar, H., Morad, R., Sonsati, M.** (2019). Surgical team: improving teamwork, a review. *Postgraduate Medical Journal*, 95(1124):334-339.
- Ljungqvist, O.** (2014). ERAS-Enhanced recovery after surgery: Moving evidence-based perioperative care to practice. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 38(5):559-566.
- Ljungqvisti O., Scotti M., Fearoni K.C.** (2017). Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surg.*, 152(3):292-298.
- Low, D., Allum, W., Manzoni, G.D., Ferri, L., Immanuel, A., Kuppusamy, M. et al.** (2019). Guidelines for perioperative care in esophagectomy: Enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *World Journal Of Surgery*, 43(1), 299-330.
- Midilli, T.S., Eşer, İ., Yücel, Ş.** (2019). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 60-66.
- Niu, L., Li, H.Y., Tang, W., Zhang, L.J.** (2017). Evolving safety practices in the setting of modern complex operating room: role of nurses. *J Biol Regul Homeost Agents.*, 31(3):659-665.

- Ongun, P. ve Ak, S.E.** (2020). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ERAS protokolüne yönelik bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Med. J. Bakırköy*, 16(3):287-94.
- Pędziwiatr, M., Mavrikis, J., Witowski, J., Adamos, A., Major, P., Nowakowski, M., Budzyński, A.** (2018). Current status of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in gastrointestinal surgery. *Med Oncol.*, 35(6):95.
- Persico, M., Miller, D., Yolu, C., Williamson, M., O'Keefe, K., Strnatko, D., Wright, F.** (2019). Implementation of enhanced recovery after surgery in a community hospital: An evidence-based approach. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 34(1):188-197.
- Pignot, G.** (2019). Role of the nurse in the implementation of enhanced recovery after surgery. *Progrès en Urologie*, 29(15):904-907.
- Poveda, V.B. and Galvao, C.M.** (2011). Hypothermia in the intraoperative period: can it be avoided? *Rev Esc Enferm USP*, 45(2):411-417.
- Rajan, N., Joshi, G.P.** (2021). Management of postoperative nausea and vomiting in adults: current controversies. *Curr Opin Anaesthesiol*, 34(6):695-702.
- Rove, H.O., Strine, A.C., Wilcox, D.T., Vricella, G.J., Welch, T.P., Vanderbrink, B., Chu, D.I., Chaudhry R., Zee, R.S., Brockel, M.A.** (2020). Design and development of the Pediatric Urology Recovery After Surgery Endeavor (PURSUE) multicentre pilot and exploratory study. *BMJ Open*, 10(11).
- Sandelin, A., Kalman, S. and Gustafsson, B.** (2019). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork-operating theatre nurses perspectives: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14):2635-2643.
- Schulz, G.B., Volz, Y., Jokisch, F., Casuscelli, J., Eismann, L., Pfitzinger, P., Stief, C.G. and Schlenker, B.** (2021). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) after radical cystectomy-current data. *Urologe A.*, 60(2):162-168.
- Schwartz, J. and Gan, T.J.** (2020). Management of postoperative nausea and vomiting in the context of an Enhanced Recovery after Surgery program. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 34(4):687-700.
- Stucky, C.H. and Jong, M.** (2021). Surgical team familiarity: An integrative review. *AORN Journal*, 113(1):64-75.
- Sykes, M., Gillespie, B.M., Chaboyer W., Kang, E.** (2015). Surgical team mapping: implications for staff allocation and coordination. *AORN Journal*, 101(2):238-48.
- Szachnowicz, B., Pawasauskas, J. and Brothers, T.** (2021). An analysis of the management and incidence of postoperative nausea and vomiting. *Journal of perioperative practice*, 31(10):366-372.
- Şentürk, J.C., Kristo, G., Altın, J., Bleday, R., Whang, E.** (2017). The development of enhanced recovery after surgery across surgical specialties. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 27(9):863-870.
- Şenyuva, E.** (2016). Hemşirelik Eğitimi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar. *F.N. Hemşirelik Dergisi*, 24(1): 59-65.
- Tsuda, S., Olasky, J. and Jones, D.B.** (2021). Team training and surgical crisis management. *Journal of Surgical Oncology*, 124(2):216-220.

- Tuna, P.T. ve Kurşun, Ş.** (2018). Kolorektal cerrahisinde hızlandırılmış bakım protokolleri ve hemşirelik bakımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 11(2): 180-188.
- Uğurlu, A.K., Kula, S.Ş., Seçginli, S. ve Eti, F.A.** (2017). Ameliyat sonrası ilk 24 saatte erken ayağa kaldırmanın hızlı iyileşmeye etkisi: Sistemik derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 9(4):280-288.
- Umutoğlu, T. ve Salihoğlu, Z.** (2018). Anesteziyoloji ve perioperatif hekimlikte ERAS protokolleri, Anestezi ve ERAS. *İKSST Dergisi*, 10(1):5-8.
- Vecino, J.M.C., Francés, R.C., Melchor, J.R., Zaldívar, C.M., Ríos, M.A.G., Ferrer, A.P., Bustingorri, J.M.Z., Gurumeta, A.A.** (2018). Clinical practice guideline. Unintentional perioperative hypothermia. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.*, 65(10):564-588.
- Wainwright, T., Gill, M., McDonald, D.A., Middleton, R., Reed, M., Sahota, O., Yates, P., Ljungqvist, O.** (2020). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *Acta Orthop.*, 91(1):3-19.
- Watson, D.J.** (2018). Nurse coordinators and ERAS programs. *Nursing Management*, 49(1):42-49.
- Wellge, B.E., Trepte, C.J., Zöllner, C., Izbicki, J.R., Bockhorn, M.** (2020). Perioperative fluid management. *Chirurg*, 91(2):121-127.
- Williams, S.B., Cumberbatch, M.G.K., Kamat, A.M., Cübber, İ., Kerr, P.S., Mcgrath, J.S., Djaladat, H., Collins, J.W., Packiam, V.T., Steinberg, G.D., Lee, E., Kassouf, V., Siyah, P.C., Cerantola, Y., Catt, J.W.F., Danimarkalı, S.** (2020). Reporting radical cystectomy outcomes following implementation of enhanced recovery after surgery protocols: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *European Urology*, 78(5):719-730.
- Yong, L.S., Lin, M.W., Chen, K.C., Huang, P.M., Lee, J.M.** (2021). Drainless Thoracoscopic Lobectomy for Lung Cancer. *Journal of clinical medicine*, 10(16):3679.
- Yu, D., Lowndes, B., Thiels, C., Bingener, J., Abdelrahman, A., Lyons, R., Hallbeck, S.** (2016). Quantifying intraoperative workloads across the surgical team roles: Room for better balance? *World journal of Surgery*, 40(7):1565-1574.
- Zeren, F. ve Köşgeroğlu, N.** (2020). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Hemşirelik Mesleğine Yansımaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9 (3), 293-299.
- Zhang, X., Yang, J., Chen, X., Du, L., Li, K., Zhou, Y.** (2020). Enhanced recovery after surgery on multiple clinical outcomes: Umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine*, 99(29).
- Zhou, Y. ve Li, X.** (2021). Effect assessment of the application value of evidence-based nursing intervention in operating room nursing: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 13;100(32).

EKLER



EK A: Cerrahi Ekip Üyelerinin Sosyo-demografik Özellikleri- ERAS Protokol Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Sizi, ' Cerrahi Ekip Üyelerinin Ameliyat Sırası Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Bileşenlerine İlişkin Bilgi Düzeyleri” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

Bu araştırma, Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı kapsamında “Cerrahi Ekip Üyelerinin Ameliyat Sırası Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Bileşenlerine İlişkin Bilgi Düzeyleri’ni” belirleme amacı ile tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmada iki anket bulunmaktadır. Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanabilmesi önemlidir.

Vereceğiniz bilgiler yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve kesinlikle kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler hiçbir kurum ve kuruluşla paylaşılmayacak. Elde edilecek sonuçlar sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır. Ankete katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

İlginiz ve katkınız için şimdiden **TEŞEKKÜR EDERİM.**

Sorunuz olduğunda iletişime geçebilirsiniz.

Nihal SAYAR SEZEN

Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Prof. Dr. Nevin KANAN

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Araştırmaya katılmayı onaylıyor musunuz?

A) Onaylıyorum B) Onaylamıyorum

1- Yaşınız:

2- Cinsiyet:

- a) Kadın
- b) Erkek

3- Eğitim durumunuz:

- a) Lisans
- b) Yüksek Lisans
- c) Doktora

4- Medeni durumunuz:

- a) Evli
- b) Bekar

5- Mesleğiniz:

- a) Hekim(Belirtiniz)
- b) Hemşire

6- Meslekte çalışma yılınız:

- a) 1 yıldan az(ay olarak belirtiniz.)
- b) 1-5 yıl
- c) 6-10 yıl
- d) 11- 15 yıl
- e) 16 yıl ve üzeri

7- Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

8- Mesleğinizi severek mi yapıyorsunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

8- Çalışma şekliniz:

- a) Gündüz vardiyası
- b) Gece vardiyası
- c) Her ikisi

9- Ameliyathane hemşireliği eğitim sertifikanız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

10- ERAS Kavramını ilk nerede duydunuz?

- a) İnternette
- b) Klinik uygulama sırasında
- c) Kongre, sempozyum, bilimsel toplantılarda
- d) Bilimsel araştırma ve makalelerde

11- ERAS Protokolü hakkında bilginiz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

12- ERAS ile ilgili daha önce eğitim aldınız mı?

- a) Evet..... (Belirtiniz)
- b) Hayır

13- ERAS Protokollerini alanda uygulamak ister misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

14- Cevabınız 'Evet' ise neden?

.....

15- ERAS Protokol Bileşenleri hasta yararına mıdır?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

16- Cevabınız 'Evet' ise neden?

.....

17- ERAS Protokolü 'nde dogmatik rutinler mi yer alır?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

18- Kurumunuzda ERAS Protokolü uygulanıyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

19- ERAS Protokol uygulamaları ile hastane maliyeti azalır mı?

- a) Evet
- b) Hayır

c) Fikrim yok

20- ERAS protokol uygulamaları için üst yönetim desteği gerekli midir?

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

21) ERAS hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?

a) Evet

b) Hayır

22) ERAS Protokol uygulamaları ile postoperatif komplikasyonlar önlenebilir mi?

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

23) ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın normal vücut fonksiyonları korunabilir mi?

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

24) ERAS Protokol uygulamaları ile hastanın perioperatif stresi azaltılabilir mi?

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

25) ERAS Protokolü hakkında bilgi sahibi olmak ister misiniz?

a) Evet

b) Hayır

EK B: Ameliyat Sırası ERAS Bileşenleri Bilgi Formu

1) Cerrahi ekip üyeleri ERAS hakkında eğitime ve bilgiye açık olmalıdır.

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

2) Cerrahi ekip üyeleri ameliyat sırası ERAS Bileşenlerini benimsemeli ve uygulamaya istekli olmalıdır.

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

3) Cerrahi ekip üyelerinin ameliyat sırası ERAS Bileşenlerine yönelik bilgileri sınırlıdır.

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

4) Ameliyat sırası dönemde, hastaya uygun bölgesel anestezi tercih edilmelidir.

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

5) Ameliyat sırası dönemde, kısa etkili anestezi tercih edilmelidir.

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

6) Ameliyat sırası dönemde, hipotermi önlenmesi gereklidir.

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

7) Ameliyat sırası dönemde, Opioid içermeyen analjezi uygulanmalıdır.

- a) Evet

- b) Hayır
c) Fikrim yok
- 8) Hastaya perioperatif dönemde yüksek oksijenasyon uygulanmalıdır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 9) Ameliyat sırası dönemde, hipotermi önlenmeli, normotermi korunmalıdır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 10) Ameliyat sırası dönemde, yüksek oksijen konsantrasyonu sağlanmalıdır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 11) Perioperatif sıvı yönetimi yapılmalıdır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 12) Ameliyat sırası dönemde, anestezi optimize edilmelidir.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 13) İntrooperatif normoterminin sürüdülməsi çok önemlidir.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 14) Ameliyat sırası dönemde, hipotermi koagülasyon dengesini bozarak kanamayı artırır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 15) Ameliyat sırası dönemde, hastanın vücut sıcaklığı korunmalı.**
- a) Evet
b) Hayır

c) Fikrim yok

16) Ameliyat sırası dönemde, normoterminin korunması için eksternal ısıtıcılar, ısıtılmış intravenöz sıvılar kullanılmalı.

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

17) Ameliyat sırası dönemde normoterminin korunmasında hemşirenin rolü büyüktür.

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

18) Ameliyat sırası dönemde, midtorasik epidural anestezi ile stres hormonları salınımı azalmaktadır

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

19) Ameliyat sırası dönemde, midtorasik epidural anestezi ile postoperatif insülin direnci düşmektedir.

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

20) Ameliyat sırası dönemde, midtorasik epidural anestezi ile hastanın iyilik hali artmakta ve hastanede kalış süresi azaltılmaktadır.

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

21) Kısa insizyonlar (minimal invaziv erişim- transvers insizyon) tercih edilmelidir.

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

22) Kısa ve transvers insizyonlarda postoperatif analjezi ihtiyacı azalmaktadır.

a) Evet

- b) Hayır
c) Fikrim yok
- 23) Minimal invaziv cerrahi hastanın hastanede kalış süresini kısaltmaktadır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 24) Abdominal cerrahide kullanılan transvers veya eğri kesiler postoperatif ağrı ve pulmoner disfonksiyon açısından avantajlıdır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 25) Ameliyat sırası dönemde, hastayı dehidrate bırakmayacak kadar sıvı infüzyonu yeterli kabul edilmektedir.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 26) Ameliyat sırası dönemde, hastaya özel sıvı yönetimi yapılmalıdır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 27) Ameliyat sırası dönemde gerekli ise dren kullanılmalıdır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 28) Ameliyat sırası dönemde gerekli ise nazogastrik sonda kullanılmalıdır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 29) Ameliyat sırası dönemde kullanılan nazogastrik sonda işlem sonrası çıkarılmalıdır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 30) Nazogastrik sonda varlığı hastanın oral beslenmesini geciktirmektedir.**

- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 31) Epidural blokaj devam ettiği sürece idrar katateri tutulması gerekir.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 32) Üriner enfeksiyon nedeniyle idrar katateri erken dönemde alınmalıdır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 33) Mobilizasyonu kısıtlaması nedeniyle idrar katateri erken dönemde alınmalıdır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 34) Ameliyat sırası dönemde gerekli ise idrar katateri kullanılmalıdır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 35) Ameliyathane hemşiresinin deneyimi intraoperatif ERAS Bileşenleri uygulamasını kolaylaştırır.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 36) Ameliyathane hemşiresi intraoperatif ERAS Bileşenleri uygulanmasında liderlik eder.**
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
- 37) Ameliyathane hemşiresi intraoperatif ERAS Bileşenleri uygulanmasında ekip iletişimini yönetir.**
- a) Evet
b) Hayır

c) Fikrim yok



EK C: T.C Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tarih: 26.01.2022

Sayı: 16

Konu: Etik Kurulu İzni

Sayın Prof. Dr. Nevin Kanan,

Yapmış olduğunuz başvuru Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup, danışmanlığını üstlendiğiniz Nihal Sayar Sezen'in yürüteceği "**Cerrahi Ekip Üyelerinin Ameliyat Sırası Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Bileşenlerine İlişkin Bilgi Düzeyleri**" başlıklı çalışmanız kurulumuzun 26.01.2022 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer
Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Ornektepe Mah. Imrahor Cad. No: 82 Beyoğlu – İSTANBUL
Tel: 0 212 924 2444 /2704 Faks: 0 212 343 0878
e-mail: etikkurul@halic.edu.tr www.halic.edu.tr

EK D: T.C İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izini



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM
ve TEŞCİL BİRLİĞİ



Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Hem. Nihal SAYAN SEZEN'in
Çalışması Hk

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 04/03/2022 tarihli ve 62977267-772.99-99-35 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Hastaneniz hemşire kadrosunda görev alan aynı zamanda Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği tezli yüksek lisans öğrencisi Nihal SAYAR SEZEN'in Prof. Dr. Nevin KANAN danışmanlığında "*Cerrahi Ekip Üyelerinin Ameliyat Sırası Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Bileşenlerine İlişkin Bilgi Düzeyleri*" başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **01.04.2022 tarih ve 2022/07** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 66d69997-2bd1-426d-8ca6-94ea323231f8 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

İstanbul Cad. General Kani Elitez Sok. no:8/1 Bakırköy/İstanbul

Telefon: Faks No:

e-Posta: leyla.celik12@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Leyla ÇELİK

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 212) 638 33 99



EK E: Gönüllü Bilgilendirme Formu

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Değerli katılımcı,

Sizi, "Cerrahi Ekip Üyeleri Ameliyat Sırası Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Bileşenlerine İlişkin Bilgi Düzeyi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

Bu araştırma, Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı kapsamında "Cerrahi Ekip Üyeleri Ameliyat Sırası Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Bileşenlerine İlişkin Bilgi Düzeyini" belirleme amacı ile tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmada iki anket bulunmaktadır. Veriler e- anket yöntemi ile toplanacak. Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanabilmesi önemlidir. Vereceğiniz bilgiler yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve kesinlikle kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler hiçbir kurum ve kuruluşla paylaşılmayacak. Elde edilecek sonuçlar sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır. Ankete katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

İlginiz ve katkınız için şimdiden **TEŞEKKÜR EDERİM.**

Sorunuz olduğunda iletişime geçebilirsiniz.

Nihal SAYAR SEZEN

Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Prof. Dr. Nevin KANAN

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Araştırmaya katılmayı onaylıyor musunuz?

A) Onaylıyorum B) Onaylamıyorum

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : Nihal SAYAR SEZEN

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2008, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik
- **Yüksek Lisans** : 2022, Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

Özel Atlas Hastanesi Ameliyathane Hemşiresi 2008- 2010

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroonkoloji İleri Laparoskopi Hemşiresi 2010- devam

SUNUMLAR:

SAYAR SEZEN N. (2022). Ameliyathane ve Ekip Ruhu. İstanbul Sağlık ve Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, 09.03.2022, İstanbul

SAYAR SEZEN N. (2021). Ameliyathane Hemşireliği Bir Yaşam Bilinci. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Meslek Yüksekokulu, 08.10.2021, İstanbul.

SAYAR SEZEN N., (2021). Ameliyathane Hemşiresi Gözünden Ameliyathane ve Ameliyathanede Kariyer Planlama. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, 12.05.2021, İstanbul.

SAYAR SEZEN N. (2019). Ameliyathanede Kariyer Planlama. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Meslek Yüksekokulu, 05.10.2019, İstanbul.

SERTİFİKALAR:

T.C. Sağlık Bakanlığı Ameliyathane Hemşireliği Sertifikası 05.02.2018