

A.ÇELİK

BAU 2024

T.C.

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

HEMŞİRELERİN ERAS PROTOKOLLERİNİ BİLME VE UYGULAMA
DURUMLARININ İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ASLIHAN ÇELİK

İSTANBUL 2024

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

HEMŞİRELERİN ERAS PROTOKOLLERİNİ BİLME VE UYGULAMA
DURUMLARININ İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ASLIHAN ÇELİK

TEZ DANIŞMANI

Doç.Dr.FADİME ÇINAR

İSTANBUL 2024

T.C.

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

...../...../.....

YÜKSEK LİSANS TEZ ONAY FORMU

Program Adı:	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans Programı
Öğrencinin Adı Soyadı:	Aslıhan ÇELİK
Tezin Adı:	Hemşirelerin ERAS Protokollerini Bilme ve Uygulama Durumlarının İncelenmesi
Tez Savunma Tarihi:	11.01.2024

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

Doç. Dr. Yücel Batu Salman

Enstitü Müdürü

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

	Ünvanı, Adı Soyadı	Kurumu	İmza
Tez Danışmanı:	Doç. Dr. Fadime ÇINAR	Nişantaşı Üniversitesi	
2. Üye (Kurum İçi):	Prof.Dr. Fatma ETİ ASLAN	Bahçeşehir Üniversitesi	
3. Üye (Kurum Dışı):	Dr. Evin KORKMAZ	Bahçeşehir Üniversitesi	

Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.

Ad, Soyad: Aslıhan Çelik

İmza :

ÖZET

HEMŞİRELERİN ERAS PROTOKOLLERİNİ BİLME VE UYGULAMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Çelik Aslıhan

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Fadime Çınar

Ocak 2024, 57 Sayfa

Bu çalışma, cerrahi hemşirelerinin ERAS protokollerini bilme uygulama düzeylerini incelemek amacıyla nicel araştırma deseni içinde tanımlayıcı ve kesitsel türde gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Temmuz 2023- Ekim 2023 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde Cerrahi Klinik ve Yoğun Bakımlarda çalışan ve dahil etme kriterlerine uyan 132 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmadaki veriler “Hemşirelerin Eras Protokollerini Bilme ve Uygulama Durumlarının İncelenmesi” anketi ile toplandı. Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde, IBM SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı verileri sayı (n), yüzde (%) ve ortalama (\pm standart sapma) ile ifade edilerek belirtilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında verilerin numerik olduğu iki bağımsız grup arasında student t test, kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında ise Pearson Chi Square testi, Fisher’s exact testi ve Fisher Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler ise n (%) ile ifade edilmiştir. Araştırmamıza katılan hemşirelerin %86,4’ünün (n=114) kadın olduğu, %83,3’ünün (n=110) lisans, %13,6’sının (n=18) yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcı hemşirelerin meslekteki güncel gelişmeleri takip etme durumu incelendiğinde %62,9’nun (n=83) hayır şeklinde cevap verdiği görülmüştür. Katılımcı hemşirelerin ERAS protokollerini bilme durumunu sorgulayan soruya %68,9’unun (n=91) hayır şeklinde cevap verdiği görülmüştür. Araştırma sonuçları incelendiğinde cerrahi hemşirelerinin ameliyat sonrası ERAS protokollerini bilme durumu ile mesleki bilgileri takip etme

durumu düzeylerinde anlamlılık bulunmuştur. Sonuç olarak cerrahi hemşirelerinin meslekle ilgili güncel gelişmeleri yakından takip etmediği bu sebeple ERAS protokolleri hakkında bilgi sahibi olmadıkları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: ERAS, Hemşirelik Bakımı, Bilme ve Uygulama Düzeyi



ABSTRACT

INVESTIGATION OF NURSES KNOWING AND IMPLEMENTATION STATUS OF ERAS PROTOCOLS

Çelik Aslıhan

Master's Program in Surgical Nursing Diseases Program

Thesis Supervisor: Doç. Dr. Fadime Çınar

June 2024, 57 Page

This study was conducted in a descriptive and cross-sectional manner within a quantitative research design in order to examine the practice levels of surgical nurses in knowing the ERAS protocols. The research was conducted with 132 nurses working in Surgical Clinics and Intensive Care Units at Bursa Uludağ University Health Application and Research Center between July 2023 and October 2023 and meeting the inclusion criteria. The data in the study were collected with the survey "Analysis of Nurses' Knowledge and Application of Eras Protocols". In the evaluation of the data in the research, IBM SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) package program was used. The descriptive data of the research are expressed as number (n), percentage (%) and mean (\pm standard deviation). When comparing quantitative data, the data are numerical. student t between two independent groups student t Test, Pearson Chi Square test, Fisher's exact test and Fisher Freeman-Halton test were used to compare categorical variables between groups. Categorical variables are expressed as n (%). It was determined that 86.4% (n=114) of the

nurses participating in our research were women, 83.3% (n=110) had a bachelor's degree, and 13.6% (n=18) had a master's degree. It was observed that 62.9% (n=83) of the participating nurses answered no to the question of following current developments in the profession. It was observed that 68.9% (n=91) of the participating nurses answered no to the question questioning their knowledge of ERAS protocols. When the results of the study were examined, a significant difference was found in the levels of surgical nurses' knowledge of postoperative ERAS protocols and their status of following professional knowledge. As a result, it has been determined that surgical nurses do not closely follow the current developments in the profession and therefore do not have information about ERAS protocols.

Key Words: ERAS, Nursing Care, Level of Knowledge and Practice

TEŞEKKÜR

Tez konumun belirlenmesi sürecinde emeği olan, deneyimleri ve tecrübesiyle bana hep destek veren değerli danıőman hocam Doç. Dr. Fadime ınar'a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini çekinmeden paylaşan, değerli katkıları için hocalarım Prof. Dr. Fatma Eti Aslan'a ve Dr. Nurőah Büyükçamsarı őanlier'e,

Araőtırmama katılmayı kabul eden tüm hemşire arkadaşlarıma ve lisansüstü eğitimim boyunca bana sabırla destek veren eőime, kızıma, oğluma, anne ve babama,

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ	xiv
Bölüm 1:Giriş	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	4
1.3 Araştırma Soruları	4
1.4 Tanımlar	4
Bölüm 2: Alan Yazın Taraması	6
2.1 Eras Protokolü, Tarihçesi ve Felsefesi	6
2.2 Ameliyat Öncesi, Ameliyat Esnası ve Ameliyat Sonrası Dönemde ERAS Protokolü Önerileri.....	8
2.2.1 ERAS Protokolü Ameliyat Öncesi Önerileri.....	8
2.2.1.1 Ameliyat Öncesi Bilgi ve Eğitim	8
2.2.1.2 Açlık Süresi Ve Karbonhidrat Yüklemesi	8
2.2.1.3 Ameliyat Öncesi Premedikasyon.....	9
2.2.1.4 Bağısak Temizliği.....	9
2.2.1.5 Ameliyat Öncesi Optmizasyon	10
2.2.1.6 Tromboemboli Proflaksisi.....	11
2.2.1.7 Antimikrobiyal Profilaksisi Ve Cilt Hazırlığı.....	11
2.2.2 Ameliyat Esnası ERAS Protokolü Önerileri.....	12
2.2.2.1 Hipotermimin Önlenmesi.	12
2.2.2.2 Intravenöz Sıvı Yönetimi.	12
2.2.2.3 Anestezi Protokolü.	13
2.2.2.4 Cerrahi Kesilerin Seçimi	13

2.2.2.5 Bulantı Ve Kusmanın Önlenmesi	14
2.2.2.6 Dren Kullanımı	14
2.2.3 Ameliyat Sonrası ERAS Protokolü Önerileri.	15
2.2.3.1 Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması.	15
2.2.3.2 Nazogasrik Sonda Uygulaması.....	15
2.2.3.3 Üriner Drenaj	15
2.2.3.4 Nütrisyon.....	16
2.2.3.5 Erken Mobilizasyon	17
2.2.3.6 Ameliyat Sonrası Analjezi.	18
2.2.3.7 Taburculuk Süreci.....	18
2.2.3.8 Takip ve Sonuçların Denetimi ve Kontrolü.....	18
2.3 ERAS Protokolü Uygulamalarında Hemşirenin Rolü.....	19
Bölüm 3: Gereç ve Yöntem.....	22
3.1 Araştırmanın Şekli	22
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklem seçimi.....	22
3.4 Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları.....	23
3.5 Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.6 Araştırmanın Etik Yönü	25
3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
Bölüm 4: Bulgular	26
4.1. Hemşirelerin Eras Protokollerini Bilme Ve Uygulama Durumlarının İncelenmesi Başlıklı Anket Formuna Ait Bilgiler Ve Gruplar Arası Karşılaştırma Analizleri.....	26
4.1.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	26
4.1.2. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi ERAS İlkelerini Bilme Durumu.....	29
4.1.3. Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Esnası İlkelerini Bilme Durumlarının Değerlendirilmesi.....	31
4.1.4. Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Sonrası İlkelerini Bilme Durumlarının Değerlendirilmesi.....	32
4.1.5. Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Öncesi İlkelerini Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	33

4.1.6. Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Esnası İlkelerini Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	34
4.1.7. Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Sonrası İlkelerini Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	36
Bölüm 5: Tartışma	49
Bölüm 6: Sonuç ve Öneriler	56
KAYNAKÇA	58
EKLER	68

A. Ek-1: Hemşirelerin Eras Protokollerini Bilme Ve Uygulama Durumlarının İncelenmesi Başlıklı Anket Formu

TABLULAR LİSTESİ

TABLULAR

Tablo 1 Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	27
Tablo 2 ERAS'a Yönelik Bilgi ve Uygulama Düzeylerinin Basıklık ve Çarpıklık Değerleri ile Güvenirlik Katsayıları.....	29
Tablo 3 Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Öncesi İlkelerini Bilme Durumu...	30
Tablo 4 Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Sonrası İlkelerini Bilme Durumu...	32
Tablo 5 Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Sonrası İlkelerini Bilme Durumu....	33
Tablo 6 Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Öncesi İlkelerini Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	34
Tablo 7 Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Esnası İlkelerini Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	36
Tablo 8 Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Sonrası İlkelerini Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	37
Tablo 9 Hemşirelerin ERAS Neden Uygulanamıyor Durumlarının Değerlendirilmesi....	38
Tablo 10 Ameliyat Öncesi ERAS protokollerini Hemşirelerin Bilme Durumları ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	41
Tablo 11 Ameliyat Esnası ERAS protokollerini Hemşirelerin Bilme Durumları ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması	42
Tablo 12 Ameliyat Sonrası ERAS protokollerini Hemşirelerin Bilme Durumları ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 13 Ameliyat Öncesi ERAS protokollerini Hemşirelerin Uygulama Durumları ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	46
Tablo 14 Ameliyat Esnası ERAS protokollerini Hemşirelerin Uygulama Durumları ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 15 Ameliyat Sonrası ERAS protokollerini Hemşirelerin Uygulama Durumları ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1 ERAS Protokollerini Bilme Durumlarına Ait Madde Kodlamaları.....40

Şekil 2 ERAS Protokollerini Uygulanma Durumlarına Ait Madde Kodlamaları.....45



KISALTMALAR LİSTESİ

Ark	Arkadaşları
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery (Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme)
NRS	Nutrisyonel Risk Skoru
NSAİİ	Non-Steroidal Antienflamatuar İlaçlar
POBK	Postoperatif Bulantı ve Kusma
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
EIAS	ERAS Etkileşimli Denetim Sistemi
KDU	Kanıtı Dayalı Uygulamalar

Bölüm 1

Giriş

1.1 Problemin Tanımı Ve Önemi

İnsanlığın var olma süreciyle birlikte gelişen ve önemli bir tedavi yöntemi olarak kullanılan cerrahi uygulamalar, cerrahi alanındaki hızla gelişen teknolojiyle beraber, korkulan ve son çare olarak başvurulmuş yöntem olmaktan çıkıp, sık başvurulmuş ve güvenilir bir tedavi yöntemi haline gelmiştir (Uğurlu ve ark., 2017). Cerrahi uygulamalar önemli sağlık sorunlarını çözen uygulamalar olmasına rağmen, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası süreç, hasta bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen bir süreçtir (Aktürk, 2019). Ameliyat sonrası dönemde hastaların bu süreçten daha az etkilenmesi için kalite düzeyi yüksek hemşirelik bakımına ihtiyaç vardır (Yasak ve Vural, 2021).

Gelişen sağlık teknolojileriyle birlikte, kanıta dayalı uygulamalara önem verilmeye başlanmış ve hemşirelik bakım uygulamalarına ilişkin beklentiler de artmaya başlamıştır (Bektaş, 2018). Kanıta dayalı uygulamaların (KDU) geliştirilmesini teşvik eden bir sağlık hizmeti, hemşirelik bakım uygulamalarını iyileştirmede ve ameliyat sonrası gelişebilecek olumsuz durumların azalması sürecinde, önemli rol üstlenmektedir (Fındık ve Yeşilyurt, 2017).

Cerrahi uygulama alanında herhangi bir standart bakımın olmayışı, ameliyat sonrasında yaşanan uzun iyileşme süreci ve raporlanan hasta sonuçlarındaki farklılıklar nedeniyle rehberlere gereksinim duyulmuştur (Ljungqvist ve ark., 2017). ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Protokolleri KDU'ları bütünleştirmek ve cerrahi

bakımda standartlaşma sağlamak amacıyla profesyonel ve multidisipliner çalışmayı önemseyen bir rehberdir (Daliya, 2020). Hepatobilyer, jinekolojik onkoloji , karaciğer, kardiyak, kolorektal, üst gastro intestinal ve ortopedik cerrahi gibi bir çok cerrahi alanda sağlık profesyonellerine kapsamlı kılavuzlar sunmaktadır (Nelson ve ark.,2017; ERAS Society, 2023).

ERAS protokollerini içeren kılavuzda, ameliyat öncesi, ameliyat esnası ve ameliyat sonrası süreçte hasta yönetimi ile ilgili bir çok kanıta dayalı uygulama bulunmaktadır (Garpis, 2019). Ameliyat öncesi, ameliyat esnası ve ameliyat sonrası ile ilgili cerrahi süreçte hastanın hazırlık aşamaları, anestezi ve beslenme konularındaki öneriler, kılavuzda bir araya getirilmiştir.(Mert Boğa ve Sayılan, 2021; Alkaya Solmaz ve Kırdemir 2020).

ERAS protokolünün klinik deneyimlerle ortaya çıkan bir çok amacı vardır. Ameliyat sonrası cerrahi stresi azaltmak, cerrahi sonrası fonksiyon kayıplarını ve komplikasyonları en aza indirmek, hastanın normal vücut fonksiyonlarına dönüşünü hızlı bir şekilde sağlamak, hastanın erken beslenmesini ve mobilizasyonunu sağlamak ve hastanede kalış süresini azaltmak protokolün öne çıkan amaçları arasında yer almaktadır (Bray ve ark., 2017; Dağıstanlı ve Kalaycı 2018).

ERAS protokolleri kanıta dayalı uygulamaları içeren cerrahi bakımın standartlaştırarak, cerrahi bakımda tutarlık sağlar (Drew ve ark., 2019). Hasta bakımı ile ilgilenen bütün sağlık ekibini multidisipliner bir çalışma prensibiyle bir araya getirmeyi amaçlar. Güçlü ekip çalışmasını ve buna bağlı olarak artmış iş doyumunu sağlar. Sağlık ekibinin birlikte hareket etmesini sağlayarak ve hastaların daha kısa sürede hizmet

almasını kolaylaştırır (Hughes ve ark., 2020). Hemşirelik bakımında kanıta dayalı uygulamalarının kullanılmasını sağlayarak hasta memnuniyetini artırır ve hemşirelik biliminin gelişmesine katkı sağlar (Atakro ve ark., 2020; Çilingir ve Candaş, 2017).

Yapılan çalışmalarda ERAS protokollerinin uygulanmasıyla birlikte, ameliyat sonrası görülen komplikasyonların önemli oranda azaldığı, hastanede kalış süresi oranlarında anlamlı bir düşüş gözlemlendiği görülmüştür (Wu ve ark., 2019; Irmak ve Bulut, 2021; Uğurlu ve ark., 2017).

Hemşireler ameliyat öncesi, esnası ve sonrası dönemde, ERAS protokollerinin uygulanması konusunda aktif bir rol almaktadır. Hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları bu protokol kapsamında açıkça belirtilmiştir. Cerrahi hemşiresi protokolü uygulama aşamasında, hastanın cerrahi stresinin azaltılmasında, erken mobilize edilmesinde, erken beslenmesinin sağlanmasında önemli görev ve sorumluluklar üstlenmiştir (Austin, 2019; Keskin, 2020).

Protokolün hemşirelik alanıyla ilgili yapılmış çalışmalarda; hemşirelerin ve bütün sağlık ekibinin ERAS protokolleriyle ilgili bilgi düzeylerinde düşüklük olduğu ve protokolü bilmek isteyen hemşire sayısının yüksek olduğu sonuçlarıyla karşılaşılmıştır (Gustafsson ve ark., 2019; Güzel ve Yava, 2019). Cerrahi öncesi hazırlık aşmalarının ERAS protokolüne uygunluğunu araştıran başka bir çalışmada, cerrahi öncesi uygulamaların ERAS protokolünü içermediği görülmüştür (Çelebi, 2019). Hepatobiliyer cerrahi uygulanan hastalarda cerrahi öncesi hazırlık aşamasının ve hemşirelik uygulamalarının, ERAS protokolüne uygunluğunun belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada ise hemşirelerin ameliyat öncesi bilgilendirme, ameliyat sonrası ağrı ve

yönetimi,erken mobilizasyon sağlama, beslenme destek tedavisinde etkin rol aldıkları görülmüş, ERAS protokollerinin bilinmesi ve uygulanmasının bakım kalitesini artıracığına yönelik bir sonuçla karşılaşmıştır (Tekin, 2022).

Literatür incelendiğinde protokolle ilgili hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları bilinmesine rağmen, bilgi ve uygulama düzeylerini değerlendirecek çalışmalara ihtiyaç olduğu, ERAS protokolleri ile ilgili hemşirelik rollerini açıklayan ve uygulama düzeyine ilişkin sonuçları ortaya koyan az sayıda çalışma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Güzel ve Yava 2019; Aksoy ve Vefikulucay Yılmaz, 2018; Afşar, 2020).

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma cerrahi klinik ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin, ERAS protokolü konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek ve bilgi düzeylerini klinik uygulamalarına nasıl yansıtıklarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Yapılan bu araştırmanın kanıta dayalı bir çalışma olacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.3 Araştırma Soruları

Araştırmada şu sorulara yanıt arandı ;

- ❖ Cerrahi hemşirelerinin ERAS protokolünü bilgi durumları nasıldır?
- ❖ Cerrahi klinik hemşirelerinin ERAS protokolü bilgi düzeyleri ile günlük klinik uygulamalar arasında bir ilişki var mıdır?

1.4 Tanımlar

Ameliyat sonrası iyileşme sürecinin geliştirilmesi (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) protokolü; cerrahiye bağlı gelişen travma sürecinde, bireylerde ortaya

ıkan psikolojik problemler ve organ fonksiyon bozuklukları azaltılmaya çalışılarak bu süreci standardize etmek ve olası en iyi tedavi ve bakımı sağlamak için geliştirilmiş, kanıta dayalı uygulamaları içeren ameliyat öncesi bakım protokollerinin tamamına verilen addır (Gustafsson ve ark. 2019; Gr ve ark., 2023).



Bölüm 2

Alan Yazın Taraması

2.1 Eras Protokolü, Tarihçesi ve Felsefesi

Cerrahi tedavide, bakıma yönelik olarak kanıta dayalı uygulamalara ve güncel yaklaşımlara yer verilmesiyle birlikte cerrahide hızlı iyileşmeler görülmeye başlanmıştır (Pedrezzani ve ark.,2018; Arslan ve Erdem, 2017). Hızlandırılmış iyileşme protokolü olan ERAS protokolü bu doğrultuda ortaya çıkan ve son on yıldan beri sıklıkla kullanılmaya başlanan modern cerrahi yaklaşımlarındandır (Ljungqvist ve ark., 2017).

1990'lı yılların başında Danimarkalı doktor Henrik Kehlet, yıllardır kullanılan geleneksel cerrahi uygulamalarının bilimsel bir geçerliliğinin olmadığını, kanıta dayalı uygulamaların önem kazanması gerektiğini savunmuştur (Wang ve ark., 2017; Austin, J. 2019). Avrupa'da 'Cerrahi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması' şeklinde adlandırılan hızlandırılmış iyileşme protokolleri, ameliyat öncesi, esnası ve sonrasını kapsayan kanıta dayalı bir çok uygulamanın tek çatı altında toplandığı bir yaklaşımdır (Kehlet, 2021).

İlk olarak koleraktal cerrahi alanında kanıta dayalı uygulamaları içeren bir kılavuz Fearon ve ark. (2005) tarafından yayınlanmıştır. 2010 yılında, cerrahi bakım süreçlerini geliştirme amacı ile kanıta dayalı uygulamalarla ilgili bilgi verici, uluslararası bir kuruluş olan ERAS derneği kurulmuştur. (Yayla ve ark., 2022). ERAS derneği günümüzde farklı cerrahi alanlara ait önerileri içeren kılavuzlar yayınlamaya devam etmektedir (Wellge ve ark., 2020; Özbaş ve ark., 2020). Ülkemizde Dr.Gündoğdu başkanlığında 2017 yılında Türkiye ERAS Derneği kurulmuştur. Dernek bünyesinde ERAS bileşenlerinin farklı alt

alanlarında akademisyen ve klinisyen olarak çalışan hemşirelerin bir araya geldiği ulusal ve uluslararası çok merkezli eğitim, araştırma ve uygulama faaliyetlerini belirlemek ve bu doğrultuda dernek yönetim kuruluna öneriler hazırlamak amacıyla hemşire çalışma gurubu oluşturulmuştur (ERAS Society, 2023).

ERAS protokolü, ameliyat öncesinde, ameliyat esnasında ve ameliyat sonrasında hastanın bilgilendirmesi, açlık süresi, bağırsak hazırlığı, premedikasyon, tromboemboli ve antimikrobiyal profilaksi uygulamaları aşamalarında; anestezi protokolü, bulantı-kusmayı önlenmek, cerrahi kesi alanı, hipotermi, sıvı yönetimi ve dren kullanımı uygulamaları ile ilgili aşamalarda; nazogastrik sonda kullanımı ve kateter kullanımı, , gastrointestinal motiliteyi uyarma, multimodel analjezi, erken beslenme ve mobilizasyon, taburculuk sonrası takip ve sonuçların kontrolü gibi konu başlıklarıyla ilgili öneriler sunmaktadır (Keskin, 2020; Nelson ve ark., 2023; Dietz ve ark., 2019).

Protokol, cerrahi travma sonucu oluşan metabolik stresi azaltarak ve organ fonksiyonlarının en kısa sürede normale dönmesini sağlayarak, hastaların günlük yaşam aktivitelerine dönüş süresini kısaltmayı amaçlamaktadır (Birlikbaş ve Bölükbaş 2019).

Protokolün açlık süresi ile ilgili öneri kısmında, ameliyattan iki saat öce berrak sıvıların, dört saat önce anne sütünün, altı saat önce katı gıdaların alınabileceğini belirtilmiştir (El sharway ve ark., 2020). ERAS protokolü kapsamında yapılan araştırmalarla, ameliyat öncesi açlık süresinin kısalması; ameliyat sonrasında insülin duyarlılık sürecinde iyileşme, cerrahi travmaya bağlı metabolik yanıt sürecinin iyileşmesi, bulantı ve kusmanın azalması, hasta konforu ve memnuniyet düzeyinde artma, hastanede

kalış süresinde azalma gibi faydalar sağlayabileği belirtilmiştir (Drew ve ark., 2019; Bozdoğan ve Koçaşlı, 2022; Irmak ve Bulut, 2021).

2.2 Ameliyat Öncesi, Ameliyat Esnası ve Ameliyat Sonrası Dönemde ERAS Protokolü Önerileri

2.2.1 Ameliyat öncesi ERAS protokolü öneriler

2.2.1.1 Ameliyat öncesi bilgi ve eğitim. ERAS protokollerinin uygulanabilme durumu hastanın bu uygulamayı kabulüyle birlikte başlar. Cerrahi anestezi ve prosedürüyle ilgili verilen eğitim ve danışmanlık, hastaların korkusunu azaltarak cerrahi sürece daha kolay adapte olmasını sağlar ve iyileşmeyi hızlandırarak taburculuk sürecini olumlu yönde etki eder (Dağıstanlı ve ark., 2018). Danışmanlık ve eğitim; cerrahi ekipte yer alan her bir üye tarafından yapılmalı ve hastanın bu süreçte yaşacayacağı her türlü bilgiyi kapsamalıdır. Hasta yakınlarıda bilgi ve eğitim sürecine dahil edilmelidir. Hasta ve yakınının eğitimi, cerrahi operasyondan önce yazılı ve sözlü olarak başlamalı ve bütün süreç boyunca devam etmelidir (Aktürk, 2019). Bilgi ve danışmanlık cerrahi süreç ve sonrasıyla ilgili bütün detayları içermelidir (Tuna, 2021).

2.2.1.2 Ameliyat öncesi açlık süresi ve karbonhidrat yüklemesi. Geleneksel olarak uygulanan gece yarısından itibaren sıvı ve katı gıdaların kesilmesi uygulaması hastada bir takım olumsuz sonuçlara sebep olabilmektedir. Hastaların cerrahi operasyon için on iki saat ve üzerinde aç kaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Irmak ve Bulut 2021; Dolgun ve ark. 2011).

Ameliyat öncesinde uzun zaman aç ve susuz kalma süresi, aynı zamanda dehidratasyonla ilişkili olarak erişkinlerde olumsuz sonuçlara neden olabilen akut böbrek hasarı ile ilişkilendirilebilir (Bakırcı, 2023). Uzamış açlık süresinin neden olduğu bu olumsuz durumlar ameliyat öncesi ve sonrasında hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (El sharway ve ark., 2020). Uzamış açlık süresi glikojen depolarının bitmesine ve kas proteinlerinin glukoneogenez için kullanılarak ameliyat sonrasında insülin direncinin gelişmesine yol açar ve metabolik stresinde gelişmesine sebep olabilir (Bozdoğan & Koçalışlı 2022). Metabolik stresle ilişkili olarak gelişen insülin direnci, hiperglisemi ve enfektif bazı sorunlara yol açabilir. Hastaların hastanede kalış süresini uzatabilir (Wang ve ark., 2017).

Günümüzde cerrahi operasyondan altı saat önce katı gıda alma ve iki saat önce berrak sıvı alımı uygulaması devam etmektedir. Protokol kapsamında ameliyattan önceki gece yarısına kadar ve ameliyattan 2-3 saat öncesinde sıvı verilmesi uygulaması; ameliyat sonrasında insülin duyarlılık sürecinin iyileşmesi, cerrahi travmaya bağlı metabolik yanıt sürecinin iyileşmesi, bulantı ve kusmanın azalması, hasta konforu ve memnuniyet düzeyinde artma, hastanede kalış süresinin azalması gibi faydalar sağlayabilir (Bozdoğan & Koçalışlı 2022).

2.2.1.3 Anestezi öncesi premedikasyon. Ameliyat öncesinde hastaya anksiyolitik ajanlar verilmesi, ameliyat sonrası dönemde hastada konfüzyon oluşturabilir ve mobilizasyonda gecikme gibi olumsuz durumlara sebebiyet vererek iyileşmeyi geciktirebilir. Bu sebeple kısa veya uzun etkili rutin anksiyolitik premedikasyon önerilmemektedir (Umutoğlu & Salihoğlu 2018). Epidural ve spinal anesteziyi

kolaylaştırmak için kısa etkili anksiyolitiklerin kullanımı önerilmektedir (Dağıstanlı ve ark., 2018).

2.2.1.4 Ameliyat öncesi bağırsak temizliği. Özellikle büyük cerrahi operasyonların hazırlık aşamasında rutin bir uygulama olan bağırsak temizliğinin, anastomoz kaçağını önlemediği hatta bu riski artırabileceği, vücutta sıvı ve elektrolit dengesini bozabileceğine dair çalışmalar yapılmıştır (Dağıstanlı ve ark., 2018).

Bağırsak temizliğiyle ilgili yapılan randomize kontrollü çalışmaların toplandığı kılavuzlarda, bağırsak hazırlığı yapılan ve yapılmayan gruplar arasında anastomoz kaçağı ve yara enfeksiyonu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Bilgiç ve ark., 2019). Bağırsak temizliği uygulaması aynı zamanda cerrahi sonrası bağırsak hareketlerinin geri dönmesi sürecini uzatabilir (Dağıstanlı ve ark., 2018).

2.2.1.5 Ameliyat öncesi optimizasyon. Hastanın cerrahi operasyon öncesinde mevcut durumunu değerlendirmek, cerrahi sonrası iyileşme durumuna ve mortaliteye etki eden önemli bir faktördür (Bozdoğan & Koçaşlı 2022). Hastanın beslenme durumu ve alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanma durumu, anemi veya herhangi bir sistemik hastalığının olup olmadığı sorgulanmalıdır (Garmpis ve ark., 2019).

Cerrahi sonrası oluşabilecek komplikasyonları önlemek için, sigara ve alkol kullanımının dört hafta öncesinde kesilmesi önerilir. Sigara, kalp damar hastalıkları ve akciğer hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür ve yara iyileşmesini geciktirebilir. Alkolün karaciğer üzerindeki kronik etksi bilinmekle birlikte, cerrahi operasyon sonrasında kardiyak ve immun sistem fonksiyonları üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabilmektir (Şentürk ve ark., 2017). Cerrahi öncesi anemi durumu, cerrahi sonrasında

mortalite ve iyileşmeyi etkileyen önemli bir bileşendir. Operasyon sonunda gelişen kan kaybı, anemi tablosunu daha da kötüleştirebilir. Bu yüzden anemi, cerrahi süreç öncesinde tanılanıp tedavi edilmesi gerektiren bir durumdur (Dağıstanlı ve ark., 2018; Bilgiç ve ark., 2019).

2.2.1.6 Ameliyat öncesi tromboemboli profilaksisi. Genel anestezi alma, cerrahi sonrası aktivitede azalma, daha önceden geçirilmiş venöz tromboembolizm (VTE) öyküsü, ileri yaş, kanser tanısı alma, genetik faktörler gibi sebeplerden dolayı VTE riski artmaktadır. VTE cerrahi sonrası çok sık görülebilen, mortaliteye sebep olabilen önemli bir komplikasyondur (Özbaş & Karadağ 2020).

Düşük moleküler ağırlıklı heparin ve antiembolik çorap uygulamasının rutin olarak kullanılması önerilmektedir. Tedavi ameliyattan 2-12 saat öncesinde başlamalı ve hasta mobilize edilene kadar devam etmelidir (Tuna ve Kurşun 2018). Hasta ve yakınına antiembolik çorabın ele toplanarak, sırt üstü pozisyonda giyilmesi gerektiği anlatılmalı, ilaç tedavisinin yan etkileriyle ilgili bilgi verilmelidir (Bilgiç ve ark., 2019).

2.2.1.7 Ameliyat öncesi antimikrobiyal profilaksisi ve cilt hazırlığı. Cerrahi alanda enfeksiyonu önlemek için insizyondan 30-60 dk öncesinde antibiyotik yapılmalı ve uzun süren cerrahi operasyonlarda ilacın yarılanma ömrüne göre 3-4 saatte bir doz tekrarı yapılması önerilmektedir (Tanner ve Melen 2021). Düşük maliyet ve kolay ulaşılabilir olması sebebiyle sefalosporin veya amoksisilin grubu antibiyotikler daha çok tercih edilmektedir (Bilgiç ve ark., 2019; Bekmezci ve Meram 2022). Cilt hazırlığı ile ilgili yapılan çalışmada % 2'lik klorheksidin içeren solüsyonun povidon iyodür grubuna göre %40 oranla daha az cerrahi alanda enfeksiyon yaptığı görülmüştür. Cerrahi alanda

koparılarak kıl temizliği yapılması, kesilerek yapılmasından daha az enfeksiyon ile ilişkilendirilmiştir (Tuna ve Kurşun 2018).

2.2.2 Ameliyat esnası ERAS protokolü önerileri

2.2.2.1 Hipoterminin önlenmesi. 32-36 °C derecedeki vücut sıcaklığı, hafif hipotermi, 32-28 °C derecedeki vücut sıcaklığı orta hipotermi, 28 °C altında olan vücut sıcaklığı ise ciddi hipotermi olarak adlandırılır. Ameliyat sırasında ve sonrasında hastanın vücudunun sıcaklığının normatermik olarak sağlanması gerekir (Arslankılıç ve ark., 2021).

Hipotermik vücut ısısı, cerrahi travmaya bağlı metabolik endokrin cevabı indükleyerek, koagülasyonu bozup, kanamayı artırabilir. Hipotermi, hastanın uyanma aşamasında titmeye neden olup,kritik zamanda oksijen tüketimini artırabilir (Bektaş, 2018). Ameliyat sırasında ve sonrasında vücut sıcaklığının normatermide tutulması, cerrahi alan enfeksiyonunu azaltıp, bağırsak hareketlerinin erken başlamasını ve erken mobilizasyonu sağlayıp, hastanede kalış süresini kısaltabilir (Dağıstanlı ve ark., 2018).

Hipotermiyi önlemek ve normatermiyi sürdürmek için eksternal ısıtıcılar ve ısıtılmış intravenöz solüsyonlar kullanılmalıdır (Golder ve ark., 2021).

2.2.2.2 Intravenöz sıvı yönetimi. ERAS Protokolü sıvı tedavisi anlayışında, hastanın sıvı elektrolit dengesini bozmayan sıvı tedavisi yeterli görülmektedir. Sıvı tedavisinde amaç; hastaların normal sıvı volümünü koruyabilmek için çok kısıtlayıcı veya katı sıvı düzenlenmesinden kaçınmaktır (Hughes ve ark., 2020). Hastaya fazla miktarda sıvı yüklemesi, gastro intestinal sistem fonksiyonlarını geri gelmesini geciktirebilir.

Hastanın dehidrate kalması ise; kardiyak outputta azalmaya neden olup, doku oksijenlenmesini etkileyebilir (Bilgiç ve ark., 2019).

2.2.2.3 Anestezi protokolü. ERAS protokollerinin önemli amaçlarından biri; hastanın ağrı duymasını engelleyerek, cerrahi stresi azaltmaktır. Anestezi yöntemi seçilirken hızlı bilişsel ve fiziksel iyileşme göz önünde bulundurulmalıdır (Bekmezci ve Meram 2022). Uzun etkili opioidlerden kaçınarak, kısa etkili inhaler ilaçların seçimi postop dönemde iyileşme süresini hızlandırabilir (Lester ve ark., 2020).

Genel anesteziyle birlikte rejyonel anestezi bloğu kullanılması; ameliyat sonrasında daha az opioid kullanımı ve daha erken toparlanmayı sağlayarak, erken oral alımını teşvik eder ve erken mobilizasyonu kolaylaştırabilir (Hughes ve ark., 2020). Kolon ameliyatlarında özellikle tavsiye edilen midtorasik epidural anestezi ile; ameliyat sonrası dönemde yeterli analjezi sağlanıp, cerrahi stres yanıtı azaltılabilir ve postoperatif ileus süresi kısalabilir; buna bağlı insülin direnci düşebilir. Böylece hastanın yaşayacağı metabolik travmanın şiddeti düşmüş, hastanede kalış süresinde ve bakım maliyetinde azalma gerçekleşmiş olur (Arslankılıç ve ark., 2021; Dağistanlı ve ark., 2018).

2.2.2.4 Cerrahi kesilerin seçimi. ERAS protokolleri kapsamında kesinin şekliyle ilgili herhangi bir bağlayıcı unsur yoktur. Doku bütünlüğünü sağlamak, yara yeri enfeksiyonunu önlemek ve kanama kontrolü yapmak için protokol kapsamında küçük cerrahi kesiler önerilmektedir. (Yayla ve ark.,2022). Cerrahi operasyonlarda kullanılan enine kesilerin, ameliyat sonrasında ağrı ve pulmoner etkiler açısından daha avantajlı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Dağistanlı ve ark., 2018). ERAS protokolleri ile minimal invaziv yaklaşımı gündeme gelmiş ve kolarektal cerrahide laparoskopik cerrahi uygulaması ile hastalarda postop ağrı, kanama ve konfor düzeyi bakımından açık

cerrahiden daha fazla iyileşmeler sağladığı görülmüştür (Arslankılıç ve ark., 2021 ; Afşar, 2020).

2.2.2.5 Bulantı ve kusmanın önlenmesi. Bulantı ve kusma hastanın oral gıdaya başlama süresini ve mobilizasyonunu etkileyen önemli bir komplikasyondur (Arslankılıç ve ark., 2021).POBK (Postoperatif bulantı kusma) anestezi aşamasında ve cerrahi süreç kaynaklı gelişebilir. Antiemetik ilaçlarla POBK gelişme oranı %40 ve altına düşürülebildiği kılavuzlarda belirtilmiştir (Ljungqvist ve ark., 2017). Bir çok kılavuzda, hastaları bulantı ve kusma durumlarına göre düşükten yükseğe doğru sıralayan, riske göre antiemetik kararı verilmesini öneren POBK skorum sistemi (Apfel skoru gibi) kullanımı savunulur (Hughes ve ark., 2021). Bu skorum sistemlerinin henüz klinik pratiğe geçmemesine rağmen, POBK sıklığını düşürdüğü düşünülür. (Rackwitz ve ark., 2020; Kankılıç, 2018).

POBK için son zamanlarda multimodel yaklaşım önem kazanmakta farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler bir arada kullanılmaktadır (Bekmezci ve Meram 2022). Nonfarmakolojik yöntemler olarak; ameliyat öncesinde açlığın kısa tutulması, oral karbonhidrat yüklemesi, yeterli sıvı alımının sağlanması gibi yöntemler kullanılmakta olup, farmakolojik olarak iki veya daha fazla antiemetiğin kombine kullanımı önerilmektedir (Tuna ve Kurşun, 2018; Yayla ve ark., 2022).

2.2.2.6 Dren kullanımı. Günümüzde drenler cerrahi alandaki birikimi ve anastomoz kaçaklarını önlediği düşünülerek uygulanmaktadır. Protokol kapsamında, minimal invaziv cerrahi yolu kullanılarak, mesane kateterizasyonu ve nazogastrik tüp uygulamasının ihtiyaç ve süresinin belirlenerek gerekli olduğunda kullanılması, mümkün

olduğunca erken dönemde çıkarılması, diğer drenaj kullanımının minimuma indirilmesi yer almaktadır (Hughes ve ark., 2021; Nelson ve ark., 2017).

2.2.3 Ameliyat sonrası ERAS protokolü önerileri

2.2.3.1 Gastrointestinal motilitenin uyarılması. Ameliyat sonrası gelişen ileus(tıkanıklık); cerrah sonrası birçok nedenden dolayı gelişen, bağırsak hareketlerinde azalmanın da sebep olduğu batın içinde şişme ve ağrı ile sonuçlanan bir komplikasyondur (Şentürk ve ark., 2017). ERAS protokolü kapsamında ileusu önlemek için, anestezi yöntemi olarak torasik epidural anestezi tercihi ve laparoskopik yöntem kullanılması, sıvı yüklenmesinden ve NG kullanımından kaçınma, sakız çiğnenmesi ve oral magnezyum kullanılması gibi uygulamalar önerilmektedir (Irmak ve Bulut, 2021). Ayrıca bulantı ve kusmaya sebep olup, oral alımı geciktirebileceği için opioid kullanımı önerilmemektedir. Ameliyat öncesi ve sonrasında sakız çiğnemenin, mide salgısını uyardığı ve bağırsak hareketlerini artırdığını gösteren çalışmalar yapılmıştır (Bektaş, 2018; Umutoğlu ve Salihoğlu 2018).

2.2.3.2 Nazogastrik sonda uygulaması. ERAS protokolüne göre; katater, tüp ve drenlerin kullanımının sınırlandırılması gerekmektedir. Nazogastrik sonda varlığının hastanın oral beslenmesini geciktirebileceği, mobilizasyon ve taburculuk süresini uzatabileceği yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu nedenle rutin uygulamada nazogastrik sonda takılmaması önerilmemektedir (Arslankılıç ve ark., 2021; Drew ve ark., 2019).

2.2.3.3 Üriner drenaj. Üriner kataterler, ameliyat esnasında veya büyük cerrahi operasyon sonrasında glob oluşumunu önlemek ve idrar ıkışıını takip etmek için

kullanılmaktadır. İdrar sondasının uzun süreli kullanımı, idrar yolu enfeksiyonuna sebep olup, iyileşme sürecinde gecikme, geç mobilizasyon ve taburculuk süresinde uzamaya sebep olabilir (Tuna, 2021). ERAS protokolü kapsamında, üriner kateterlerin ameliyat sonrası dönemde 24 saatten kısa bir süre kullanılması önerilmektedir. Majör abdominal ve torasik cerrahi geçiren hastaların kıyaslandığı randomize kontrollü çalışmada, sondası erken çekilen grupta idrar yolları enfeksiyonu gelişme oranı, geç çekilen gruba göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Zaouter ve Kaneva, 2009; Bilgiç ve ark., 2019).

2.2.3.4 Ameliyat sonrası nutrisyon. Cerrahi travmalar, hasta için önemli bir stres sebebidir ve strese giren bir organizmada yoğun yıkıcı reaksiyonlar gelişebilir. Ameliyat sonrası açlığın uzaması, vücudun kas dokusunda yıkıma ve enerji depolarında azalmaya ve bunun sonucunda iyileşme sürecinde gecikmeye neden olabilir (Dağistanlı ve ark., 2018; El sharway ve ark 2020). Ameliyat sonrasında metabolizmanın iyileşmesini hızlandırmak için, oral gıda alımına erken başlamak önemli bir faktördür. Bulantı ve kusma, erken oral beslenme sürecine geçilememe nedeni olarak görülebilmektedir (Arslankılıç ve ark., 2021). ERAS protokolleri kapsamında bulantı ve kusmayı önlemek adına geliştirilmiş kanıta dayalı uygulamalar mevcuttur. Cerrahiden iki saat sonra sıvı, dört saat sonrasında katı gıda alımı için hastalar özendirilmelidir (Umutoğlu ve Salihoğlu 2018).

Ameliyat sonrasında ERAS protokolüne göre erken dönemde oral alımın sağlanmasının, bağırsak peristaltizmini hızlandırdığı için hastanın iyileşme süresini kısalttığı ve hastanede yatış süresini azalttığı görülmektedir (Bozdoğan & Koçaşlı 2022). ERAS Protokolü ile uygun beslenme sağlandığında; bakterilerin intestinal bariyeri geçişi ve enfeksiyon riskinin azaldığı, yara iyileşme sürecinin hızlandığı, hareket için gerekli kas

gücünün sağlandığı, kas yıkımının engellediği, postoperatif ileus süresinin kısaldığı, ameliyat sonrası komplikasyonların azaldığı, morbidite ve mortalite oranlarının düştüğünü gösteren çalışmalar yapılmıştır(El sharway ve ark., 2020). Yeterli oral beslenemeyen hastalara ameliyattan 7-10 gün öncesinde oral desteğe başlanmalı ve ameliyat sonrasında sekiz haftaya kadar bu desteğe devam edilmelidir (Bektaş, 2018; Irmak ve Bulut, 2021)

2.2.3.5 Ameliyat sonrası erken mobilizasyon. Ameliyat sonrası mobilizasyonun gecikmesi kas kaybının artmasına, kas gücünün azalıp, doku oksijenlenmesinin de azalarak ,solunum fonksiyonlarında kötüleşmeye sebep olabilir ve tromboemboli riskini artırabilir (Özbaş ve Karadağ 2020). Erken mobilizasyon ameliyat sonrasında gelişen özellikle akciğer ile ilgili komplikasyonları azaltıp, hareket kısıtlılığına bağlı oluşacak olan insülin direncini azaltabilir. Büyük cerrahi operasyon geçirme, ağrı, dren ve katater varlığı, mobilizasyonun gecikmesine sebep olabilir. Erken mobilizasyon için hasta motive edilmelidir (Yayla ve ark., 2022).

Yatak içinde mobilizasyondan önce kademeli pozisyon değişimi ile hastanın mobilizasyonu kolaylaştırmaya çalışılmalıdır (Arslankılıç ve ark., 2021). Hasta gerekiyorsa iki saat boyunca yatakta oturur pozisyonda bekletilmeli ve ortostatik hipotansiyon belirtileri (sistol kan basıncında 20 mmHg , diastolik kanbasıncında 10 mmHg düşme) gözlemlenmelidir. Protokol kapsamında hastanın ameliyat günü iki saat, takip eden günlerde ise taburcu olana kadar günde altı saat yatak dışında kalması sağlanmalıdır (Tuna ve Kurşun, 2018; Uğurlu ve ark., 2017).

2.2.3.6 Ameliyat sonrası analjezi. İdeal analjezi; ameliyat sonrasında ağrıyı geçirmeli, mobilizasyonu ve bağırsak hareketlerinin erken dönemde geri gelmesini sağlamalı, oral beslenme sürecine erken dönemde geçilmesine yardımcı olmalı ve olumsuz durumlara yol açmamalıdır (Dağıstanlı ve ark., 2018).

Protokol kapsamında gelişen multimodel analjezi kavramında, Non-steroidal antiinflatuar ilaçların (NSAİİ) parasetamol ile kombinasyonu önerilmektedir. Multimodel analjezi opioid kullanımını ve ağrıyı azaltmada etkili bir faktördür (Alkaya Solmaz ve Kırdemir, 2020). Ameliyattan sonraki bir kaç gün epidural kateter yoluyla devamlı analjezik infüzyonu önerilmekte ve buna ek olarak 4 g/gün parasetamol rutin olarak kullanımı tavsiye edilmektedir. Bu protokol yetersiz kaldığında zaman zaman nonsteroidal antiinflatuar (NSAID) ilaçlar da kullanılmalıdır. Epidural kateter çıkarılacağı zaman rutin analjezik olarak NSAID başlanmalı ve taburcu olduktan sonra da ihtiyaç halinde kullanılabilirliği bilgisi hastaya verilmelidir (Gustaffson, 2020; Mert Boğa ve Sayılan, 2021).

2.2.3.7 Taburculuk süreci. ERAS protokolünün temel sonucu olan taburculuk için planlama, cerrahi öncesi hastayı bilgilendirme süreci ile başlayıp hastanede yatış süresi boyunca vurgulanmalıdır (Dikmen ve Dal Yılmaz, 2019). Hastaneye geri dönüşlerin azalması, hasta güvenliği ve memnuniyeti artması için detaylı bir taburculuk planlaması yapılmalıdır. Taburculuk sonrasında da yaşanabilecek olumsuz durumlarla ilgili hasta ve yakını bilgilendirilmelidir (Umutoğlu ve Salihoğlu 2018; Sunay, 2022).

Taburcu edilebilecek hastanın intravenöz sıvı gereksinimi ortadan kalkmış olmalıdır, oral yoldan yeterli gıda alabilmeli, yeterli mobilizasyonu sağlamış, ağrı kontrolü analjeziklerle sağlanmış olmalı, bağırsak fonksiyonları geri dönmüş olup, enfeksiyon bulgusu olmamalıdır (Umutoğlu ve Salihoğlu, 2018; Tuna ve Kurşun 2018).

2.2.3.8 Takip ve sonuçların denetimi. Hastalar taburcu olmalarını takip eden süreç içerisinde telefon ile aranarak kontrol edilmelidir. Bir problem yaşanması dahilinde tekrar sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği, yaşanmaması halinde yara kontrolü ve dikiş alımı için 7-10. günde hastaneye gelmesi gerektiği söylenmelidir (Doruker ve ark., 2023). ERAS protokolünün etkinliğinin değerlendirildiği ve verilerin paylaşıldığı ERAS Etkileşimli Denetim Sistemi (EIAS) bulunmakta, protokol ile ilgili geliştirilmesi gereken noktalar tespit edilmektedir (Akpolat, 2018).

2.3 ERAS Protokolü Uygulamalarında Hemşirenin Rolü

Cerrahi hemşireliği ameliyat öncesi, ameliyat esnası ve ameliyat sonrasındaki her türlü hasta bakımını kapsayan ve taburculuk sonrası süreci de içine alan uzun bir süreçtir (Aslan ve Karadakovan, 2022). Aynı zamanda cerrahi hemşireliği, bireyselleştirilmiş bakımda hemşirelik sürecinin kullanıldığı ve cerrahi hastasına yönelik biyolojik, fiziksel ve sosyal tüm gereksinimlerin karşılandığı özel uygulamaları içeren bir hemşirelik dalıdır (İsler, 2020; Gür ve ark., 2022). Hastanın hem somatik hem fizyolojik ihtiyaçların giderilmesi hemşirelik bakımının temelini oluşturmakla birlikte, bakım hedeflerini ve maliyeti değerlendirme süreci de cerrahi hemşireliğinin önemli öğelerindedir (Keskin, 2020).

Standart bir kanıta dayalı uygulama olan ERAS protokollerinin geleneksel uygulamalara üstünlüğü çalışmalar ile ispatlanmasına rağmen, protokolün bütün cerrahi alanlara aktarılıp yaygınlaşması gerekmektedir. (Güzel ve Yava, 2019). Protokolün uygulanmasının hemşirelerin iş yüküne etkisini araştıran bir çalışmada, olağan hemşirelik uygulamalarına ek olarak yeni uygulamalar eklemesine rağmen hemşirelerin iş yükünün azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Hübner ve ark., 2015).

Hastanın cerrahi süreç öncesinden başlayan eğitimi, erken mobilizasyona teşvik etme, ağrı yönetimi, cerrahi alanda enfeksiyon gelişimini önlemeye yönelik uygulamalar, taburculuk eğitimi gibi konular, ERAS protokolünün de kapsadığı, önemli hemşirelik girişimlerinin olduğu konulardır (Çilingir ve Candaş, 2017). Yapılan çalışmalarda hasta sonuçlarını iyileştirmede önemli etkisi olan ERAS protokolünün, uygulanan hasta bakımını kapsamaması ile hemşirelik bakımının kalitesinin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Bekmezci ve Meram 2022). Ayrıca ERAS protokolünün uygulama alanının yaygınlaşması ile hastanede kalış süresinde kısalma, iyileşme süreçlerinin hızlanma, ameliyat sonrasında daha az olumsuz durum gelişmesi ve hastaların memnuniyet düzeylerinde artış beklenmektedir (Wang ve ark., 2017; Akpolat, 2018; Gür ve ark., 2023).

ERAS protokolünü uygulama ve uygulama sonuçlarını değerlendirme aşamasında hemşire, iyi bir iletişim koordinatörü, hasta eğitmeni, klinik uzmanı, uygulama yöneticisi ve lider görevlerini üstlenebilmektedir (Bektaş, 2018). Protokolü uygulama aşamasında kilit bir role sahip olan hemşire; tecrübeli, klinik beceriye sahip, hastayı cerrahi tanı ve tedavi işlemine göre ayıran ve tedavi gereksinimlerini meslektaşları ve ekip üyeleriyle tartışan, kanıta dayalı uygulamalardan yararlanan ve bu uygulamaları bakımına

yansıtmayı hedefleyen, yeniliği teŖvik edici özellikte olan, hedeflere ulaŖılamadıđında ekiple iletiŖim kuran özellikte olmalıdır. Protokolün daha çok alanda uygulanıp yaygınlaŖması için hemŖire özveriyle alıŖan bir ekip yesi olmalıdır (Alawadi ve ark., 2016; AfŖar, 2020; Isler, 2020).



Bölüm 3

Gereç ve Yöntem

3.1 Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, hemşirelerin ERAS protokollerini bilme ve uygulama durumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Cerrahi Klinik ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere Temmuz 2023- Ekim 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evren ve örneklemini, Temmuz 2023- Ekim 2023 tarihlerinde Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Cerrahi Birimlerinde çalışan 250 hemşire oluşturmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriteri olarak; cerrahi klinik ve yoğun bakımlarda çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler olarak belirlenmiştir. Tüm cerrahi klinik ve yoğun bakımlarda çalışan hemşireler çalışmaya dahil edilmiştir. 132 hemşireye ulaşılarak, hemşirelerin ERAS protokollerini bilme ve uygulama düzeyleri değerlendirilmiştir.

Çalışmadan dışlanma kriterleri; Uzun süreli rapor kullanma durumunda olan, doğum izninde ve senelik izin kullanma durumunda olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan hemşireler olarak belirlenmiştir.

3.4 Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formu ile toplanmıştır. Veri toplama formunda, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, çalışmanın amacı ve toplanan verilerin başka bir amaçla kullanılmayacağı anlatıldığı kısım ve araştırmacıların literatür tarayarak (Slim ve ark., 2004; Harlak ve ark., 2008; Demirhan ve Pınar 2014; Uğurlu ve ark., 2017; Wu ve ark., 2017; Birlikbaş ve Bölükbaş 2019; Güzel ve Yava, 2019; Yayla ve ark., 2022; Gür ve ark., 2023) oluşturduğu “Hemşirelerin Eras Protokollerini Bilme ve Uygulama Durumlarının İncelenmesi” başlıklı anket formu yer almıştır. Anket formu (EK 1) "Tanımlayıcı Özellikler Formu" ve "Cerrahi Hemşirelerinin Hızlandırılmış İyileştirme Protokollerini Bilme ve Uygulama Durumlarını Değerlendirme Formu" olmak üzere iki bölümden oluşturulmuştur.

Tanımlayıcı özellikler formu: Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslekteki çalışma yılı, kurumdaki çalışma yılı ve ERAS eğitimi alma durumlarına ilişkin 11 soru yer almıştır.

Cerrahi hemşirelerinin hızlandırılmış iyileştirme protokollerini bilme ve uygulama durumlarını değerlendirme formu: Bu form toplamda 54 sorudan ve iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde hemşirelerin cerrahi işlem öncesi, sırası ve sonrasında ERAS protokolüne ilişkin sıvı ve karbonhidrat yüklemesi, bağırsak hazırlığı,

trombofilaksi ve antibiyotik profilaksisi uygulamaları, erken beslenme ve mobilizasyon, multimodal analjezi gibi temel konular hakkında hemşirelerin bilgilerinin değerlendirildiği "Evet " , "Hayır ", "Kısmen" olmak üzere üç cevap seçeneğinin bulunduğu 21 soru yer almıştır. İkinci bölümde ise cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi, ameliyat esnası ve ameliyat sonrasında ERAS protokolünü uygulama durumlarının değerlendirildiği "Evet", "Hayır" ve "Kısmen" olmak üzere üç cevap seçeneğinin bulunduğu, çoktan seçmeli 22 soru yer almıştır.

Veriler, araştırmanın yapıldığı kamu üniversite hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama formlarının doldurulmasına ilişkin açıklama yapılmış olup ve her bir katılımcı için yanıtlama süresi yaklaşık 10-15 dakika oluşturması planlanmıştır.

3.5 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, IBM SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanıldı. Öncelikli olarak verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile Kolmogorov-Smirnov, Shapiro Wilk-W testi yapılmış ve verilerin normal dağılımı incelenmiştir. Elde edilen sonuçlarda anlamlılık düzeyi $p > 0.05$ olarak normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Araştırmanın tanımlayıcı verileri sayı (n), yüzde (%) ve ortalama (\pm standart sapma) ile ifade edilerek belirtilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında verilerin numerik olduğu iki bağımsız grup arasında student t test, kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında ise Pearson Chi Square testi, Fisher's exact testi ve Fisher Freeman-Halton testi kullanılmıştır.

Kategorik değişkenler ise n (%) ile ifade edildi. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edilmiştir.

3.6 Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi etik kurulundan ve hastane yönetiminden çalışma izni alınmıştır. (EK 2) (EK3)

3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde yapılması, araştırmanın sınırlı durumu olarak belirlenmiştir.

Bölüm 4

Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ERAS protokolüne ilişkin bilgi ve bu protokolü uygulama durumlarının belirlenmesi araştırmasına dair bulgular yer almaktadır. Bu kapsamda ele alınan cerrahi hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine, ERAS protokollerini bilme/uygulama durumlarına ilişkin dağılımlarına, ERAS'ı bilme/uygulama durumları ile demografik bilgiler arasındaki karşılaştırma bulgularına yer verilmiştir.

4.1 Hemşirelerin Eras Protokollerini Bilme ve Uygulama Durumlarının İncelenmesi Başlıklı Anket Formuna Ait Bilgiler ve Gruplar Arası Karşılaştırma Analizleri

4.1.1 Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular aşağıda yer almaktadır. Katılımcı hemşireler cinsiyet göre 114'ü (%86,4) kadın, 18'i (%13,6) erkek olarak dağılmaktadır. Medeni duruma göre 89'u (%67,4) evli, 41'i (%31,1) bekar, 2'si (%1,5) dul , öğrenime göre 3'ü (%2,3) lise, 1'i (%0,8) ön lisans, 110'u (%83,3) lisans, 18'i (%13,6) yüksek lisanslıdır. Hemşirelerin görev aldıkları birimler değerlendirildiğinde 19'u (%14,4) reanimasyon, 5'i (%3,8) göz, 31'i (%23,5) genel cerrahi, 16'sı (%12,1) kalp damar, 12'si (%9,1) ortopedi, 10'u (%7,6) plastik, 10'u (%7,6) çocuk cerrahi, 8'i (%6,1) kadın doğum, 8'i (%6,1) kulak-burun-boğaz cerrahisi, 6'sı (%4,5) beyin cerrahi, 7'si (%5,3) üroloji

olarak dağılmaktadır. Çalışma sürelerine göre hemşirelerin 34'ü (%25,8) 5 yıldan az, 31'i (%23,5) 5-10 yıl, 67'si (%50,8) 10 yıl üzeri olarak dağılmaktadır.

Katılımcı hemşirelerin ERAS protokolü hakkında bilgilerinin olma durumuna göre 41'i (%31,1) evet, 91'i (%68,9) hayır olarak cevaplamıştır. Bilgisi olanların bilgiyi nerden aldıklarına verdikleri cevabın 4'ü (%9,8) hizmetçi, 16'sı (%39,0) okul, 10'u (%24,4) kongre, 1'i (%2,4) kurs, 10'u (%24,4) diğer olarak dağılmaktadır. Meslekteki güncel gelişmeleri takip etme durumuna göre verilen cevaplar 49'u (%37,1) evet, 83'ü (%62,9) hayır olarak dağılmaktadır. Güncel gelişmeleri nasıl takip ettikleri sorusuna hemşirelerin verdikleri cevapların 19'u (%37,3) sosyal medya, 8'i (%15,7) dergi, 24'ü (%47,1) internet olarak dağılmaktadır. Hemşirelerin bir günlük mesai saati içinde baktıkları ameliyat sonrası hasta sayısına verdikleri cevap 61'i (%46,2) 0-4, 64'ü (%48,5) 5-10, 7'si (%5,3) 11 ve üzeri olarak dağılmaktadır. Hemşirelerin "yaş" ortalaması 34,712±8,197 (Min=22; Maks=54) olarak saptanmıştır.

Tablo 1

Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet		
Kadın	114	86,4
Erkek	18	13,6
Medeni		
Evli	89	67,4
Bekar	41	31,1
Dul	2	1,5
Öğrenim		
Lise	3	2,3
Önlisans	1	0,8
Lisans	110	83,3
Yükseklisans	18	13,6

Tablo 1 (devam)

Çalışılan Birim					
Reanimasyon	19	14,4			
Göz Kliniği	5	3,8			
Genel Cerrahi Kliniği	31	23,5			
Kalp Damar Cerrahi Kliniği	16	12,1			
Ortopedik Cerrahi Kliniği	12	9,1			
Plastik Cerrahi Kliniği	10	7,6			
Çocuk Cerrahi Kliniği	10	7,6			
Kadın Doğum Kliniği	8	6,1			
Kulak Burun Boğaz Kliniği	8	6,1			
Beyin Cerrahi	6	4,5			
Ürolojik Cerrahi Kliniği	7	5,3			
Çalışma süresi					
5 Yıdan Az	34	25,8			
5-10 Yıl	31	23,5			
10 Yıl Üzeri	67	50,8			
ERAS protokolü Hakkında Bilginiz var mı?					
Evet	41	31,1			
Hayır	91	68,9			
Varsa Bilgiyi nereden aldınız?					
Hizmetçi eğitim ile	4	9,8			
Okul eğitimimde	16	39,0			
Kongre	10	24,4			
Kurs	1	2,4			
Diğer	10	24,4			
Meslekteki gelişmeleri Güncel olarak takip ediyor musunuz?					
Evet	49	37,1			
Hayır	83	62,9			
Nasıl takip ediyorsunuz?					
Sosyal medya	19	37,3			
Dergi	8	15,7			
İnternet	24	47,1			
Bir günde post-op baktığınız hasta sayısı					
0-4	61	46,2			
5-10	64	48,5			
11 ve Üzeri	7	5,3			
Hemşirelerin Yaş Ortalaması					
Yaş	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
	132	34,712	8,197	22,000	54,000

Tablo 2’de yer alan basıklık ve çarpıklık değerleri, formun normal dağılım gösterdiğini göstermektedir. Bu sonuca varmak için George ve Mallery’in (2016: 114-115) belirttiği gibi, basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 2 olduğu durumlarda verilerin kabul edilebilir düzeyde normal dağılım gösterdiği varsayımı kullanılmaktadır. Bu nedenle, verilerin normal dağılım gösterdiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca, formun güvenilirlik katsayılarının yüksek olduğu da gözlemlenmiştir. Bu durum, formun güvenilir ve tutarlı sonuçlar ürettiğini göstermektedir.

Tablo 2

ERAS’a Yönelik Bilgi ve Uygulama Düzeylerinin Basıklık ve Çarpıklık Değerleri ile Güvenirlik Katsayıları

Değişken	(Basıklık) Kurtosis	Skewnes (Çarpıklık)	Cronbach Alpha
ERAS’a Yönelik Bilgi	-,412	-,542	,871
ERAS’ı Uygulama	,569	-,326	,811

4.1.2 Hemşirelerin ameliyat öncesi ERAS ilkelerini bilme durumu.

Hemşirelerin ameliyat öncesi ERAS protokolü ilkelerinden hastayı bilgilendirme ve eğitim verme bilme durumlarına verdikleri cevaplar 105’i (%79,5) evet, 4’ü (%3,0) hayır, 23’ü (%17,4) kısmen olarak dağılmaktadır. Ameliyat öncesi sıvı ve karbonhidrat yüklemesini bilmeye verdikleri cevaplar 58’i (%43,9) evet, 41’i (%31,1) hayır, 33’ü (%25,0) kısmen olarak dağılmaktadır.

Bağırsak hazırlığının anastomoza etkisini bilmeye verdikleri cevap 60'ı (%45,5) evet, 34'ü (%25,8) hayır, 38'i (%28,8) kısmen olarak, bağırsak hazırlığının yapılmaması veya seçici olarak yapılmasını bilme durumu verdikleri cevap ise 68'i (%51,5) evet, 31'i (%23,5) hayır, 33'ü (%25,0) kısmen olarak dağılmaktadır.

Hemşirelerin 57'si (%43,2) evet, 57'si (%43,2) hayır, 18'i (%13,6) kısmen olarak tromboprofilaksi uygulamasını bildiklerini, 114'ü (%86,4) evet, 9'u (%6,8) hayır, 9'u (%6,8) kısmen antibiyotik profilaksisini bildiklerini belirtmiştir. Hemşirelerin 70'i (%53,0) evet, 36'sı (%27,3) hayır, 26'sı (%19,7) kısmen olarak premedikasyonu bildiklerini ifade etmiştir.

Tablo 3

Hemşirelerin ERAS protokolünü Ameliyat Öncesi İlkelerini Bilme Durumlarının Değerlendirilmesi

Hastanın Bilgilendirilmesi ve Eğitiminin yapılması gerektiğini Biliyor musunuz	Frekans(n)	Yüzde(%)
Evet	105	79,5
Hayır	4	3,0
Kısmen	23	17,4
Açlık süresi, sıvı ve karbonhidrat yüklemesini bilme		
Evet	58	43,9
Hayır	41	31,1
Kısmen	33	25,0
Bağırsak hazırlığının Anastomoza etkisini bilme		
Evet	60	45,5
Hayır	34	25,8
Kısmen	38	28,8
Bağırsak hazırlığı yapılmaması veya seçici yapılması gerektiğini bilme		
Evet	68	51,5
Hayır	31	23,5
Kısmen	33	25,0
Tromboprofilaksi uygulamasını bilme		
Evet	57	43,2
Hayır	57	43,2
Kısmen	18	13,6
Antibiyotik profilaksisini bilme		
Evet	114	86,4
Hayır	9	6,8

Tablo 3 (devam)

Kısmen	9	6,8
Premedikasyon dışı uygulamaları bilme		
Evet	70	53,0
Hayır	36	27,3
Kısmen	26	19,7

4.1.3 Hemşirelerin ERAS protokolünü ameliyat esnası ilkelerini bilme durumlarının değerlendirilmesi. Hemşirelerin ameliyat esnası kısa etkili ilaç kullanmayı bilme sorusuna verdiklerin cevapların 61'i (%46,2) evet, 49'u (%37,1) hayır, 22'si (%16,7) kısmen olarak, torakal epidural anesteziyi bilme sorusuna verdikleri cevapların 60'ı (%45,5) evet, 39'u (%29,5) hayır, 33'ü (%25,0) kısmen olarak dağılmaktadır. Ayrıca ameliyat yeri hazırlığını bilme sorusuna verilen cevapların 82'si (%62,1) evet, 29'u (%22,0) hayır, 21'i (%15,9) kısmen, normatermiyi sağlamayı bilmeye verilen cevapların 50'si (%37,9) evet, 52'si (%39,4) hayır, 30'u (%22,7) kısmen olarak dağılmaktadır. Drenaj uygulamasını bilmeye göre 56'sı (%42,4) evet, 46'sı (%34,8) hayır, 30'u (%22,7) kısmen, tuz ve su yüklemesinden kaçınmayı bilmeye hemşirelerin 72'si (%54,5) evet, 42'si (%31,8) hayır, 18'i (%13,6) kısmen olarak cevap vermiştir.

Tablo 4

Hemşirelerin ERAS protokolünü Ameliyat Esnası İlkelerini Bilme Durumlarının Değerlendirilmesi

Ameliyat Esnası ERAS İlkeleri	Frekans(n)	Yüzde(%)
Kısa etkili ilaç kullanımı bilme		
Evet	61	46,2
Hayır	49	37,1
Kısmen	22	16,7
Torakal epidural anesteziyi bilme		
Evet	60	45,5
Hayır	39	29,5
Kısmen	33	25,0
Ameliyat yeri hazırlığını bilme		
Evet	82	62,1
Hayır	29	22,0
Kısmen	21	15,9
Norma terminin sağlanması bilme		
Evet	50	37,9
Hayır	52	39,4
Kısmen	30	22,7
Drenaj uygulamasını bilme		
Evet	56	42,4
Hayır	46	34,8
Kısmen	30	22,7
Tuz ve su yüklemesinden kaçınmayı bilme		
Evet	72	54,5
Hayır	42	31,8
Kısmen	18	13,6

4.1.4 Hemşirelerin ERAS protokolünü ameliyat sonrası ilkelerini bilme durumlarının değerlendirilmesi. Hemşirelerin kataterlerin erken çıkarılmasını bilme durumuna göre 97'si (%73,5) evet, 24'ü (%18,2) hayır, 11'i (%8,3) kısmen olarak cevap vermiştir. Nazogastrik tüp kullanımı bilme durumuna göre 96'sı (%72,7) evet, 27'si (%20,5) hayır, 9'u (%6,8) kısmen olarak, bulantı ve kusmanın önlenmesini bilmeye göre 102'si (%77,3) evet, 16'sı (%12,1) hayır, 14'ü (%10,6) kısmen, ilk 72 saat sodyum kısıtlamasını bilmeye göre 59'u (%44,7) evet, 49'u (%37,1) hayır, 24'ü (%18,2) kısmen, ağızdan beslenmeye erken başlamayı bilmeye göre 91'i (%68,9) evet, 23'ü (%17,4) hayır, 18'i (%13,6) kısmen, multimodal analjezi kullanımını bilmeye göre 57'si (%43,2) evet, 48'i (%36,4) hayır, 27'si (%20,5) kısmen, erken mobilizasyon bilmeye göre

104'ü (%78,8) evet, 17'si (%12,9) hayır, 7'si (%5,3) kısmen, 4'ü (%3,0) 4,00 olarak dağılmaktadır.

Tablo 5

Hemşirelerin ERAS protokolünü Ameliyat Sonrası İlkelerini Bilme Durumlarının Değerlendirilmesi

	Frekans(n)	Yüzde(%)
Kataterin erken çıkarılmasını bilme		
Evet	97	73,5
Hayır	24	18,2
Kısmen	11	8,3
Nazogastrik tüp kullanımı bilme		
Evet	96	72,7
Hayır	27	20,5
Kısmen	9	6,8
Bulantı ve kusmanın önlenmesini bilme		
Evet	102	77,3
Hayır	16	12,1
Kısmen	14	10,6
İlk 72 saat sodyum kısıtlamasını bilme		
Evet	59	44,7
Hayır	49	37,1
Kısmen	24	18,2
Ağızdan beslenmeye erken başlama bilme		
Evet	91	68,9
Hayır	23	17,4
Kısmen	18	13,6
Multimodal analjezi kullanımını bilme		
Evet	57	43,2
Hayır	48	36,4
Kısmen	27	20,5
Erken mobilizasyonu bilme		
Evet	104	78,8
Hayır	17	12,9
Kısmen	7	5,3
4,00	4	3,0

4.1.5 Hemşirelerin ERAS protokolünü ameliyat öncesi ilkelerini uygulama durumlarının değerlendirilmesi. Hemşirelerin ameliyat öncesi hastayı bilgilendirmesini uygulama durumları değerlendirildiğinde 120'si (%90,9) evet, 2'si (%1,5) hayır, 10'u (%7,6) kısmen olarak, sigara ve alkol ile ilgili bilgi verme uygulama34a.ö göre 101'i (%76,5) evet, 15'i (%11,4) hayır, 16'sı (%12,1) kısmen olarak, bağırsak hazırlığı yapma

uygulamasına göre 57'si (%43,2) evet, 48'i (%36,4) hayır, 27'si (%20,5) kısmen. Karbonhidrattan zengin solüsyon verme uygulamasına göre 34'ü (%25,8) evet, 79'u (%59,8) hayır, 19'u (%14,4) kısmen olarak dağılmaktadır.

Hemşirelerin kliniğinizde açlık uygulaması nasıl yapılmaktadır verdikleri cevapların 19'u (%14,4) son birkaç gün sıvı gıda alır son gece yarısından sonra aç, 101'i (%76,5) bir gece önce gece yarısından sonra aç, 10'u (%7,6) ameliyat 6 saat önce katı, 2saat öncesinde sıvı gıda kesilir, 2'si (%1,5) diğer olarak premedikasyon amaçlı ilaç uygulamasına göre 69'u (%52,3) evet, 48'i (%36,4) hayır, 15'i (%11,4) kısmen olarak, düşük moleküllü Heparin uygulama durumuna göre 79'u (%59,8) evet, 40'ı (%30,3) hayır, 13'ü (%9,8) kısmen olarak dağılmaktadır. Anti embolik çorap uygulamaya göre 89'u (%67,4) evet, 29'u (%22,0) hayır, 14'ü (%10,6) kısmen olarak, antibiyotik uygulama 110'u (%83,3) evet, 15'i (%11,4) hayır, 7'si (%5,3) kısmen olarak, ameliyat yeri hazırlığının birimde yapılmasına göre 72'si (%54,5) evet, 48'i (%36,4) hayır, 12'si (%9,1) kısmen olarak dağılmaktadır.

Tablo 6

Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Öncesi İlkelerini Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi

Hasta aktivite bilgi verme uygulama	Frekans(n)	Yüzde(%)
Evet	120	90,9
Hayır	2	1,5
Kısmen	10	7,6
Sigara ve alkol ile ilgili bilgi verme uygulama		
Evet	101	76,5
Hayır	15	11,4
Kısmen	16	12,1
Bağırsak hazırlığı yapma uygulama		
Evet	57	43,2
Hayır	48	36,4
Kısmen	27	20,5
Karbonhidrattan zengin solüsyon verme uygulaması		
Evet	34	25,8

Tablo 6 (devam)

Hayır	79	59,8
Kısmen	19	14,4
Açlık uygulaması nedir		
Son Birkaç Gün Sıvı Gıda Alır Son Gece Yarısından Sonra Aç	19	14,4
Bir Gece Önce Gece Yarısından Sonra Aç	101	76,5
Ameliyat 6 Saat Önce Katı,2saat Öncesinde Sıvı Gıda Kesilir	10	7,6
Diğer	2	1,5
Premedikasyon amaçlı ilaç uygulaması		
Evet	69	52,3
Hayır	48	36,4
Kısmen	15	11,4
Düşük moleküllu Heparin uygulama		
Evet	79	59,8
Hayır	40	30,3
Kısmen	13	9,8
Anti embolik çorap uygulama		
Evet	89	67,4
Hayır	29	22,0
Kısmen	14	10,6
Antibiyotik uygulama		
Evet	110	83,3
Hayır	15	11,4
Kısmen	7	5,3
Ameliyat yeri hazırlığının birimde yapılması		
Evet	72	54,5
Hayır	48	36,4
Kısmen	12	9,1

4.1.6 Hemşirelerin ERAS protokolünü ameliyat esnası ilkelerini uygulama durumlarının değerlendirilmesi. Hemşirelerin epidural katater uygulama durumlarına göre 55'i (%41,7) evet, 54'ü (%40,9) hayır, 23'ü (%17,4) kısmen olarak, bütün hastalara dren uygulamaya göre 23'ü (%17,4) evet, 73'ü (%55,3) hayır, 36'sı (%27,3) kısmen, normatermiyi uygulamaya göre 63'ü (%47,7) evet, 45'i (%34,1) hayır, 24'ü (%18,2) kısmen olarak dağılmaktadır.

Tablo 7

Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Esnası İlkelerini Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi

	Frekans(n)	Yüzde(%)
Epidural katater uygulama		
Evet	55	41,7
Hayır	54	40,9
Kısmen	23	17,4
Bütün hastalara dren uygulama		
Evet	23	17,4
Hayır	73	55,3
Kısmen	36	27,3
Normatermi uygulama		
Evet	63	47,7
Hayır	45	34,1
Kısmen	24	18,2

4.1.7 Hemşirelerin ERAS protokolünü ameliyat sonrası ilkelerini uygulama durumlarının değerlendirilmesi. Hemşirelerin bulantı kusma için rutin ilaç uygulamaya göre 61'i (%46,2) evet, 40'ı (%30,3) hayır, 31'i (%23,5) kısmen, rutin nazogastrik tüp uygulamaya göre 29'u (%22,0) evet, 88'i (%66,7) hayır, 15'i (%11,4) kısmen, nazogastrik tüp uygulaması ne zaman sonlanırsa göre 22'si (%50,0) bağırsak hareketleri başladığında, 22'si (%50,0) ameliyattan 1 gün sonra olarak cevap vermiştir. İlk 72 saat tuz ve su kısıtlamasını uygulamaya göre 23'ü (%17,4) evet, 83'ü (%62,9) hayır, 26'sı (%19,7) kısmen olarak dağılmaktadır. Multimodel analjezi uygulama sorusuna Hemşirelerin 47'si (%35,6) evet, 50'si (%37,9) hayır, 35'i (%26,5) kısmen olarak, postop1.gün oral gıda verme uygulamasına verdikleri cevaplar 82'si (%62,1) evet, 15'i (%11,4) hayır, 35'i (%26,5) kısmen olarak dağılmaktadır. Post-op ne zaman sıvı gıda alıyor uygulama 87'si (%65,9) ameliyattan 2-6 saat sonra, 10'u (%7,6) gaz çıkışı olduğunda, 15'i (%11,4) bağırsak sesleri başladığında, 20'si (%15,2) postop1.gün olarak dağılmaktadır.

Post-op ne zaman katı gıda alma uygulamasına hemşirelerin verdikleri cevaplar 6 saat sonra, 28'i (%21,2) gaz çıkışı olduğunda, 7'si (%5,3) bağırsak sesleri başladığında, 56'sı (%42,4) postop1.gün, 4'ü (%3,0) gaita gaz çıkışı olduğunda olarak dağılmaktadır. Post-op ne zaman mobilize oluyor uygulamasına göre 12'si (%9,1) ameliyattan hemen sonra, 89'u (%67,4) ameliyattan4-6saatsonra, 31'i (%23,5) ameliyattan1günsonra olarak dağılmaktadır

Tablo 8

Hemşirelerin ERAS Protokolünü Ameliyat Sonrası İlkelerini Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi

Bulantı kusma için rutin ilaç uygulama	Frekans(n)	Yüzde(%)
Evet	61	46,2
Hayır	40	30,3
Kısmen	31	23,5
Rutin nazogastrik tüp uygulama		
Evet	29	22,0
Hayır	88	66,7
Kısmen	15	11,4
Nazogastrik tüp uygulaması ne zaman sonlanır		
Bağırsak Hareketleri Başladığında	22	50,0
Ameliyattan 1 Gün sonra	22	50,0
İlk 72 saat tuz ve su kısıtlama uygulama		
Evet	23	17,4
Hayır	83	62,9
Kısmen	26	19,7
Multimodel analjezi uygulama		
Evet	47	35,6
Hayır	50	37,9
Kısmen	35	26,5
Postop1.gün oral gıda verme uygulama		
Evet	82	62,1
Hayır	15	11,4
Kısmen	35	26,5
Post-op ne zaman sıvı gıda alıyor uygulama		
Ameliyattan 2-6saatsonra	87	65,9
Gaz Çıkışı olduğunda	10	7,6
Bağırsak sesleri başladığında	15	11,4
Postop1.gün	20	15,2
Post-op ne zaman katı gıda alıyor uygulama		
Ameliyattan4-6saatsonra	37	28,0
Gaz çıkışı olduğunda	28	21,2
Bağırsak sesleri başladığında	7	5,3
Postop1.gün	56	42,4
Gaita gaz çıkışı olduğunda	4	3,0

Tablo 8 (devam)

Post-op ne zaman mobilize oluyor uygulama		
Ameliyattan hemen sonra	12	9,1
Ameliyattan 4-6 saat sonra	89	67,4
Ameliyattan 1 gün sonra	31	23,5

Katılanlar eras neden uygulanamıyor 32a.s göre 74'ü (%56,1) protokolle ilgili bilgim yok, 1'i (%0,8) güvenilir ve uygulanabilir değil, 20'si (%15,2) kurumsal destek yok, 37'si (%28,0) karar verme konusunda yetkin değilim olarak dağılmaktadır.

Tablo 9

ERAS Neden Uygulanamıyor Durumlarının Değerlendirilmesi

	Frekans(n)	Yüzde(%)
Protokolle ilgili bilgim yok	74	56,1
Güvenilir ve uygulanabilir değil	1	0,8
Kurumsal destek yok	20	15,2
Karar verme konusunda yetkin değilim	37	28,0

ERAS protokolleri ile ilgili kriterler hem bilme düzeyinde hem de uygulama düzeyinde demografik değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Söz konusu karşılaştırmada ki-kare testi kullanılmıştır. Analiz çıktıları olarak örnek sayısı (n), yüzdelik (%), anlamlılık düzeyi (p), ki-kare değeri (X^2) yorumlanmıştır. Yorumlara dair oluşturulan tabloların ve sonuçlarını daha okunaklı olması, başka araştırmacılar ya da okuyucular tarafından daha rahat yorumlanması adına anlamlılık bulunmayan bazı demografik değişkenlere yer verilmemiştir. Aynı sebeple özellikle ameliyat sonrası ERAS uygulama kriterlerinden anlamlılık olmayan parametrelere sütunlarda yer verilmemiştir.

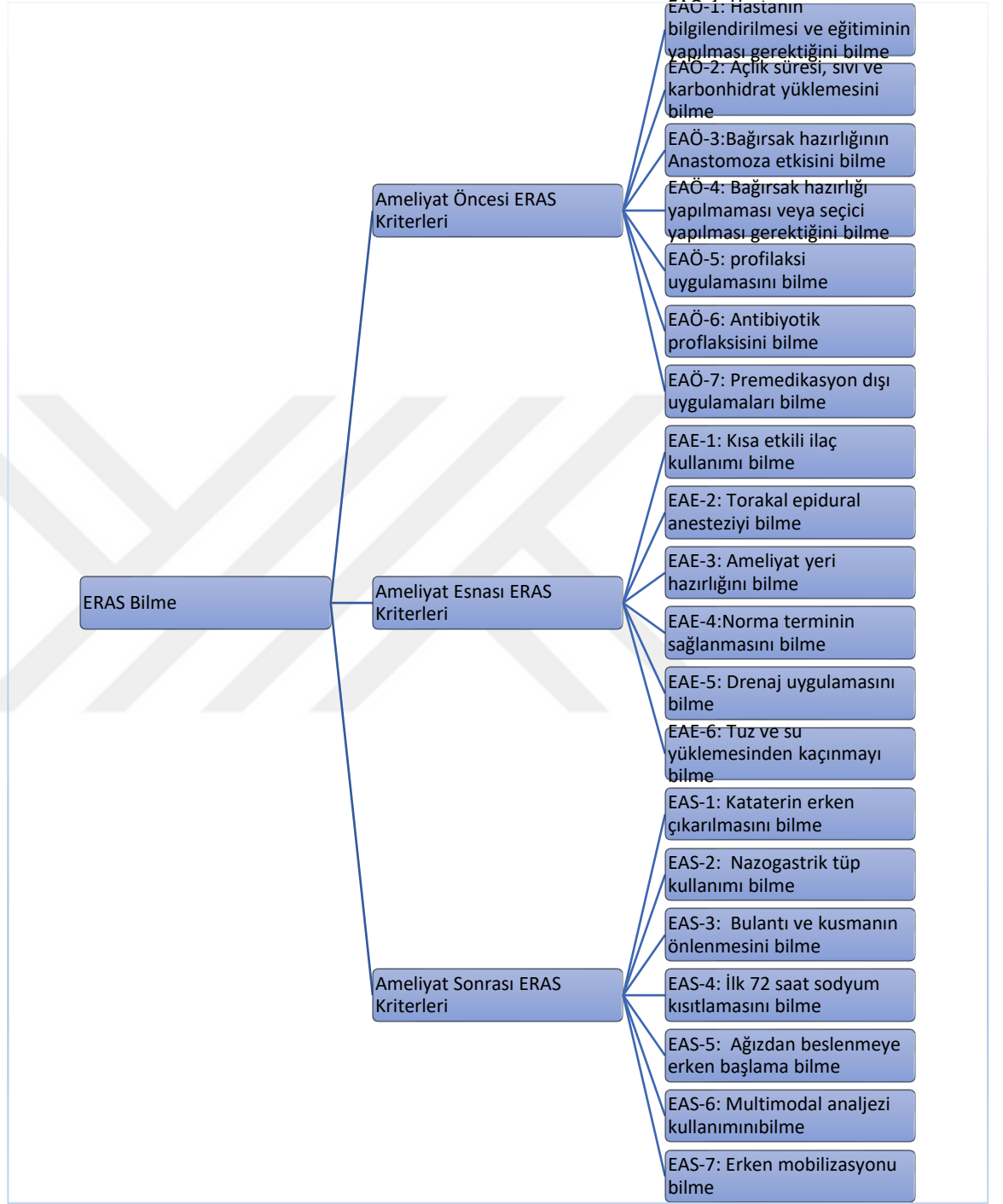
Okunurluk ve yorumun kolaylaşması adına ERAS kriterleri harflerle kodlanmıştır. Örneğin ameliyat öncesi ERAS kriterleri EAÖ-1, EAÖ-2, ... EAÖ-7 şeklinde

kodlanmıştır. Söz konusu kodlama ve ERAS kriterlerinin açık hali Şekil X ve Y'deki diyagramlarda gösterilmiştir.

Ameliyat öncesi ERAS protokolleri ve demografik değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 10); öğrenim durumu ile “Hastanı bilgilendirilmesi ve eğitiminin yapılması gerektiğini bilme” (EAÖ-1) arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir ($p<0,001$). ERAS protokolü hakkında bilgi sahibi olma ile “Profilaksi uygulamasını bilme (EAÖ-5)” arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Meslekte güncel bilgiyi takip etme durumu ile “Profilaksi uygulamasını bilme (EAÖ-5)” arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Ameliyat esnası ERAS protokolleri ile demografik değişkenler arasından anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 11). Daha geniş örneklem ile yapılacak çalışmalarda anlamlılık düzeyi bulunup bulunmayacağı yönünde tartışma yapılmalıdır. Söz konusu durumun çalışma dizaynı veya verilerle ilgili bir sorun olup olmadığı araştırılmış ve analizler tekrarlanmıştır. Tekrarlanan analizlerde de ameliyat esnası ERAS protokolü bilme arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ameliyat sonrası ERAS protokolleri ve demografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 12); ERAS protokolü hakkında bilgi sahibi olma ($p=0,001$) ile mesleki bilgileri takip etme durumu düzeylerinde anlamlılık ($p=0,001$) bulunmuştur.



Şekil 1. ERAS protokollerini bilme durumlarına ait madde kodlamaları

Tablo 10

Ameliyat Öncesi ERAS Protokollerini Hemşirelerin Bilme Durumları ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Kriterler	EAÖ-1				EAÖ-2				EAÖ-3				EAÖ-4				EAÖ-5				EAÖ-6				EAÖ-7																	
	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²														
Öğrenim Durumu	132	100	<0,001	43,673	132	100	0,182	8,859	132	100	0,005	18,701	132	100	0,307	7,150	132	100	0,004	19,105	132	100	0,082	11,204	132	100	0,090	10,944														
Lise	3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27	3	2,27	3	2,27	3	2,27	3	2,27	3	2,27		
Önlisans	1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76	1	0,76	1	0,76	1	0,76	1	0,76	1	0,76	1	0,76
Lisans	110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33	110	83,33	110	83,33	110	83,33	110	83,33	110	83,33	110	83,33
Yüksek lisans	18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64	18	13,64	18	13,64	18	13,64	18	13,64	18	13,64	18	13,64
Çalışma Süresi	132	100	0,118	10,160	132	100	0,201	8,539	132	100	0,208	8,434	132	100	0,436	5,888	132	100	0,621	4,409	132	100	0,486	5,463	132	100	0,037	13,426														
0-5 Yıl	34	25,8			34	25,8			34	25,8			34	25,8			34	25,8			34	25,8			34	25,8			34	25,8	34	25,8	34	25,8	34	25,8	34	25,8	34	25,8		
5-10 Yıl	32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2	32	24,2	32	24,2	32	24,2	32	24,2	32	24,2	32	24,2
10+ Yıl	66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0	66	50,0	66	50,0	66	50,0	66	50,0	66	50,0	66	50,0
ERAS Protokolü hakkında bilginiz var mı?	132	100	0,168	3,469	132	100	0,114	4,344	132	100	0,143	3,889	132	100	0,004	11,198	132	100	0,000	20,424	132	100	0,320	2,276	132	100	0,140	3,931														
Evet	41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06	41	31,06	41	31,06	41	31,06	41	31,06	41	31,06	41	31,06
Hayır	91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94	91	68,94	91	68,94	91	68,94	91	68,94	91	68,94	91	68,94
Mesleki güncel bilgileri takip ediyor musunuz?	132	100	0,051	5,952	132	100	0,019	7,956	132	100	0,224	2,989	132	100	0,019	7,971	132	100	0,000	18,217	132	100	0,137	3,974	132	100	0,058	5,708														
Evet	49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12	49	37,12	49	37,12	49	37,12	49	37,12	49	37,12	49	37,12
Hayır	83	62,87			83	62,87			83	62,87			83	62,87			83	62,87			83	62,87			83	62,87			83	62,87	83	62,87	83	62,87	83	62,87	83	62,87	83	62,87	83	62,87

Tablo 11

Ameliyat Esnası ERAS protokollerini Hemşirelerin Bilme Durumları ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Kriterler	EAÖ-1				EAÖ-2				EAÖ-3				EAÖ-4				EAÖ-5				EAÖ-6				EAÖ-7							
	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²				
Öğrenim Durumu	132	100			132	100			132	100			132	100			132	100			132	100			132	100			132	100		
Lise	3	2,27	0,517	8,172	3	2,27	0,275	7,531	3	2,27	0,082	11,225	3	2,27	0,942	1,745	3	2,27	0,293	7,312	3	2,27	0,912	3,992	3	2,27	0,846	4,868				
Önlisans	1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76										
Lisans	110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33										
Yüksek lisans	18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64										
Çalışma Süresi	132	100			132	100			132	100			132	100			132	100			132	100			132	100			132	100	132	100
0-5 Yıl	34	25,8	0,005	23,812	34	25,8	0,140	9,648	34	25,8	0,354	6,656	34	25,8	0,422	6,010	34	25,8	0,122	10,052	34	25,8	0,785	5,543	34	25,8	0,764	5,756				
5-10 Yıl	32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2										
10+ Yıl	66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0										
ERAS Protokolü hakkında bilginiz var mı?	60	100	0,68	5,379	82	100	0,089	4,844	132	100	0,020	7,828	132	100	0,035	6,707	132	100	0,108	6,073	132	100	0,096	6,356	132	100	0,096	6,356				
Evet	24	40,0			31	40,0			41	40,0			41	40,0			41	40,0			41	40,0										
Hayır	36	60,0			53	60,0			91	60,0			91	60,0			91	60,0			91	60,0										
Mesleki güncel bilgileri takip ediyor musunuz?	132	100	0,248	4,130	132	100	0,006	10,345	132	100	0,208	3,141	132	100	0,003	11,785	132	100	0,158	3,685	132	100	0,483	2,710	132	100	0,483	2,710				
Evet	49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12										
Hayır	83	62,87			83	62,87			83	62,87			83	62,87			83	62,87			83	62,87										

Tablo 12

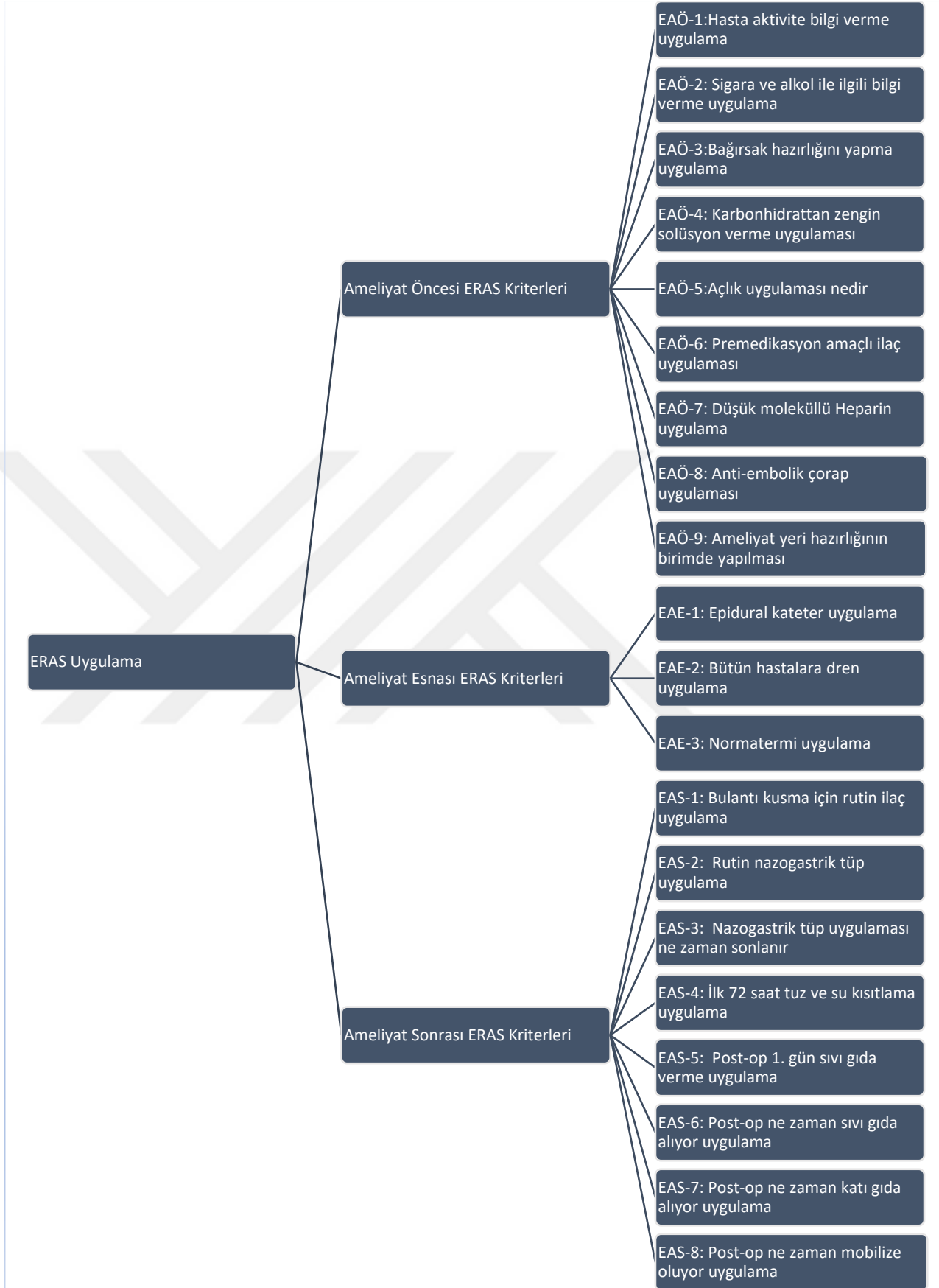
Ameliyat Sonrası ERAS protokollerini Hemşirelerin Bilme Durumları ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Kriterler	EAÖ-1				EAÖ-2				EAÖ-3				EAÖ-4				EAÖ-5				EAÖ-6				EAÖ-7															
	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²												
Öğrenim Durumu	132	100	0,595	4,609	132	100	0,951	1,627	132	100	0,123	10,048	132	100	0,752	3,443	132	100	0,878	2,412	132	100	0,765	3,243	132	100	0,985	2,339												
Lise	3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27	3	2,27	3	2,27	3	2,27	3	2,27	3	2,27
Önlisans	1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76	1	0,76	1	0,76	1	0,76	1	0,76	1	0,76
Lisans	110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33	110	83,33	110	83,33	110	83,33	110	83,33	110	83,33
Yüksek lisans	18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64	18	13,64	18	13,64	18	13,64	18	13,64	18	13,64
Çalışma Süresi	97	100	0,517	5,215	97	100	0,097	10,723	97	100	0,082	11,211	97	100	0,401	6,205	97	100	0,582	4,708	97	100	0,630	4,343	97	100	0,001 <	31,472												
0-5 Yıl	23	23,71			23	23,71			23	23,71			23	23,71			23	23,71			23	23,71			23	23,71			23	23,71	23	23,71	23	23,71	23	23,71	23	23,71	23	23,71
5-10 Yıl	27	27,84			27	27,84			27	27,84			27	27,84			27	27,84			27	27,84			27	27,84			27	27,84	27	27,84	27	27,84	27	27,84	27	27,84	27	27,84
10+ Yıl	47	48,45			47	48,45			47	48,45			47	48,45			47	48,45			47	48,45			47	48,45			47	48,45	47	48,45	47	48,45	47	48,45	47	48,45		
ERAS Protokolü hakkında bilginiz var mı?	132	100	0,005	10,435	132	100	0,287	2,498	132	100	0,359	2,047	132	100	0,013	8,760	132	100	0,659	0,833	132	100	0,001	13,927	132	100	0,115	5,938												
Evet	41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06	41	31,06	41	31,06	41	31,06	41	31,06		
Hayır	91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94	91	68,94	91	68,94	91	68,94	91	68,94		
Mesleki güncel bilgileri takip ediyor musunuz?	132	100	0,020	7,822	132	100	0,127	4,127	132	100	0,395	1,859	132	100	0,069	5,350	132	100	0,889	0,235	132	100	0,001	13,528	132	100	0,245	4,156												
Evet	49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12	49	37,12	49	37,12	49	37,12	49	37,12		
Hayır	83	62,88			83	62,88			83	62,88			83	62,88			83	62,88			83	62,88			83	62,88			83	62,88	83	62,88	83	62,88	83	62,88	83	62,88		

Ameliyat öncesi ERAS kriterlerini uygulama ve demografik değişkenler arasındaki ilişki düzeyleri incelendiğinde (Tablo 13); Öğrenim durumu ile “Hastaya aktivite bilgisi verme uygulama (EAÖ-1)” arasında anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). ERAS protokolü hakkında bilgi sahibi olma ($p=0,001$) ve mesleki güncel bilgileri takip etme durumu ($p=0,001$) düzeylerinde anlamlılık tespit edilmiştir. Söz konusu durum ERAS bilgisine sahip olanların uygulama düzeyinde de paralel bir şekilde anlamlılık oluşturduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Ameliyat esnası ERAS protokolleri ile demografik değişkenler arasında anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,001$). Demografik değişkenler ile ERAS uygulama kriterleri arasındaki anlamlılık değerlerini Tablo 14’te detaylı olarak gösterilmiştir.

Ameliyat sonrası ERAS protokolleri ile demografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 15); ERAS protokolleri hakkında bilgi düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Mesleki güncel bilgiyi takip etme düzeylerinde ($p<0,001$) anlamlı bir fark bulunmuştur.



Şekil 2. ERAS protokollerini uygulanma durumlarına ait madde kodlamaları

Tablo 13

Ameliyat Öncesi ERAS protokollerini Hemşirelerin Uygulama Durumları ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Kriterler	EAÖ-1				EAÖ-2				EAÖ-3				EAÖ-4				EAÖ-5				EAÖ-6				EAÖ-7			
	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²
Öğrenim Durumu	132	100	<0,001	10,325	132	100	0,655	5,321	132	100	0,578	2,354	132	100	1,203	1,501	132	100	0,201	14,205	132	100	0,265	5,654	132	100	1,265	12,872
Lise	3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27						
Önlisans	1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76						
Lisans	110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33						
Yüksek lisans	18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64						
Çalışma Süresi	132	100	1,253	7,685	132	100	0,021	12,210	132	100	2,354	5,412	132	100	0,023	14,317	132	100	0,985	3,562	132	100	0,325	7,658	132	100	0,095	11,211
0-5 Yıl	34	25,8			34	25,8			34	25,8			34	25,8			34	25,8			34	25,8						
5-10 Yıl	32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2						
10+ Yıl	66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0						
ERAS Protokolü hakkında bilginiz var mı?	132	100	1,325	0,687	132	100	0,254	1,002	132	100	0,164	3,547	132	100	0,525	2,895	132	100	0,001	4,201	132	100	0,203	4,305	132	100	0,301	7,637
Evet	41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06						
Hayır	91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94						
Mesleki güncel bilgileri takip ediyor musunuz?	132	100	01,211	1,352	132	100	0,138	4,698	132	100	0,245	6,201	132	100	0,548	3,265	132	100	0,001	4,299	132	100	0,408	3,456	132	100	0,874	1,201
Evet	49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12						
Hayır	83	62,88			83	62,88			83	62,88			83	62,88			83	62,88			83	62,88						

Tablo 14

Ameliyat Esnası ERAS protokollerini Hemşirelerin Uygulama Durumları ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Kriterler	EAÖ-1				EAÖ-2				EAÖ-3			
	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²
Öğrenim Durumu	132	100	0,595	4,609	132	100	0,203	4,305	132	100	0,123	10,048
Lise	3	2,27			3	2,27			3	2,27		
Önlisans	1	0,76			1	0,76			1	0,76		
Lisans	110	83,33			110	83,33			110	83,33		
Yükseklisans	18	13,64			18	13,64			18	13,64		
Çalışma Süresi	97	100	0,138	4,698	97	100	1,325	0,687	97	100	0,082	11,211
0-5 Yıl	23	23,71			23	23,71			23	23,71		
5-10 Yıl	27	27,84			27	27,84			27	27,84		
10+ Yıl	47	48,45			47	48,45			47	48,45		
ERAS Protokolü hakkında bilginiz var mı?	132	100	0,005	10,435	132	100	0,287	2,498	132	100	0,138	4,698
Evet	41	31,06			41	31,06			41	31,06		
Hayır	91	68,94			91	68,94			91	68,94		
Mesleki güncel bilgileri takip ediyormusunuz?	132	100	0,203	4,305	132	100	0,127	4,127	132	100	0,395	1,859
Evet	49	37,12			49	37,12			49	37,12		
Hayır	83	62,88			83	62,88			83	62,88		

Tablo 15

Ameliyat Sonrası ERAS protokollerini Hemşirelerin Uygulama Durumları ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Kriterler	EAÖ-1				EAÖ-2				EAÖ-3				EAÖ-4				EAÖ-5				EAÖ-6				EAÖ-7			
	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²	n	%	p	X ²
Öğrenim Durumu	132	100	0,084	11,161	132	100	0,655	4,160	132	100	0,689	2,257	132	100	0,953	1,595	132	100	0,109	14,392	132	100	0,433	5,911	132	100	0,168	12,872
Lise	3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27			3	2,27						
Önlisans	1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76			1	0,76						
Lisans	110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33			110	83,33						
Yüksek lisans	18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64			18	13,64						
Çalışma Süresi	132	100	0,228	8,147	132	100	0,025	14,402	132	100	0,248	5,412	132	100	0,026	14,317	132	100	0,875	4,505	132	100	0,165	9,157	132	100	0,001	14,869
0-5 Yıl	34	25,8			34	25,8			34	25,8			34	25,8			34	25,8			34	25,8						
5-10 Yıl	32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2			32	24,2						
10+ Yıl	66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0			66	50,0						
ERAS Protokolü hakkında bilginiz var mı?	132	100	0,734	0,619	132	100	0,605	1,004	132	100	0,164	3,612	132	100	0,525	1,288	132	100	0,347	3,308	132	100	<0,001	4,880	132	100	0,054	7,637
Evet	41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06			41	31,06						
Hayır	91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94			91	68,94						
Mesleki güncel bilgileri takip ediyor musunuz?	132	100	0,671	0,797	132	100	0,138	3,966	132	100	0,030	7,012	132	100	0,516	2,281	132	100	0,117	4,299	132	100	0,001	2,456	132	100	0,841	1,418
Evet	49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12			49	37,12						
Hayır	83	62,88			83	62,88			83	62,88			83	62,88			83	62,88			83	62,88						

Bölüm 5

Tartışma

Cerrahi hasta bakımında geleneksel yaklaşımlar ve uygulamaların yerine, kanıta dayalı uygulamaları birleştiren ERAS protokolleri; ameliyat öncesinde stresi azaltarak organ fonksiyonlarını korumayı amaçlayan, hastanede kalış süresi ve bakım maliyetini azaltmayı hedefleyen standart bir yaklaşımdır (Gustafsson ve ark.2020; Arslankılıç ve ark. 2021).

ERAS protokollerinin cerrahi alanda uygulanması ile birlikte ameliyat öncesi stres düzeyinde azalma sağlanarak, hasta bakımında iyileşme, hasta memnuniyetinde artma, hastanede kalış süresinde kısalma sağlandığı görülmüştür (Alkaya Solmaz ve Kırdemir, 2020; Çakabay ve ark. 2019; Wu ve ark., 2019). ERAS protokollerinin başarılı bir şekilde uygulanması için farklı branşlardan oluşan sağlık profesyonellerinin ortak bir şekilde hareket etmesi gerekmektedir. Hemşireler protokolün uygulanması aşamasında kritik bir öneme sahiptir. Hızla gelişen sağlık uygulamalarıyla birlikte hemşireler de güncel gelişmeleri yakından takip etmeli, bilgisi ve tecrübesini alandaki bakım ve uygulamalara yansıtabilmelir (Çilingir ve Candaş, 2017; Dağıstanlı ve ark., 2018; Güzel ve Yava, 2019).

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar incelendiğinde hemşirelerin ERAS protokolünü bilme düzeyi durumları incelendiğinde, %68,9'nun hayır (n=91), %31,1'inin ise evet (n=41) şeklinde cevap verdiği, evet seçeneğini işaretleyen hemşirelerin %39'nun (n=16) bu bilgiyi okuldan aldığı seçeneğini işaretlediği görülmüştür. Hemşirelerin ERAS

protokollerini bilmeye yönelik durumlarının değerlendirildiği çalışmalarla ilgili literatür incelendiğinde elebi ve İlçe'nin çalışmasında hemşirelerin %86,8'inin ERAS protokollerini bilmediği, Ongun ve Ak'ın çalışmasında hemşirelerin %84,2'sinin ERAS protokollerini bilmediği, Güzel ve Yava'nın çalışmasında ise hemşirelerin %70,4'ü ERAS protokolleri hakkında bilgi sahibi olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Güzel ve Yava,2019; Ongun ve Seyhan Ak, 2020; elebi ve İlçe 2022). Cerrahi hemşirelerinin ERAS protokolleri ile ilgili bilgi sahibi olmama durumları (kısmen ya da bilgisi yok) literatür ile benzerlik göstermektedir. ERAS protokollerinin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi ve uygulanabilme alanının yaygınlaşması için hemşirelerin de ERAS protokolleri konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Austin, 2019; Çelebi 2019; Hübner ve ark., 2015).

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %62,9'unun (n=83) meslekteki güncel gelişmeleri yakından takip etmedikleri görölmüştür. Hemşirelerin güncel gelişmeleri takip etmesiyle ilgili olan çalışmalar incelendiğinde Güzel ve Yava, Öztürk ve arkadaşları da hemşirelerin bilimsel bir dergiyi takip etmedikleri ve makale okumadıkları sonuçlarıyla karşılaşılmıştır. İşler'in çalışmasında ise hemşirelerin bilgilerini güncellemedikleri, klinikteki geleneksel uygulamaları devam ettirdikleri görölmüştür. Araştırmamız bu yönüyle literatürde yer alan çalışmaların sonuçlarıyla benzer özellikte sonuçlar göstermektedir (İşler, 2020; Güzel ve Yava, 2019; Öztürk ve ark., 2010).

Araştırmamıza katılan hemşirelerin ameliyat öncesi ERAS bileşenlerinden olan hasta bilgilendirme ve eğitim uygulamasını bilme durumu olarak, %79,5'inin (n=105) evet, %17,4'ünün (n=23) kısmen, %3'ünün (n=4) ise hayır seçeneğini işaretlediği

görülmüştür. ERAS protokolü kapsamında hastanın ameliyat öncesi yazılı ve sözlü olarak bilgi almasının hastaların anksiyetesini azaltarak cerrahi süreci olumlu olarak etkileyeceği düşünülmektedir (Gustafsson ve ark., 2019; Bozdoğan ve Koçaşlı, 2022). Çelebi ve İlçe'nin çalışmasında da araştırmamızın sonucuyla benzer bir sonuçla karşılaşılmış olup, hemşirelerin ameliyat öncesinde hastaların bilgilendirmesini bilme durumunun yüksek olduğu görülmüştür (Çelebi ve İlçe, 2022).

Ameliyat öncesi oral karbonhidrat solüsyonunun verilmesinin açlık süresini kısaltıp, susuzluk hissini azalttığı ve ameliyat sonrasında erken dönemde bulantının gelişmesini önleyerek hasta konforunu artırdığı yapılan çalışmalarla desteklenmiştir (El-Sharkawy ve ark., 2021). Araştırmamızda hemşirelerin ameliyat öncesi sıvı ve karbonhidrat yüklemesini bilme durumu olarak, %43,9'ünün (n=58) evet şeklinde cevap verdiği görülmüştür. Literatür incelendiğinde Çelebi ve İlçe'nin çalışmasında hemşirelerin sıvı ve karbonhidrat yüklemesi konusunda sınırlı bilgiye sahip oldukları görülmüş, Kankılıç ve Tuna'nın çalışmasında ise sağlık çalışanlarının %70.5'i hastaların ameliyat öncesinde oral sıvı olarak karbonhidrattan zengin besin almaması gerektiğini düşündüklerini ifade etmiştir. Çalışmamızdan ortaya çıkan sonuçlar, literatürde yapılan çalışma sonuçlarından farklı olarak ERAS protokolleri ile uyum göstermektedir (Çelebi ve İlçe, 2022; Kankılıç ve Tuna, 2019).

Ameliyat esnasında aniden gelişen ve istenmeyen hipotermi vücutta koagülasyonu bozup, kanama riskini ve oksijen tüketimini artırabileceğine yönelik yapılmış kanıta dayalı çalışmalar bildirilmiştir. Bu sebeple ameliyat esnasında normal

vücut ısısı, ısıtılmış ıv solüsyon ve ısıtma cihazı ile korunmalıdır (Keskin, 2020; Tuna ve Kurşun, 2018). Çalışmamızda hemşirelerin normatermi uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi durumları incelendiğinde, ERAS protokolü ile uyumlu olmadığı sonucu ile karşılaşmıştır. Yapılan başka bir çalışmada ameliyat esnasında normaterminin sürdürülmesiyle ilgili uygulamalara destek veren hekimlerin %54 oranında olduğu saptanmıştır (Harlak ve ark., 2008). Hemşirelerin normatermi uygulamasıyla ilgili bilgi düzeyleri durumunu değerlendiren başka bir çalışmada hemşirelerin normatermi uygulamasını bilme oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Çelebi ve İlçe, 2022).

Ameliyat sonrasında hastanın mobilizasyon için teşvik edilmesi gerekmektedir. Erken mobilizasyonun sağlanması ile ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyon riskinin azaltılabileceği düşünülmektedir (Irmak ve Bulut, 2021; Uğurlu ve ark., 2017). Araştırmamıza katılan hemşirelerin ameliyat sonrası mobilizasyon uygulamalarını bilme durumları incelendiğinde, yüksek oranda evet seçeneğini işaretledikleri görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada hemşireler hastaların erken mobilize olması ile iyileşme süresinin kısılacığı yönünde görüşlerini bildirmişlerdir (Güzel ve Yava, 2019). Kankılıç ve Tuna ve Çelebi ve İlçe'nin çalışmasında ise hemşirelerin erken mobilizasyonu bilme durumunun ERAS protokolü ile uyumlu olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır (Kankılıç ve Tuna, 2019; Çelebi ve İlçe, 2022).

Araştırmamıza katılan hemşirelerin ameliyat öncesinde hastayı bilgilendirme uygulamasını yapma durumları incelendiğinde %90,9'unun (n=120) evet seçeneğini işaretlediği görülmüştür. Ameliyat öncesi hemşirelerin hastayı bilgilendirme

uygulamalarını inceleyen başka bir çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun hastalara ameliyat öncesi açlık düzeyi ile ilgili bilgi verdiği ve bu bilginin sıklıkla hekim-hemşire tarafından verildiği sonucuna ulaşılmıştır (İşler, 2020). Çakır ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise katılımcı hemşireler büyük bir oranda ameliyat öncesinde hastayı bilgilendirme durumunu hemşire dışındaki meslek grubunun yapması gerektiğini söylemişlerdir (Çakır ve ark., 2018). Hastaların bilgilendirilmesi uygulamasına ilişkin soruda araştırmamızın sonuçları literatürdeki çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ameliyat öncesinde açlık uygulaması nasıl yapılmaktadır durumları incelendiğinde, %76,5'inin (n=101) hastaların bir gece önce gece yarısından sonra aç bırakıldıklarını ifade eden seçeneği işaretlediği görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada, hastaların açlık uygulamasının ameliyat öncesi gece 24:00'ten başlaması şeklinde olduğu görülmüştür (Çakırlı ve ark., 2018). Abebe ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise hastaların büyük bir çoğunluğunun gece yarısından sonra aç bırakıldığı belirtilmiştir (Abebe ve ark., 2016). Araştırma sonuçlarımız literatürde yer alan çalışma sonuçlarıyla benzer sonuçlar göstermektedir.

ERAS protokolleri kapsamında ameliyat sonrası nazogastrik sonda uygulamasının hastanın oral beslenmeye geçiş süresini ve mobilize olma süresini uzatabileceği düşünülmektedir (Drew ve ark., 2019; Çelebi, 2019). Araştırmaya katılan hemşirelerin ameliyat sonrasında rutin nazogastrik sonda uygulamasına ilişkin durumları incelendiğinde, %66,7'sinin (n=88) hayır şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. Olgun

ve Ak'ın çalışmasında, Cigerci ve Çelebi'nin çalışmasında ve Gür ve ark.'nın çalışmasında hemşirelerin nazogastrik tüp uygulamalarının ERAS protokollerine uyumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ongun ve Seyhan Ak, 2020; Cigerci ve Çelebi 2021; Gür ve ark., 2023). Araştırma sonucumuz ile literatürdeki çalışma sonuçları uyumluluk göstermektedir.

ERAS protokollerinin tamamının kanıta dayalı uygulamalardan oluşmasına rağmen, kliniklerde uygulama geçiş aşamasının yavaş olduğu belirtilmektedir. Protokolün uygulanmasında engeller olarak; hemşirelerin iş yükünün artacağına yönelik düşünceler, hastane kaynaklarındaki yetersizlikler ve sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişim sorunları gibi sorunlar görülmektedir (McLeod ve ark., 2015; Herbert ve ark., 2017).

Araştırmamıza katılan hemşirelerin ERAS protokollerinin uygulanmama sebebi olarak gördüğü durumlar incelendiğinde %56,1'inin (n=74) protokolle ilgili bilgim yok şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. Yılmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada hemşireler yüksek oranda hemşirelik uygulamalarında kanıta dayalı uygulamaları kullanmadıklarını ifade etmiş ve bunun sebebi olarak da hemşirelik uygulamaları ile ilgili kanıtlara ulaşabileceği kaynakları bilmediğini belirtmiştir (Yılmaz ve ark., 2018). Gür ve ark.'nın çalışmasında ise genel cerrahi hemşirelerinin %36,4'u çalıştıkları kliniklerde ERAS protokollerinin uygulanma durumlarını bilmediklerini ifade etmişlerdir (Gür ve ark., 2023). Araştırma sonucu literatürdeki çalışma sonuçları ile benzer özellik göstermektedir.

Hemşirelerin ERAS protokollerinin uygulayamamasının sebebi olarak kurum politikaları, uzun çalışma saatleri nedeniyle güncel bilgileri takip etmede isteksiz olma,

protokolün iş yükünü artıracığına yönelik düşüncelerin olması gösterilebilir. ERAS protokollerinin hemşirelerin iş gücüne yansımaları konu alan bir çalışmada protokolün uygulanmasının hemşirelerin iş yükünü hafifleteceğine dair sonuçla karşılaşılmış olup (Hübner ve ark. 2015), hemşirelerin kendi isteği ve kurum desteği ile güncel gelişmeleri yakından takip etmesi gerektiği düşünülmektedir.



Bölüm 6

Sonuç Ve Öneriler

Hemşirelerin ERAS protokollerini bilme ve uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmamızda elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanmıştır:

- ❖ Araştırmamızda cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi ERAS protokolleri bilme durumu ve demografik özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında, cerrahi hemşirelerinin öğrenim durumu ile ameliyat öncesinde hastanın bilgilendirilmesi ve eğitiminin yapılması gerektiğini bilme düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- ❖ Araştırmamızda cerrahi hemşirelerinin ERAS protokolü hakkında bilgi sahibi olma durumu ile ameliyat öncesinde profilaksi uygulamasını bilme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- ❖ Araştırmamızda cerrahi hemşirelerinin meslekte güncel bilgiyi takip etme durumu ile ameliyat öncesinde profilaksi uygulamasını bilme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- ❖ Araştırmamızda cerrahi hemşirelerinin ameliyat sonrası ERAS protokollerini bilme durumu ve demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, hemşirelerin ERAS protokolü hakkında bilgi sahibi olma durumu ile mesleki bilgileri takip etme durumu düzeylerinde anlamlılık bulunmuştur.
- ❖ Araştırmamızda cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi ERAS kriterlerini uygulama ve demografik değişkenler arasındaki ilişki düzeyleri incelendiğinde, hemşirelerin öğrenim durumu ile ameliyat öncesi hastaya aktivite bilgisi verme uygulaması arasında anlamlılık

tespit edilmiştir. Söz konusu durumun cerrahi hemşirelerinde ERAS bilgisine sahip olanların uygulama düzeyinde de paralel bir şekilde anlamlılık oluşturduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu şekilde öneriler verilebilir:

- ❖ Hemşirelerin ERAS protokollerini uygulama düzeylerini değerlendiren, birden çok merkezde yürütülecek daha büyük evren ve örneklem sayılarıyla çalışma yapılması,
- ❖ Hemşirelerin Eras protokollerini bilme ve uygulama durumlarına yönelik hizmet içi eğitimlerin planlanması, kongre, seminer ve sempozyuma katılımlarının desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdikarim, I., Cao, X. Y., Li, S. Z., Zhao, Y. Q., Taupyk, Y., & Wang, Q. (2015). Enhanced Recovery After Surgery With Laparoscopic Radical Gastrectomy For Stomach Carcinomas. *World Journal Of Gastroenterology*, 21(47), 13339–13344.
- Afşar, T. (2020). *Hemşirelerin ameliyat sonrası iyileşme uygulamalarına ilişkin yaklaşımları* (Doctoral dissertation, Bursa Uludag University (Turkey)).
- Arnold A., Aitchison L.P., & Abbott J., (2015), Preoperative mechanical bowel preparation for abdominal, laparoscopic, and vaginal surgery: a systematic review, *J Minim Invasive Gynecol*, 22;737–52.
- Arslankiliç, Ç., Erdem, G. Ö. L., & ÇINAROĞLU, N. S. (2021). Cerrahide hızlandırılmış iyileşme protokolü: sistematik derleme. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 15-34.
- Aslan, F. E. (2009). Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 104-113.
- Aslan, F. E. & Karadakovan, A. (2022). *Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Güncellenmiş* (6.baskı) 1.cilt(s.195-205). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Akpolat, G. (2018). *Elektif Kolorektal Cerrahi Geçiren Hastalara Eras Protokolü Uygulanıp Uygulanmamasına Göre Maliyet Analizi* (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi).
- Aksoy A, Vefikulucay Yılmaz D. A new approach to evidence based practices in gynecological surgery: ERAS protocol and nursing. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2018;10(1):49-58.
- Aktürk, S. R. (2019). *Koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalarda yürümeye yardımcı araç kullanımının hareketlilik ve ağrı düzeyine etkisi* (Master's thesis, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- Alawadi, ZM, Leal, I., Phatak, UR, Flores-Gonzalez, JR, Holihan, JL, Karanjawala, BE, ... ve Kao, LS (2016). Bir güvenlik ağı hastanesinde kolorektal cerrahide gelişmiş iyileşmeyi uygulamanın kolaylaştırıcıları ve engelleri: sağlayıcı ve hasta perspektifi. *Cerrahi* , 159 (3), 700-712.
- Alkaya Solmaz, F. ve Kırdemir, P. (2020). Ameliyatın ardından geliştirilmiş iyileşme (ERAS) ve anestezi.
- Atakro, CA, Atakro, A., Akuoko, CP, Aboagye, JS, Blay, AA, Addo, SB, ... ve Sarpong, YG (2020). Gana'daki bir eğitim hastanesindeki kayıtlı hemşireler arasında bilgi, tutum, uygulama ve kanıt dayalı uygulamanın algılanan engelleri. *Uluslararası Afrika Hemşirelik Bilimleri Dergisi* , 12 , 100204.
- Austin, J. (2019). The Effect of an Education Plan on Nursing Intervention Compliance with Inpatient Post-Operative Colorectal Surgical Patients Using Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Protocols.
- Bakırcı, Ş. H. (2023). *Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Sıvı Tedavisinde Güncel Yaklaşımlara Yönelik Farkındalıkları* (Doctoral dissertation, Bursa Uludag University (Turkey)).
- Bektaş, N.(2018) Cerrahi Hemşirelerin, Perioperatif Dönemde Eras Protokolleri İle İlgili Girişimleri. *Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Araştırmalar*. Bektaş, N., & Dinç,A. (Ed.) (1.baskı) içinde. (s: 249-267).İstanbul:Efe Akademi Yayınevi
- BEKMEZCİ, E., & MERAM, H. E. (2022). Jinekolojik Kanserlerde ERAS Protokolü Çerçevesinde Güncel Hemşirelik Yaklaşımı. *Journal of Nursology*, 25(2), 106-110.

- Bilgiç, D., Yağcan, H., Güler, B., & Aypar, N. N. (2019). Jinekolojik cerrahide ameliyat öncesi ve sonrası kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 114-121.
- BOZDOĞAN, Ş. N., & KOÇAŞLI, S. (2022). Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Eras) Protokolleri Çerçevesinde Cerrahi Hastasında Malnütrisyon. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 85-100.
- Bozkirli, B., Gundogdu, R. I. Z. A., ERSOY, P., Akbaba, S., Temel, H., & Sayin, T. (2012). Did the ERAS protocol affect our results in colorectal surgery? ERAS protokolü kolorektal cerrahi sonuçlarımızı etkiledi mi?. *Turkish Journal of Surgery*, 28(3).
- Bucher, P., Mermillod, B., Gervais, P., & Morel, P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: a meta-analysis. *Archives Of Surgery*, 2004;139(12):1359-1364.
- Cerantola, Y., Valerio, M., Persson, B., Jichlinski, P., Ljungqvist, O., Hubner, M., ... ve Patel, HR (2013). Mesane kanseri için radikal sistektomi sonrası perioperatif bakıma ilişkin kılavuzlar: Cerrahi Sonrası Gelişmiş İyileşme (ERAS®) topluluğu önerileri. *Klinik beslenme*, 32 (6), 879-887.
- Çakabay, B., Demirci, S., Aksel, B., Ünal, E., Bayar, S., Kocaoğlu, H., & Akgül, H. (2011). Mide kanseri cerrahisinde fast-track ve geleneksel yöntemlerin karşılaştırılması. *Turkish Journal of Surgery/Ulusal Cerrahi Dergisi*, 27(2).
- Çelebi, Ş. (2019). *Cerrahi kliniğinde yatan hastaların perioperatif uygulamalarının Eras protokolüne uygunluğunun ve hasta sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesi* (Master's thesis, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Akademik Arşiv Sistemi).
- Çilingir, D., & Candaş, B. (2017). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 20(2).
- Dağistanlı, S., Kalaycı, M. U., & Kara, Y. (2018). Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. *İstanbul kanuni sultan süleyman tıp dergisi*, 10(4), 9-20.

- Demirhan, İ., & Pınar, G. (2014). Postoperatif İyileşmenin Hızlandırılması Ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(1).
- Dietz, N., Sharma, M., Adams, S., Alhourani, A., Ugiliweneza, B., Wang, D., ... & Boakye, M. (2019). Enhanced recovery after surgery (ERAS) for spine surgery: a systematic review. *World neurosurgery*, 130, 415-426.
- Dikmen, B. T., & Dal Yılmaz, Ü. (2019). Ameliyat sonrası solunum sistemi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 5(2), 1-7.
- Dolgun, E., Taşdemir, N., Ter, N., & Yavuz, M. (2011). Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *FÜ Sağ. Bil. Tıp Derg.*, 25(1), 11-15.
- Drew, S., Yargıç, A., Cohen, R., Fitzpatrick, R., Barker, K. ve Goberman-Hill, R. (2019). Uygulamada ameliyat sonrası iyileşmenin artması: kalça ve diz protezi hizmetlerine ilişkin etnografik bir çalışma. *BMJ açık* , 9 (3), e024431. El-Sharkawy, AM, Daliya, P., Lewis-Lloyd, C., Adiamah, A., Malcolm, FL, Boyd-Carson, H., ... ve Wolff, J. (2021). Oruç ve ameliyat zamanlaması (FaST) denetimi. *Klinik Beslenme* , 40 (3), 1405-1412.
- ERAS Türkiye Derneği (2023). ERAS protokollerinin temel öğeleri <https://eras.org.tr/news.php?id=9109> 20.10.2023 tarihinde erişildi.
- Ertürk, C., Yildiri, B., & Diri, S. K. (2018). Ortopedi ve Travmatolojide Ameliyat Sonrası Geliştirilmiş İyileşme (ERAS). *İKSST Dergisi*, 10(1), 41-47.
- Findik, Ü. Y., & Yeşilyurt, D. S. (2017). Cerrahi hastalarının ameliyat sonrası hemşirelik bakım kalitesi algısı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 195-200.
- Garpis, N., Dimitroulis, D., Garpis, A., Diamantis, E., Spartalis, E., Schizas, D., ... & Damaskos, C. (2019). Enhanced recovery after surgery: is it time to change our strategy regarding laparoscopic colectomy?. *in vivo*, 33(3), 669-674.

- Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö., & Şentürk, A. (2014). Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 137-142.
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., Francis, N., ... & Ljungqvist, O. (2012). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Clinical Nutrition*, 31(6), 783-800.
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., ... & Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. *World journal of surgery*, 43, 659-695.
- Güzel, N., & Yava, A. (2019). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ERAS (enhanced recovery after surgery) protokolüne ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 15-23.
- Harlak, A., Gündoğdu, H., Ersoy, E., & Erkek, B. (2008). Ankara'daki cerrahların ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme (ERAS protokolü) uygulamalarına bakışı. *Turkish Journal of Surgery*, 24(4), 182-188.
- Hughes, C. G., Boncyk, C. S., Culley, D. J., Fleisher, L. A., Leung, J. M., McDonagh, D. L., ... & Perioperative Quality Initiative. (2020). American society for enhanced recovery and perioperative quality initiative joint consensus statement on postoperative delirium prevention. *Anesthesia & Analgesia*, 130(6), 1572-1590.
- Hübner, M., Addor, V., Sliker, J., Griesser, AC, Lécureux, E., Blanc, C. ve Demartines, N. (2015). Gelişmiş bir iyileşme yolunun hemşirelik iş yükü üzerindeki etkisi: Retrospektif bir kohort çalışması. *Uluslararası Cerrahi Dergisi*, 24, 45-50.

- Irmak, B., & Bulut, H. (2021). Abdominal Cerrahi Sonrasında Bağırsak Fonksiyonlarını Artırmada Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kullanımı: Kanıtlar Ne Diyor?. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (14), 336-350
- İsler, A. (2020). *Cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutumlarının ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi* (Master's thesis, İstinye Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü). Jung, B., Lannerstad, O., Pählman, L., Arodell, M., Unosson, M., & Nilsson, E. (2007). Preoperative mechanical preparation of the colon: the patient's experience. *BMC surgery*, 7, 1-5.
- Kankılıç, R. (2018). Transüretal rezeksiyon-prostat (tur-p) ameliyatlarında ERAS protokolü ile ameliyat öncesi ve sonrası yapılması gereken beslenme, ağrı ve erken mobilizasyon uygulamalarının karşılaştırılması.
- Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of surgery*, 248(2), 189-198.
- Kehlet, H. (2021). Prehabilitation in surgery—Need for new strategies?. *European Journal of Surgical Oncology*, 47(5), 929-930.
- Keskin, H. G. (2020). Hizlandırılmış Cerrahi Süreç. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 20-2
- Kocaman, G. (2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2), 61-69.
- 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.
- Ljungqvist, O., Scott, M. ve Fearon, KC (2017). Ameliyat sonrası iyileşmenin artması: bir inceleme. *JAMA ameliyatı* , 152 (3), 292-298.

- Selda, M. E. R. T., & Sayilan, a. A. Kalp cerrahisi sonrası hızlandırılmış iyileşme Protokolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(2), 157-
- Nelson, G., Dowdy, SC, Lasala, J., Mena, G., Bakkum-Gamez, J., Meyer, LA, ... ve Ramirez, PT (2017). Jinekolojik onkolojide ameliyat sonrası gelişmiş iyileşme (ERAS®) – program geliştirme için pratik hususlar. *Jinekolojik onkoloji* , 147 (3), 617-620.
- Öndeş Bayar, Ö., Bademci, R., Sözen, U., Tüzüner, A., & Karayalçın, K. (2013). ERAS protocol in major liver resection.
- Özbaş, N., & Karadağ, M. (2020). Ortopedi Hastalarının Venöz Tromboemboli Riskine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(2), 228-234.
- Öztürk A, Kaya N, Ayık S ve ark. Hemşirelik Uygulamalarında Araştırma Sonuçlarının Kullanımında Engeller. *Flornce Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2010;18(3):144-155.
- Pedrazzani, C., Conti, C., Mantovani, G., Fernandes, E., Turri, G., Lazzarini, E., ... & Guglielmi, A. (2018). Laparoskopik kolorektal cerrahi ve ameliyat sonrası gelişmiş iyileşme (ERAS) programı: tek bir İtalyan merkezden 200 vaka deneyimi. *Tıp* , 97 (35). Rackwitz, L., Reyle-Hahn, S. M., & Nöth, U. (2020). Preoperative management and patient education in fast-track arthroplasty. *Der Orthopäde*, 49, 299-305.
- Sevgi, G. Ü. R., Katran, H. B., Arpag, N., ÖZTEKİN, D., & Akyüz, N. (2023). Genel Cerrahi Hemşirelerinin Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Uygulamalarına İlişkin Değerlendirmeleri. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (19), 224-239.
- Slim, K., & Vignaud, M. (2015). Enhanced recovery after surgery: the patient, the team, and the society. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 34(4), 249-250.
- Sunay, Z. Jinekoloji ve obstetride ERAS protokollerinin kullanımı ve ebelerin rolü.

- Senturk, J. C., Kristo, G., Gold, 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.
- Tanner, J. ve Melen, K. (2021). Cerrahi alan enfeksiyonunu azaltmak için ameliyat öncesi epilasyon. *Sistemik incelemelerin Cochrane veri tabanı*, (8).
- Tekin, N. (2022). *Hepatobiliyer Cerrahide Perioperatif Uygulamaların Eras Protokolüne Göre Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Uygulamalarının Belirlenmesi* (Doctoral dissertation, Bursa Uludag University (Turkey)).
- Tezcan, B., & Karabacak, B. G. (2020). Basınç yaralanmalarının önlenmesinde daha iyi sonuçlara doğru: Kanıta dayalı uygulamalar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 49-54.
- Thomsen, T., Villebro, N., & Møller, A. M. (2014). Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).
- Tuna, P. T., & Kurşun, Ş. (2018). Kolorektal cerrahisinde hızlandırılmış bakım protokolleri ve hemşirelik bakımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 180-188.
- Tuna, A. (2021). Radikal Sistektomi Cerrahisi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması Protokolü ve Hemşirelik. *Cerrahi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması Protokolü ve Hemşirelik. Ankara: Türkiye Klinikleri*, 57-62.
- Uğurlu, A. K., Kula şahin, S., Seçginli, S., & Eti Aslan, F. (2017). Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Erken Ayağa Kaldırmanın Hızlı İyileşmeye Etkisi: Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(4).
- Umutoğlu, T., & Salihoğlu, Z. (2018). Anesteziyoloji ve Perioperatif Hekimlikte ERAS Protokolleri, Anestezi ve ERAS. *İKSST Dergisi*, 10(1), 5-8.

- Wille-Jørgensen, P., Guenaga, K. F., Matos, D., & Castro, A. A. Preoperative mechanical bowel cleansing or not? An updated meta-analysis. *Colorectal Disease*, 2005; 7(4):304-310.
- Wang, M. Y., Chang, P. Y., & Grossman, J. (2017). Development of an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) approach for lumbar spinal fusion. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 26(4), 411-418.
- Watson, DJ (2017). Ameliyat sonrası iyileşme programında hemşire koordinatörünün rolü. *Hemşirelik2022* , 47 (9), 13-17.
- Wellge, B. E., Trepte, C. J., Zöllner, C., Izbicki, J. R., & Bockhorn, M. (2020). Perioperative fluid management. *Der Chirurg*, 91, 121-127.
- Wu, M., Yang, L., Zeng, X., Wang, T., Jia, A., Zuo, Y., & Yin, X. (2019). Safety and feasibility of early oral hydration in the postanesthesia care unit after laparoscopic cholecystectomy: a prospective, randomized, and controlled study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(2), 425-430.
- Xue, B., Yu, H., & Luo, X. (2022). Knowledge of enhanced recovery after surgery and influencing factors among abdominal surgical nurses: a multi-center cross-sectional study. *Contemporary Nurse*, 58(4), 330-342.
- Yasak K, Vural F. Bariatrik Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileştirme Protokolleri ve Hemşirelik Bakımı. *Etkili Hemşirelik Dergisi*. 2023;16(4): 562-578.
- Yava, A., Tosun, N., Çiçek, H., Yavan, T., Terakye, G., & Hatipoğlu, S. (2007). Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanımında Engeller Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49(2), 72-80.
- Yayla, A., Eskici, V., Emrah, A. Y., Nadiye, Ö. Z. E. R., & Gülfidan, K. U. R. T. (2022). Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Yapılan Uygulamaların ERAS Protokolüne Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (18), 734-750.

Yılmaz, E., Çeçen, D. İ. L. E. K., Aslan, A. R. Z. U., Kara, H. A. V. V. A., Kızıl Toğaç, H., & Mutlu, S. E. N. A. N. (2018). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları Ve Araştırma Kullanımında Algıladıkları Engeller. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 15(4), 235-241.

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



