

Jinekolojik Kanserlerde ERAS Protokolü Çerçevesinde Güncel Hemşirelik Yaklaşımı

Current Nursing Approach in Gynecological Cancers Within the Framework of ERAS Protocol

Ebru BEKMEZCI^{id}
Halime Esra MERAM^{id}

Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik
Fakültesi, Konya, Türkiye

ÖZ

Kadın genital organlarının malign hastalığı olan jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerinde yarattığı olumsuz etkilerin yanında, beden imajı, cinsel işlev ve üreme yeteneği de dahil birçok fonksiyonda değişikliklere neden olması bu hastalara bakım veren hemşirelerin sorumluluğunu artırmaktadır. Jinekolojik kanser tanısı almış kadınlara verilecek bakımda gereklilik olarak gösterilen cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolünün [Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)] benimsenmesi, kullanılması ve yaygınlaştırılması verilen bakım kalitesinin artması açısından önem taşımaktadır. Bu amaçla derlemede jinekolojik kanserlerde ERAS protokolü çerçevesinde uygulanan güncel hemşirelik yaklaşımı ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kanıta dayalı uygulamalar, jinekolojik hastalıklar, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Gynecological cancers, which are malignant diseases of female genital organs, in addition to negative effects on women's health, cause changes in many functions, including body image, sexual function and reproductive ability, increasing the responsibility of nurses who care for these patients. The adoption, use, and dissemination of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol, which is shown as a necessity in the care to be given to women diagnosed with gynecological cancer, is important in terms of increasing the quality of care. In this review, the current nursing approach applied within the framework of the ERAS protocol in gynecological cancers was discussed.

Keywords: Evidence-based practice, gynecologic diseases, nursing care

GİRİŞ

Hücrelerde büyüme, bölünme ve apoptozis gibi mekanizmaların devre dışı kalması ile görülen karsinogenez sürecinde hücreler kontrolsüz çoğalarak yakın dokulara invazyon, uzak organlara metastaz yeteneği kazanmaktadır.¹ Karsinogenezin en bilinen nedenleri arasında çevresel faktörler, bireysel özellikler, genetik, inflamasyon ve epigenetiğin yer aldığı görülmektedir.² Kanser son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de en önemli sağlık problemlerinden biridir. Dünya genelinde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer aldığı görülürken, 2030 yılına kadar ilk sıraya yerleşeceği öngörülmektedir.³

Kadın genital organlarının malign hastalığı olan jinekolojik kanserler arasında serviks, endometriyum, over, vulva ve vajina kanseri yer almaktadır.⁴ Dünya Kanser Rapor'u (World Cancer Report) 2020 verilerine göre kadınlarda en sık görülen jinekolojik kanser serviks kanseri iken ikinci sırada endometriyum kanseri üçüncü sırada ise over kanseri yer almaktadır.⁵ Genel olarak jinekolojik kanserlerin risk faktörleri kanser türüne ve bireyden bireye farklılık gösterse de sıklıkla tütün kullanımı, alkol kullanımı, sağlıklı beslenme, düşük sosyoekonomik düzey, fiziksel hareketsizlik, immünosupresyon, insan papilloma virüsü (HPV), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, çok eşlilik, ilk cinsel ilişki yaşının erken olması, hormonal faktörler, obezite ve genetiğin yer aldığı görülmektedir.^{5,6} Erken tanı, tarama, tedavi ve palyatif bakım uygulamaları ile kansere karşı etkili müdahale sağlanabileceği belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü kanser risk faktörlerinden kaçınarak yaklaşık, %30-%50 oranında görülme sıklıklarının azaltılabileceğini belirtmektedir.⁵ Onkoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak değişim ve gelişim gösteren hemşirelik

Geliş Tarihi/Received: 04.05.2021

Kabul Tarihi/Accepted: 21.04.2022

Sorumlu Yazar/Corresponding author:

Ebru BEKMEZCI

E-mail: ebrubekmezci42@gmail.com

Cite this article as: Bekmezci E, Meram HE. Current nursing approach in gynecological cancers within the framework of Eras protocol. *J Nursology*. 2022;25(2):106-110.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

disiplini için jinekolojik kanser tanısı almış bireylere verilecek bakımda gereklilik olarak gösterilen cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolünün [Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)] benimsenmesi, kullanılması ve yaygınlaştırılması verilen bakım kalitesinin artması açısından önem taşımaktadır.^{7,8} Hem hasta hem de sağlık bakım sonuçları için yararlı olduğu bildirilen ERAS protokolü, hastayı fiziksel ve psikolojik olarak en iyi duruma getirmeyi amaçlamaktadır.^{8,9} ERAS protokolünün uygulanması ile bireyde gelişebilecek komplikasyonlarda %40, hastaneye yeniden yatışta %30'a varan bir azalma olduğu ve bu kapsamda kullanımının önemli olduğu bildirilmektedir.¹⁰ Sağlık bakım sonuçları ve hemşirelik uygulamalarındaki önemi göz önüne alındığında,^{11,12} derlemede jinekolojik kanserlerde ERAS protokolü çerçevesinde uygulanan güncel hemşirelik yaklaşımı ele alınmıştır.

Jinekolojik Kanserlerin Yönetiminde Hemşirelik

Jinekolojik kanserli kadınların tedavisi, jinekolojik onkolog, tıbbi onkolog, patoloji uzmanı, radyolog, pratisyen hekim, hemşire, palyatif bakım sağlayıcıları, cinsel terapist, diyetisyen ve diğer sağlık çalışanlarını gerektiren multidisipliner ekip üyelerinden oluşmaktadır.¹³ Hemşireler bu multidisipliner ekibin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir.^{13,14} Özellikle jinekolojik kanserlerin, kadın sağlığı üzerinde yarattığı olumsuz etkilerin yanında, beden imajı, cinsel işlev ve üreme yeteneği de dahil birçok fonksiyonda değişikliklere neden olması bu hastalara bakım veren hemşirelerin sorumluluğunu artırmaktadır.¹⁵ Jinekolojik kanser tanısı alan kadınların ihtiyaçları her aşamada farklılık gösterebildiğinden hemşirelerin de bu ihtiyaçları karşılayabilmesi için kanıta dayalı güncel gelişmeleri yakından takip etmesi gerekmektedir.⁴ Kanıta dayalı rehberleri temel alarak verdiği bakım doğrultusunda; sağlık eğitimi ve danışmanlığı ile bireylerin riskli davranışlardan uzak durmasını sağlamalı, düzenli sağlık kontrollerinin önemi ve tarama programları hakkında bilgilendirme yapmalı, tanı almış bireylerin semptom kontrolünü sağlayarak ve risk değerlendirmesini yaparak tedavi ya da rehabilitasyon sürecinde gelişebilecek komplikasyonları sınırlandırmalıdır.¹⁵ Jinekolojik kanserlerde de tedavi genellikle cerrahi olmaktadır. Bu amaçla ERAS protokolü çerçevesinde kanıta dayalı hale getirilen bakım standartları, hemşirelerin üst düzey bakım vermesine olanak sağlamaktadır.¹⁶ Son yıllarda jinekolojik kanserli kadınlarda ameliyat sonrası sonuçları iyileştirmek için ERAS protokolünün kullanımı önem kazanmıştır.^{17,18}

Jinekolojik Kanserlerin Yönetiminde ERAS Protokolü

ERAS hastanın cerrahi sonrası fizyolojik stresini en aza indirmeyi ve klinik kanıtlar çerçevesinde en iyi bakımı sunmayı amaçlayan hızlı iyileştirme protokolüdür.¹⁹ Temel amacı hastanede yatış süresinin kısaltılması, yeniden yatışların önüne geçilmesi, hastanın erken mobilizasyonu, gastrointestinal fonksiyonların yeniden başlaması ve operasyon sonrası ağrı yönetimine odaklanmaktadır.²⁰

ERAS programının başarılı bir şekilde uygulanması için multidisipliner bir ekibin katılımı gerekir. Bunun yanında sürecin her aşamasına hastayı dahil etmek, başarılı bir ERAS programının anahtar noktasını oluşturmaktadır.¹⁷ ERAS protokolü dört süreçten oluşmaktadır: prehabilitasyon, preoperatif, intraoperatif ve postoperatif.²⁰

Prehabilitasyon

Prehabilitasyon, ameliyattan önce düzeltilebilir rahatsızlıkların araştırılması ve düzeltilmesi sürecidir.²⁰ Prehabilitasyonda temel amaç hastaların fiziksel ve zihinsel sağlığının optimize edilmesidir.⁸ Bu kapsamda uygulanan bazı yaklaşımlar aşağıda verilmiştir.

Alkol ve sigarayı bırakma: Sigara kullanımı, periferik dokularda göreceli bir hipoksiye ve bağışıklık sisteminde bozulmaya neden olarak gelişebilecek enfeksiyon riskini artırmaktadır.²⁰ Alkol kullanımının ise birçok sistem üzerine olumsuz etkisinin olduğu bilinmektedir.¹⁶ Cerrahi travma ile birlikte sigara ve alkol kullanımının dokuların iyileşme yeteneğinde azalmaya neden olmalarından dolayı ERAS kapsamında kullanımlarının ameliyattan dört hafta önce bırakılması tavsiye edilmektedir.²¹

Egzersiz: Ameliyat öncesi yapılan egzersizin, cerrahi sonrası postoperatif komplikasyonları azalttığı bildirilmektedir.¹⁸ Bunun yanında cerrahi sırasında kardiyopulmoner işlevi iyileştireceği ve dokuların oksijenlenmesini artıracığı için operasyon sonrası iyileşme sürecini kısaltabileceği belirtilmektedir.²⁰ Bu amaçla egzersiz prehabilitasyon programının ana hedefleri arasında yer almaktadır.¹⁸

Anemi yönetimi: Preoperatif anemi, postoperatif morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilmekte olup, ameliyat öncesi aneminin belirlenmesi ve düzeltilmesinin hasta sonuçlarının iyileşmesine katkı sağlayacağı bildirilmektedir.^{16,22,23} Temel amaç, postoperatif transfüzyon ihtiyacını azaltmak ve genel klinik sonuçları iyileştirmektir. Demir tedavisi, demir eksikliği anemisinin düzeltilmesinde tercih edilen ilk basamak tedavidir.²³ ERAS kapsamında, demir eksikliği durumunda cerrahi öncesi en az 28 gün önce oral demir tedavisine başlanması gerektiği, aneminin ise ameliyattan en az 14 gün önce yönetilmesi gerektiği bildirilmektedir.²⁰

Kilo kaybı: Kilo kaybı, ERAS protokolünün klasik bir gerekliliği olmasa da, obezite hastaları genellikle ameliyattan önce vücut kütlelerinde en azından bir miktar azalma sağlamaya teşvik edilir. Çünkü obezitenin cerrahiyle ilişkili sonuçları ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.²⁴ Ameliyat öncesi kilo vermenin yararları arasında, perioperatif komplikasyon riskinin azalması, ameliyat süresinin kısaltılması, hastanede kalış süresinin azalması ve hastaların motivasyonunun artması gösterilmektedir.²⁵

Hipoalbumineminin düzeltilmesi: Albümin bir beslenme belirteci görevi görmekte olup, hypoalbuminemi kötü beslenme durumunu ifade etmektedir. Yetişkinlerde <3,5 g/dL'lik bir intravasküler albümin seviyesi ile tanımlanan hypoalbuminemi, cerrahi müdahale geçiren hastalarda kötü postoperatif sonuçlarla ilişkilidir.²⁶ Ameliyat öncesi yetersiz beslenme ve kilo kaybının, ameliyat sonrası sonuçları olumsuz etkilediği bildirilmektedir.²⁷ Protein-enerji yetersizliği, olası en iyi cerrahi sonuçları elde etmek için preoperatif dönemde tanımlanabilen ve potansiyel olarak değiştirilebilir bir risk faktörüdür. ERAS çerçevesinde, hypoalbumineminin düzeltilmesinin, ameliyat sonrası süreçte daha hızlı iyileşme ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.²⁰

İmmüno beslenme: Beslenme durumu, ameliyat sonrası klinik sonuçları etkilemede önemli bir faktör olduğundan, son zamanlarda biyolojik olarak aktif besinlerle desteklenen immüno-beslenme formüllerinin, bağışıklık sistemini düzenlemede, enflamasyonu iyileştirmede, yara iyileşmesini teşvik etmede ve ameliyattan sonra hastanede kalış süresini kısaltmada etkili olduğu belirtilmektedir.²⁸ İmmüno-beslenme için hastanın diyetine eklenen besinler arasında; arginin, glutamin, amino asitler, omega-3, beta-karoten, nükleotidler, A, E, C vitaminleri, çinko ve selenyum gibi eser elementler yer almaktadır.²⁹ ERAS kapsamında, immüno-beslenme uygulanmasının ameliyattan

yedi gün öncesinden başlayıp, ameliyattan beş gün sonrasına kadar devam etmesinin yararlı olacağı bildirilmektedir.²⁰

Ameliyat öncesi eğitim ve danışmanlık: Eğitim ve danışmanlık, cerrahi operasyon sürecinin ayrılmaz parçası olup, sadece bilgilendirilmiş onamın alınması değil, aynı zamanda hastanın hem hastalık süreci hem de ameliyatla ilgili korkularını gidermeye yardımcı olmak için verilen bilgilendirmeyi kapsamaktadır.²⁰ ERAS protokolü, hasta danışmanlığı ve eğitiminin, hasta ile ilk karşılaşmada başlaması gerektiğini ve cerrahi işlemin her aşamasında devam etmesinin önemini vurgulamaktadır.¹⁶ Hastaların hem yazılı hem de sözlü olarak bilgi almasının daha etkili olduğu belirtilmektedir.⁸ Ameliyat öncesi hastaya verilecek eğitim/danışmanlık ile hastanın ameliyat ve iyileşme sürecine ilişkin beklentileri belirlenerek psikolojik olarak hazırlanmasına yardımcı olacağı bildirilmektedir.²¹ Bunun yanında hasta memnuniyetinin artmasına, hastanede yatış süresinin kısalmasına ve hastanın sağlık durumunun iyileşmesine katkı sağladığı belirtilmektedir.⁸

Preoperatif Bileşenler

Antibiyotikler: Ameliyattan bir saat önce antibiyotik ilaçların kullanımının cerrahi alan enfeksiyonu riskini azalttığı bildirilmektedir.¹⁶ Uygun antibiyotik profilaksisi, cilt florasını kapatmak için birinci nesil sefalosporinin uygulanmasını içerir. Sefalosporinler geniş etkili, düşük maliyetli, düşük alerjen potansiyeline sahiptir. Hastaya verilecek doz miktarının hastanın kilosuna göre ayarlanması gerekmektedir.⁸

Bağırsak hazırlığı: Jinekolojik ameliyat öncesi bağırsak hazırlığı, cerrahi alan enfeksiyonu veya anastomoz kaçağı riskini azaltmadığı için standart olarak önerilmemektedir. Ameliyat sırasında bağırsakta yaralanma riski olan hastalarda, operasyon öncesi bağırsak hazırlığının yapılabileceği belirtilmektedir.³⁰ Günümüzde ERAS protokolleri, minimal invaziv jinekolojik cerrahiden önce bağırsak hazırlığından kaçınılması gerektiğini önermektedir.^{8,20}

Anksiyolitik kullanımı: Ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmak için rutin sedatif kullanımı, postoperatif dönemde konfüzyon, uyku hali, sedasyon ve baş dönmesi gibi olumsuz etkiler oluşturabilmesi nedeniyle önerilmemektedir.²⁰ Bunun yanında ameliyat öncesi ortaya çıkan şiddetli anksiyeteyi gidermek için kısa etkili anksiyolitiklerin kullanılmasının bireysel açıdan değerlendirilerek uygun olabileceği bildirilmektedir.²³

Tromboembolizm profilaksisi: Venöz tromboembolizm yani derin ven trombozu veya pulmoner emboli riski jinekolojik ameliyat sırasında ve sonrasında önemli ölçüde artmaktadır.³⁰ Özellikle 30 dakikadan uzun süren majör cerrahi geçiren jinekolojik onkoloji hastaları için ameliyat öncesi dönemden başlayarak düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) veya fraksiyone olmayan heparin ile tromboembolizm profilaksisi uygulanması ameliyat sonrası dönemde de uygulanmaya devam edilmelidir.⁸ ERAS protokolü, hastalara DMAH uygulamasını mekanik yöntemlerle (pnömatik kompresyon çorapları veya cihazları) birleştirilerek uygulanmasını önermektedir. Ayrıca hareketliliğin azalması, obezite ve önceki tromboembolik olaylar gibi risk faktörlerinin yokluğunda, açık abdominal cerrahi geçiren hastalar için 28 gün süreyle uzatılmış profilaksi önerilmektedir.²⁰

Katı yiyecekler/sıvıların alımı ve karbonhidrat yüklenmesi: ERAS protokolü, anestezi indüksiyonundan altı saat öncesine kadar katı yiyeceklerin, anestezi indüksiyonundan iki saat öncesine kadar ise berrak sıvıların tüketilebileceğini bildirmektedir.²¹ Ameliyattan iki saat öncesine kadar sıvı alımının mide pH'ını

düşürürken mide içeriğini ve komplikasyon oranlarını artırmadığı belirtilmektedir. Ameliyat öncesi uzun süre açlık yaşayan kişilerde hastanede kalış süresinin uzadığı, insülin direnci gelişebildiği, hiperglisemi riskinin ve cerrahi alan enfeksiyon oranının arttığı belirtilmektedir.²⁰ Gecikmiş mide boşalması olan hastaların ise ameliyattan sekiz saat önce veya gece boyunca aç kalması gerektiği belirtilmektedir.⁸

Bulantı-kusma profilaksisi: Postoperatif bulantı ve kusma, abdominal cerrahi geçiren hastalarda sık görülen bir durumdur. Hastalarda şiddetli görülen bulantı ve kusma postoperatif beslenmenin gecikmesine, dehidratasyona, hastanede kalış süresinin uzamasına ve hasta memnuniyetsizliğe neden olabilmektedir.¹² Bulantı ve kusmanın yönetimi için profilaktik antiemetiklerin preoperatif dönemde uygulanarak postoperatif dönemde hastaların bulantı ve kusmasının azaltılması önerilmektedir.²⁰

Cilt hazırlığı / cerrahi alan enfeksiyonu: Postoperatif cerrahi alan enfeksiyonlarının azaltılması amacıyla, hastaların ameliyattan önceki gece sabunla (klorheksidin bazlı bir antimikrobiyal sabunla) veya antiseptik bir ajanla banyo yapması tavsiye edilmektedir. Bunun yanında operasyon yapılacak bölgenin tıraş edilmemesi eğer gerekiyorsa alanda yer alan tüylerin kısaltılması önerilmektedir.²¹

İntraoperatif Bileşenler

Anestezi: Anestezi, ameliyat olacak hastaların yönetiminde oldukça önemli bir yere sahiptir. Anestezi ile hızlı bilişsel ve fiziksel iyileşme amaçlanmaktadır. Kullanılan çeşitli ilaçların dozajı, hastaların özelliklerine ve ameliyat süresine göre ayarlanmalıdır.²⁰

Hedefe yönelik sıvı tedavisi: Hedefe yönelik sıvı tedavisinin amacı, sıvı fazlalığını ve organ hipoperfüzyonunu önleyerek sıvı homeostazını sürdürmektir.¹² ERAS protokolünde sıvı yönetiminin, hastaların özelliklerine ve prosedürün agresifliğine göre ayarlanması gerektiği bildirilmektedir.²⁰

Normotermi bakımı: Büyük cerrahi geçiren hastalarda 36°C veya üzerinde sıcaklık yani normotermiyi sürdürmenin önemi vurgulanmaktadır.¹² ERAS protokolleri, cerrahi işlem sırasında ve sonrasında normotermi elde edilmesini önermektedir. Bu kapsamda ameliyat sırasında normotermiyi sürdürmek için sıcak intravenöz sıvı uygulaması, ameliyathane sıcaklığının artırılması ve vücut altı ısıtma yatakları kullanılması gibi çeşitli yöntemler önerilmektedir.⁸

Drenajlardan/Tüplerden kaçınma: ERAS kapsamında, en az invaziv cerrahi yolun belirlenmesi, mesane kateterizasyonu ihtiyacının ve süresinin belirlenerek en aza indirilmesi, nazogastrik tüplerden kaçınılması, ameliyat sonrası erken dönemde çıkarılması ve diğer drenaj kullanımının en aza indirilmesi yer almaktadır.²¹

Postoperatif Bileşenler

Erken beslenme: Ameliyat sonrası süreçte normal oral diyete yeniden başlanma sürecinde yaşanan gecikmenin enfeksiyon gelişme riskini ve hastanede kalış süresini arttırdığı bildirilmektedir.¹² Ameliyat olan hastaların ihtiyaçları konusunda net kılavuzlar olmasa da akut bakım kılavuzları 2,0 g protein/kg/gün ve 25-30 kkal/kg/gün önermektedir.³¹

Ameliyat sonrası daha yüksek protein alımı, barsakların daha erken boşalması ile ilişkilendirilmektedir. ERAS protokolünde de ameliyat sonrası dönemde uygun beslenme durumunun sürdürülmesi tavsiye edilmektedir.³²

Erken üriner kateter çıkarma: Genel postoperatif bakım kapsamında, üriner kateter ilk 24 saat süresince diürezis izlemek ve üriner retansiyonu önlemek için kullanılabilir. Üriner kateterin erken çıkarılmasının, idrar yolu enfeksiyonları riskini azalttığı ve hastanede kalış süresini kısalttığı bildirilmektedir.³³ Ameliyat sonrasında düşük riskli hastalarda ameliyattan sonraki ilk gün rutin kateter çıkarılmalı, orta veya yüksek riskli hastalarda ise üç güne kadar kateterizasyon gerekebileceği belirtilmektedir.¹²

Postoperatif sıvı yönetimi: Ameliyat sonrası dönemde sıvı uygulamasına bağlı vücut ağırlığında artış olması, morbidite oranında artış ile ilişkilendirilmektedir. ERAS protokolü, postoperatif sıvı infüzyonunun erken kesilmesinin iyileşme sürecini hızlandıracağını belirtmektedir.²⁰

Multimodal analjezi: Ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan postoperatif ağrı hastaların iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir. ERAS'ın temel bileşenlerinden biri, postoperatif ağrının kontrolü olup multimodal analjezi bunu sağlamak için en uygun yöntem olarak görülmektedir.³⁴ Multimodal analjezi, farklı etki mekanizmaları ve farklı hedeflerle iki veya daha fazla analjezik ilacın kullanımına dayanmaktadır. Multimodal analjezi kullanımının daha az yan etki göstererek postoperatif iyileşme sürecini olumlu etkileyeceği belirtilmektedir.³⁵

Erken mobilizasyon: Hastanın bilgilendirilmesi ve ameliyat sonrası süreçte erken mobilizasyona teşvikinin, iyileşme sürecini olumlu etkileyeceği ve hastanede kalış süresini kısaltacağı belirtilmektedir.¹² ERAS kapsamında, cerrahiden sonraki ilk 24 saat içinde mobilize olması önerilmektedir.²⁰

Bağırsak iyileşmesi: Postoperatif dönemde ileus gelişimini önlemeye yönelik ERAS kapsamında postoperatif açlıktan kaçınılması ve gerekli durumlarda erken dönemde laksatiflerin kullanılması önerilmektedir.²⁰ Bunun yanında sakız çiğnemek veya kahve içmenin abdominal cerrahiyi takiben bağırsak fonksiyonu geri dönüş süresini azaltmada etkili olabileceği bildirilmektedir.^{36,37}

Erken taburculuk: Erken taburculuk hem ERAS'ın temel özelliklerinden biri hem de ERAS'ın ana hedeflerinden biridir.²⁰ İyileşme sürecinde önemli bir geçiş aşaması olan taburculuk sürecinde, hastaların hazır oluşluk durumunun değerlendirilmesi ve sürecin planlanmasının yapılması önemli noktaları oluşturmaktadır. Taburculuk sonrası süreçte hastanın ihtiyaçlarının karşılanması, beklentilerinin giderilmesi için kapsamlı eğitimleri ameliyat öncesi dönemde başlanarak verilmesi gerekmektedir.³⁸

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde bireyin, ailenin, toplumun fiziksel ve psikolojik iyilik halinin sürdürülmesinde önemli bir parçayı oluşturan hemşirelerin jinekolojik kanser tanısı almış bireylere sağlayacakları bakım önem taşımaktadır. Hasta sonuçlarının iyileşmesinde önemli etkisi olan ERAS protokolünün uygulanan bakıma entegre edilmesi ve güncel gelişmelerin yakından takip edilmesi hemşirelik bakımının kalitesinin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bunun yanında bakıma entegre edilen ERAS protokolü ile hastaların hastanede kalış sürelerinin kısaltılması, iyileşme süreçlerinin hızlanması, daha az komplikasyon gelişmesi ve aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin artması beklenmektedir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – E.B., H.E.M.; Tasarım – E.B., H.E.M.; Denetleme – H.E.M.; Kaynaklar – E.B.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi – E.B.; Analiz ve/veya Yorum – E.B., H.E.M.; Literatür Taraması – E.B.; Yazıyı Yazan – E.B., H.E.M.; Eleştirel İnceleme – H.E.M.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – E.B., H.E.M.; Design – E.B., H.E.M.; Supervision – H.E.M.; Materials – E.B.; Data Collection and/or Processing – E.B.; Analysis and/or Interpretation – E.B., H.E.M.; Literature Review – E.B.; Writing – E.B.; Critical Review – H.E.M.

Declaration of Interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: The authors declare that this study had received no financial support.

KAYNAKLAR

- Paşalak Şİ, Seven M. Onkolojide genetik gelişmeler ve hemşirenin rollerine etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*. 2017;14(3):212-217.
- Şahin Ö, Ayaz U, Özdemir SM. Epigenetik ve kanser. *Madde, Diyalektik ve Toplum*. 2019;2(1):94-103.
- Sağlık Bakanlığı TC. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı. 2016. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf. Erişim Tarihi: 10.04.2021
- Buckley L, Robertson S, Wilson T, Sharpless J, Bolton S. The role of the specialist nurse in gynaecological cancer. *Curr Oncol Rep*. 2018;20(10):83. [CrossRef]
- WHO. *World Cancer Report 2020*. https://www.iarc.who.int/cards_page/world-cancer-report Erişim Tarihi: 12.04.2021.
- Dal NA, Ertem G. Jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği geliştirme çalışması. *Itobiad J Hum Soc Sci Res*. 2017;6(5):2351-2367.
- Wickenbergh E, Nilsson L, Bladh M, Kjølhed P, Wodlin NB. Agreements on perceived use of principles for enhanced recovery after surgery between patients and nursing staff in a gynecological ward. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;250:216-223. [CrossRef]
- Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, et al. Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations-2019 update. *Int J Gynecol Cancer*. 2019;29(4):651-668. [CrossRef]
- ACOG. *Perioperative pathways: Enhanced recovery after surgery*. Committee opinion no. 750. *Obstet Gynecol*. 2018;132(3):801-802. [CrossRef]
- Bajsova S, Klát J. ERAS protocol in gynecologic oncology. *Ceska Gynkol*. 2019;84(5):376-385.
- Jensen BT. Organization factors in the ERAS bladder cancer pathway: The multifarious role of the ERAS nurse, why and what is important? *Semin Oncol Nurs*. 2021;37(1):151106. [CrossRef]
- Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations: 2018. *World J Surg*. 2019;43(3):659-695. [CrossRef]
- Cook O, McIntyre M, Recoche K, Lee S. "Our nurse is the glue for our team" - Multidisciplinary team members' experiences and perceptions of the gynecological oncology specialist nurse role. *Eur J Oncol Nurs*. 2019;41:7-15. [CrossRef]
- Li J, Huang J, Zhang J, Li Y. A home-based, nurse-led health program for postoperative patients with early-stage cervical cancer: A randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;21:174-180. [CrossRef]
- Okumuş H, Çiçek Ö, Tokat MA. Jinekolojik onkoloji hemşireliğinde güncel durum. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Derg*. 2015;2(2):1-12.

16. Aksoy A, Yılmaz VD. Jinekolojik cerrahide kanıta dayalı uygulamalarda yeni bir yaklaşım. ERAS Protokolü ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2018;10(1):49-58.
17. Miralpeix E, Nick AM, Meyer LA, et al. A call for new standard of care in perioperative gynecologic oncology practice: Impact of enhanced recovery after surgery (ERAS) programs. *Gynecol Oncol*. 2016;141(2):371-378. [\[CrossRef\]](#)
18. Miralpeix E, Mancebo G, Gayete S, Corcoy M, Solé-Sedeño JM. Role and impact of multimodal prehabilitation for gynecologic oncology patients in an enhanced recovery after surgery (ERAS) program. *Int J Gynecol Cancer*. 2019;29(8):1235-1243. [\[CrossRef\]](#)
19. Scheib SA, Thomasse M, Kenner JL. Enhanced recovery after surgery in gynecology: A review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019;26(2):327-343. [\[CrossRef\]](#)
20. Bogani G, Sarpietro G, Ferrandina G, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynecology oncology. *Eur J Surg Oncol*. 2021;47(5):952-959. [\[CrossRef\]](#)
21. Anand M, Trabuco E. Enhanced recovery after gynecologic surgery: components and implementation. UptoDate; 2021. <https://www.uptodate.com/contents/enhanced-recovery-after-gynecologic-surgery-components-and-implementation> Erişim Tarihi: 15.04.2021.
22. Bilgiç D, Yağcan H, Güler B, Aypar NN. Jinekolojik cerrahide ameliyat öncesi ve sonrası kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Derg*. 2019;6(2):114-121.
23. Nelson G, Altman AD, Nick A, et al. Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) society recommendations—Part I. *Gynecol Oncol*. 2016;140(2):313-322. [\[CrossRef\]](#)
24. Stefura T, Droś J, Kacprzyk A, et al. Influence of preoperative weight loss on outcomes of bariatric surgery for patients under the enhanced recovery after surgery protocol. *Obes Surg*. 2019;29(4):1134-1141. [\[CrossRef\]](#)
25. Nielsen LV, Nielsen MS, Schmidt JB, Pedersen SD, Sjødin A. Efficacy of a liquid low-energy formula diet in achieving preoperative target weight loss before bariatric surgery. *J Nutr Sci*. 2016;5:e22. [\[CrossRef\]](#)
26. Kim S, McClave SA, Martindale RG, Miller KR, Hurt RT. Hypoalbuminemia and clinical outcomes: What is the mechanism behind the relationship? *Am Surg*. 2017;83(11):1220-1227. [\[CrossRef\]](#)
27. Pache B, Grass F, Hübner M, Kefleyesus A, Mathevet P, Ahtari C. Prevalence and consequences of preoperative weight loss in gynecologic surgery. *Nutrients*. 2019;11(5):1094. [\[CrossRef\]](#)
28. Xu J, Sun X, Xin Q, et al. Effect of immunonutrition on colorectal cancer patients undergoing surgery: A meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2018;33(3):273-283. [\[CrossRef\]](#)
29. Mariette C. Immunonutrition. *J Visc Surg*. 2015;152(1):14-17.
30. Mann W. Overview of preoperative evaluation and preparation for gynecologic surgery. UptoDate 2021. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-preoperative-evaluation-and-preparation-for-gynecologic-surgery> Erişim Tarihi: 15.04.2021.
31. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*. 2017;36(3):623-650. [\[CrossRef\]](#)
32. Bisch S, Nelson G, Altman A. Impact of nutrition on enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynecologic oncology. *Nutrients*. 2019;11(5):1088. [\[CrossRef\]](#)
33. Altman AD, Robert M, Armbrust R, et al. Guidelines for vulvar and vaginal surgery: Enhanced recovery after surgery society recommendations. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(4):475-485. [\[CrossRef\]](#)
34. Gelman D, Gelman A, Urbanaitė D, et al. Role of multimodal analgesia in the evolving enhanced recovery after surgery pathways. *Med (Kaunas Lith)*. 2018;54(2):20. [\[CrossRef\]](#)
35. Tan M, Law LS, Gan TJ. Optimizing pain management to facilitate enhanced recovery after surgery pathways. *Can J Anaesth*. 2015;62(2):203-218. [\[CrossRef\]](#)
36. Güngördük K, Özdemir İA, Güngördük Ö, Gülseren V, Gökçü M, Sancı M. Effects of coffee consumption on gut recovery after surgery of gynecological cancer patients: A randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(2):145.e1-145.e7. [\[CrossRef\]](#)
37. Vergara-Fernandez O, Gonzalez-Vargas AP, Castellanos-Juarez JC, Salgado-Nesme N, Sanchez-Garcia Ramos E. Usefulness of gum chewing to decrease postoperative ileus in colorectal surgery with primary anastomosis: A randomized controlled trial. *Rev Invest Clin*. 2016 Nov-Dec;68(6):314-318.
38. Kang E, Gillespie BM, Tobiano G, Chaboyer W. Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge: A systematic mixed studies review. *Int J Nurs Stud*. 2018 Nov;87:1-13.