

Derleme Makalesi/Review Article

Jinekolojik Onkoloji Cerrahisinde ERAS Protokolü Doğrultusunda Hemşirelik Yaklaşımları

Minel AKTEN¹, Yıldı Arzu ABA²

Nursing Approaches in Gynecologic Oncology Surgery in line with ERAS Protocol

ÖZ

Teknolojinin gün geçtikçe ilerlemesi ile yaşanan gelişmeler sağlık hizmetlerini de etkileyen sonuçları ortaya koymaktadır. Bilimsel araştırmalar ile elde edilen bilgilerin klinik uygulamalara aktarılması ile cerrahi alanda kanıta dayalı yaklaşımların önemini artırmıştır. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) bu yaklaşımlar arasında yer alan cerrahi tedavi alan bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir protokoldür. Primer hedefi hastalar üzerinde erken iyileşmeyi sağlayarak taburculuk süresini kısaltmak ve oluşabilecek komplikasyonları önlemektir. Kısaca ERAS protokolleri klinik sonuçları ve cerrahi sonrasında uygulanan bakımın kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen yenilikçi uygulamalardır. ERAS protokolü günümüzde anestezi-analjezi, cerrahi yanıtın azaltılması, hidrasyonun sağlanması minimum düzeyde invaziv cerrahi, erken süreçte oral beslenme ve mobilizasyon alanlarında en kısa sürede iyileşmeyi ve hastalanma oranlarını en aza indirmeyi hedeflemektedir. ERAS protokolü, ilk olarak Danimarka'da abdominal kolorektal cerrahi uygulamalarında başarıyla kullanılmış ve bu başarı, diğer cerrahi alanlarda da uygulanma gerekliliğini doğurmuştur. ERAS Jinekolojik/Onkolojik cerrahi protokolü ilk kez Şubat 2016'da yayınlanmış ve bu protokol 2019 yılında en güncel kanıtlara dayalı perioperatif bakım protokolü olarak ilk güncellemesini almıştır. Son güncellemesi ise 2023 yılında yapılmıştır. Bu derlemede ERAS Derneği (Enhanced Recovery After Surgery Society for Perioperative Care) tarafından hazırlanan ve 2023 yılında revize edilen ERAS protokolü doğrultusunda cerrahi öncesi, sırası ve sonrasında yapılması gereken yaklaşımlar ele alınmıştır. Bu doğrultuda, hemşirelerin jinekolojik onkoloji cerrahisi alanında bakım verirken ERAS protokollerinden yararlanması ve hemşirelik literatürüne yeni bir bakış açısı kazandırılması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: ERAS protokolleri; hemşirelik; jinekolojik onkolojik cerrahi

ABSTRACT

The developments that occur with the advancement of technology day by day reveal results that also affect healthcare services. The importance of evidence-based approaches in the surgical field has increased with the transfer of information obtained through scientific research to clinical practice. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) is an important protocol that affects the quality of life of individuals receiving surgical treatment, which is among these approaches. Its primary goal is to shorten the discharge period by ensuring early recovery on patients and to prevent complications that may occur. In short, ERAS protocols are innovative practices that aim to improve clinical outcomes and the quality of post-surgical care. Today, the ERAS protocol aims to recover as quickly as possible and minimize disease rates in the areas of anesthesia-analgesia, reducing surgical response, ensuring hydration, minimally invasive surgery, early oral nutrition and mobilization. The ERAS protocol was first used successfully in abdominal colorectal surgery in Denmark, and this success has led to the necessity of its application in other surgical fields. The ERAS Gynecological/Oncological surgery protocol was first

published in February 2016, and this protocol received its first update in 2019 as the perioperative care protocol based on the most current evidence. Its last update was made in 2023. In this compilation, Prepared by the ERAS Association (Enhanced Recovery After Surgery Society for Perioperative Care) and the approaches to be taken before, during and after surgery in accordance with the ERAS protocol revised in 2023 are discussed. In this regard, it is aimed for nurses to benefit from ERAS protocols while providing care in the field of gynecological oncology surgery and to gain a new perspective in the nursing literature.

Keywords: ERAS protocols; nursing; gynecological oncological surgery

¹ Sorumlu Yazar; ¹ Hemşire, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 10100, Balıkesir, Türkiye. e-mail: mineelakten@gmail.com ORCID ID: 0000-0003-4857-4858

² Doç. Dr. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Balıkesir. e-mail: yaba@bandirma.edu.tr ORCID ID: 0000-0001-6660-4964

Geliş Tarihi: 15.12.2023, Kabul Tarihi: 05.03.2024 Online Yayın Tarihi: 30.03.2024

Atf/Citation: Akten M ve Aba YA. (2024). Jinekolojik onkoloji cerrahisinde eras protokolü doğrultusunda hemşirelik yaklaşımları. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10 (1), 27-42.

Bu çalışma II. Uluslararası III. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

EXTENDED SUMMARY

The developments experienced with the advancement of technology day by day reveal the results affecting health services. The importance of evidence-based approaches in the surgical field has increased with the transfer of information obtained through scientific research to clinical practice. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) is an important protocol that affects the quality of life of individuals receiving surgical treatment among these approaches. Accelerated recovery protocols after surgery, or in other words, accelerated surgery protocols, are perioperative practices based on scientific evidence that aim to maintain normal physiological processes after surgery.

The aim of the ERAS protocol is to promote early recovery in patients by reducing postoperative complications. The ERAS protocol represents an approach that has been reported to be beneficial for both the patient and health care outcomes. This protocol aims to optimize the patient both physically and psychologically. According to the recent data, ERAS resulted in a 1.6-day reduction in hospital stay, a 32% reduction in complications, and a 20% reduction in readmission. However, it was concluded that there was no change in the postoperative 30-day mortality rate. The primary goal is to shorten the discharge time and prevent complications that may occur by providing early recovery on patients. In short, ERAS protocols are innovative applications aiming to improve clinical outcomes and the quality of postoperative care. Today, the ERAS protocol aims to minimize recovery and morbidity rates in the shortest time in the areas of anesthesia-analgesia, reduction of surgical response, minimally invasive surgery, early oral nutrition and mobilization.

The ERAS protocol was first used successfully in abdominal colorectal surgery in Denmark and this success has led to the necessity of its application in other surgical fields. The ERAS Gynecological/Oncological surgery protocol was first published in February 2016 and this protocol received its first update in 2019 as the most up-to-date evidence-based perioperative care protocol. The last update was made in 2023. In this review, the approaches to be taken before, during and after surgery in accordance with the ERAS protocol prepared by the ERAS Society (Enhanced Recovery After Surgery Society for Perioperative Care) and revised in 2023 are discussed. In this direction, it is aimed that nurses benefit from ERAS protocols while providing care in the field of gynecological oncology surgery and to provide a new perspective to the nursing literature.

ERAS program can be successfully implemented with the participation of a multidisciplinary team. The involvement of the patient in every stage of this process is the main point of a successful ERAS program. The ERAS protocol consists of four stages: prehabilitation, preoperative period, intraoperative period and postoperative period. Pre-rehabilitation is an approach that is usually applied at the beginning of the rehabilitation process and aims to prepare for upcoming stressful events (e.g. surgical interventions). It is a process aimed at improving the patient's ability to cope with certain stress factors. Preoperative psychological counselling is an important process to set expectations for surgical and anesthetic procedures and to provide information about the postoperative care plan. Furthermore, preoperative education and psychological preparation have the potential to reduce anxiety and stress, increase patient satisfaction, improve fatigue and facilitate early discharge. Preoperative education added to the ERAS protocol has been shown to be effective in reducing pain and nausea and improving well-being. Patients treated with the ERAS protocol are discharged from the hospital in the middle stage of the recovery process. Discharge from hospital represents an important transition phase for both patients and their caregivers.

Assessing patients' readiness for discharge is an important part of discharge planning. Therefore, it is important to provide detailed education to patients and caregivers. The main components of discharge education include factors such as educational content, frequency, timing and delivery methods. Unlike traditional approaches, the ERAS program refers to a multimodal approach in which not only surgeons but also health professionals such as anesthetists, nurses and physiotherapists should be actively involved in the care and even patients should be included in this process. In particular, nurses, who assume an important role in the multidisciplinary team, apply personalized nursing processes at every stage of surgical intervention and fulfil special care practices that meet the special needs of patients. With the advancement of surgical approaches, the consideration of the ERAS protocol has led to changes in the roles of nurses. With the introduction of the ERAS protocol, which aims for optimal recovery and early discharge from hospital, in gynecological surgery, the need for evidence-based guidelines similar to the ERAS protocol guidelines has increased.

Thanks to these evidence-based guidelines, nurses will provide high-level care to patients with information reflected in the clinical field. Especially nurses will actively participate in practices. Nurses will consider the patient as a whole in biological and psychological

terms and carefully evaluate every aspect of the patient while providing care after gynecological surgery. In surgical procedures, it can be seen that patients' anxiety levels increase and their willingness to ask questions decreases.

Therefore, communication and education roles of nurses become more important. In this case, nurses will approach patients and their relatives sympathetically by using their empathy skills, make appropriate explanations and give answers to the questions asked. However, when the researches are examined, it is observed that there are not enough studies showing that nurses apply the ERAS protocol in gynecological surgery.

1. GİRİŞ

Kanser, son yıllarda Türkiye dahil dünya genelinde en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Dünya çapında ölüm nedenleri sıralamasında ikinci sırada yer almakta olup, tahminlere göre 2030 yılında ilk sıraya yükselmesi beklenmektedir (Bekmezci ve Meram 2022).

Jinekolojik kanserler, kadın genital organlarının malign hastalığıdır. Jinekolojik kanserler arasında serviks, endometrium, over, vulva ve vajina kanseri bulunmaktadır (Buckley, Robertson, Wilson, Sharpless, Bolton, 2018). Dünya Kanser Raporu (World Cancer Report) 2020 verilerinde yer alan bilgilere göre, dünyada kadınlarda en yaygın görülen jinekolojik kanser serviks kanseri olarak belirlenmiştir. İkinci sırada uterus kanseri, üçüncü sırada ise over kanseri bulunmaktadır (World Cancer Report (WHO), 2020). Türkiye'de görülen kanserler arasında ise en yaygın görülen kanser türü uterus kanseri, ölüm hızı en yüksek olan kanser türünün ise over kanseri olduğu bilinmektedir (Özen Çınar, 2022). Jinekolojik kanserlerin risk faktörleri genellikle kanser türüne ve kişiden kişiye değişmekle birlikte, sıklıkla tütün kullanımı, alkol tüketimi, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, düşük sosyoekonomik düzey, fiziksel aktivite eksikliği, bağışıklık sistemi zayıflığı, Human Papilloma Virüsü (HPV) enfeksiyonu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, çok eşlilik, cinsel ilişki yaşının erken başlaması, hormonal faktörler, obezite ve genetik faktörler gibi risk faktörlerini içermektedir (Dal ve Ertem, 2017; WHO, 2020). Jinekolojik kanserlerin tedavileri sonucunda yapılan cerrahi müdahaleler bireylerin hayatını etkilemektedir. Bu süreçte iyileşmenin hızlandırılmasına yardımcı olan protokoller ise bireyin hem psikolojik hem de fizyolojik açıdan daha kolay şekilde eski sağlığına kavuşmasını kolaylaştıracaktır.

Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri [Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)] ya da diğer bir deyişle hızlandırılmış cerrahi protokolleri, cerrahi sonrası normal fizyolojik süreçleri sürdürmeyi hedefleyen, bilimsel kanıtlara dayalı perioperatif uygulamalardır (Nelson ve ark., 2016). ERAS protokolünün ortaya çıkma amacı, cerrahi sonrası komplikasyonları azaltarak hastalarda erken iyileşmeyi desteklemektir. ERAS protokolü, hem hasta hem de sağlık bakım sonuçları açısından faydalı olduğu rapor edilen bir yaklaşımı temsil eder. Bu protokol, hastayı hem fiziksel hem de psikolojik olarak en iyi duruma getirme amacını taşır (Nelson ve ark., 2019). Son verilere göre, ERAS'ın hastanede kalış süresinde 1,6 günlük bir azalma, komplikasyonlarda %32 azalma, tekrar kabulde %20 azalma sağladığı tespit edilmiştir. Ancak postoperatif 30 günlük mortalite oranında değişiklik olmadığı sonucuna varılmıştır. Hasta başına ortalama 2.129 dolar tutarında maliyet tasarrufu sağladığı belirlenmiştir (Nelson ve ark., 2023).

ERAS protokolü, ilk olarak Danimarka'da abdominal kolorektal cerrahi uygulamalarında başarıyla kullanılmış ve bu başarı, diğer cerrahi alanlarda da uygulanma gerekliliğini doğurmuştur (Ljungqvist, 2011). Bu nedenle, bu yeni yaklaşımın jinekoloji alanında kullanılmasının gerekli olduğu, Nisan 2012'de düzenlenen "Ulusal Hızlandırılmış İyileştirme Zirvesi" sırasında, Royal Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği ile İngiliz Jinekolojik Kanser Derneği temsilcileri tarafından imzalanan Multidisipliner Konsensus Bildirisi ile kabul edilmiş, ve 2016 yılında anestezi ve majör jinekoloji kılavuzu olarak yayımlanmıştır (Torbe, Crafword, Nordin, Acheson, 2013). ERAS Jinekolojik/Onkolojik cerrahi protokolü 2019 yılında en güncel kanıtlara dayalı perioperatif bakım protokolü olarak ilk güncellemesini almıştır. Bu derlemede 2023 yılında revize edilen ERAS protokolü doğrultusunda cerrahi öncesi, sırası ve sonrasında yapılması gereken yaklaşımlar ele alınmıştır (Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Derneği). Bu doğrultuda, hemşirelerin jinekolojik onkoloji cerrahisi alanında bakım verirken ERAS protokollerinden yararlanması ve hemşirelik literatürüne yeni bir bakış açısı kazandırılması amaçlanmaktadır.

JİNEKOLOJİK CERRAHİDE ERAS PROTOKOLÜ UYGULAMA KILAVUZU

Cerrahi Sonrası İyileşmesinin Hızlandırılması (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS), majör cerrahi geçiren hastalarda erken sürede iyileşmeye teşvik etmek için hazırlanmış, sağlık sistemine hem hastane sürecinde iyileşmeyi hem de maliyet açısından katkı sağlayan bir cerrahi iyileştirme girişimidir (Işık

ve Ünsal Atan 2021). ERAS protokolü anestezi-analjezi, cerrahi yanıtın azaltılması, hidrasyonun sağlanması, minimum düzeyde invaziv cerrahi, erken süreçte oral beslenme ve mobilizasyon alanlarında en kısa sürede iyileşmeyi ve morbidite oranlarını en aza indirmeyi hedeflemektedir (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz 2018).

Multidisipliner bir ekibin katılımı ile ERAS programı başarılı bir şekilde uygulanabilir. Bu sürecin her aşamasına hastanın dahil olması başarılı bir ERAS programının temel noktasıdır (Bekmezci ve Meram 2022). ERAS protokolü dört aşamadan oluşmaktadır: prehabilitasyon, cerrahi öncesi dönem, cerrahi girişim sırası dönem ve cerrahi sonrası dönemdir (Bogani ve ark., 2021).

CERRAHİ TEDAVİ ÖNCESİ HASTALARIN HAZIRLIĞI: PREHABİLİTASYON

Ön-rehabilitasyon (Prehabilitasyon), genellikle rehabilitasyon sürecinin başlangıcında uygulanan bir yaklaşımdır ve yaklaşan stresli etkenlere (cerrahi girişimler vb.) hazırlık yapmayı amaçlamaktadır. Hastanın belirli stres faktörleriyle başa çıkma becerisini geliştirmeyi hedefleyen bir süreçtir (Britton-Jones, 2017).

Ön-rehabilitasyon, aerobik ve direnç egzersizlerini kullanarak fiziksel fonksiyonu geliştirmeyi, hastalığa bağlı bozuklukları önlemek veya azaltmak için fonksiyonel egzersizleri, beslenmeye yönelik diyet müdahalelerini ve genel iyilik halini teşvik etmek için psikolojik girişimleri içeren multimodal bir yaklaşımı benimser. Hedefe yönelik müdahaleler, cerrahi komplikasyonların azalmasına, hastanede kalış sürelerinin kısalmasına, hastaneye tekrar yatışların ve genel sağlık bakım maliyetlerinin azalmasına ve gelecekteki morbidite insidansının veya şiddetinin azalmasına olanak sağlar (Silver, 2015).

CERRAHİ ÖNCESİ DÖNEM YAKLAŞIMLARI

Hastaneye Kabul Öncesi Bilgi, Eğitim ve Danışmanlık

Ameliyat öncesi psikolojik danışmanlık cerrahi ve anestezi prosedürlerine yönelik beklentileri belirlemek ve ameliyat sonrası bakım planıyla ilgili bilgi sağlamak amacıyla önemli bir süreçtir. Ayrıca, ameliyat öncesi eğitim ve psikolojik hazırlık, anksiyete ve stresi azaltma, hasta memnuniyetini artırma, yorgunluğu iyileştirme ve erken taburcu olmayı kolaylaştırma potansiyeline sahiptir. ERAS protokolüne eklenen preoperatif eğitimin, ağrı ve bulantıyı azaltmada ve iyilik halini arttırmada etkili olduğu gösterilmiştir (Işık ve Ünsal Atan 2021).

Jinekolojik kanser hastalarının bilgi sahibi olmayı tercih ettikleri ve hemşirenin destekleyici rolünün 6 aya kadar stres seviyelerini azaltabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle, olumlu bir cerrahi deneyim ve sonuçlar için hasta danışmanlığı ve hasta eğitimi sürecinde hastaların multidisipliner bir ekip tarafından bilgilendirilmesi ve desteklenmesi önemlidir. Randomize kontrollü bir çalışmada, jinekolojik-onkolojik cerrahi ile ilgili olarak yazılı onamın sözlü onama göre daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Nelson ve ark., 2019). Stawert ve Ark.'nın jinekolojik kanser hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların detaylı olarak bilgi sahibi olmak istedikleri ve hemşirelerden aldıkları destek sayesinde stres düzeylerinin en aza indirildiği belirtilmektedir (Stewart ve ark., 2000).

Optimizasyon

Cerrahi öncesi dönemde, sigara, alkol kullanımı ve aneminin varlığı rutin olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca, tanısı konulmamış diyabet gibi hastalıkların gün geçtikçe arttığı göz önünde bulundurularak bu gibi kronik hastalıklar da sorgulanmalıdır. Jinekolojik kanser hastalarında, cerrahi öncesi optimizasyonu tamamlamak için elektif cerrahi risklerinin dikkatli bir şekilde tanımlanmasının son derece önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Cerrahi öncesi ve sonrası dönemde sigara kullanımının riskli durumlara yol açabileceği öngörülmektedir. Bu nedenle cerrahi öncesi sigara bırakılmalıdır. Sigarayı bırakan hastalarda bırakıldıktan sonraki dört hafta içerisinde bile pulmoner fonksiyonda artış görülmektedir. Sigara kullanan bireylerin cerrahi operasyonlardan sekiz hafta önce sigara kullanımına son vermeleri gerektiği vurgulanmıştır (Gustafsson ve ark., 2018; Nelson ve ark., 2019).

Alkol kullanımının vücutta birçok sistem üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Alkol kullanan bireyler kardiyovasküler, nörolojik, gastrointestinal ve hemotolojik sistemlerde ciddi sorunlar ile karşılaşabilirler. Bu nedenle preoperatif dönemde alkol kullanımının sorgulanması oldukça önemlidir. Alkol kullanan bireylerin yapılacak cerrahi operasyonlardan sekiz hafta önce alkol kullanımına son vermeleri gerekmektedir (Gustafsson ve ark., 2018). Alkol kullanımında postoperatif dönemde ortaya çıkan komplikasyonlar karşısında hastanede kalış süresi uzamakta ve yoğun bakımlarda yatış oranı artmaktadır. Alkol kullanımı vücuttaki pıhtılaşma faktörlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle trombositopeniye bağlı kanama riskini artırır. Deliryum ve tremens üzerinde de olumsuz etkileri vardır (Chapman ve Plaat 2009). Oppedal ve Ark.'nın çalışmasında preoperatif dönemde alkol kullanımına

son verilmesinin postoperatif dönem komplikasyonlarını azalttığı tespit edilmiştir (Oppedal, Moller, Pederson, Tonnesen, 2012).

Hiperglisemi, morbidite ve mortalite oranlarının artmasına neden olan önemli faktörlerden biridir (Duncan, 2012). Hemogloblin A1c (HbA1c) oranını yüksekliği kolorektal cerrahi yapılmış hastalarda karşımıza çıkmaktadır ve bu durum postoperatif dönemde karşılaşılabilecek komplikasyonlara zemin hazırlar. ERAS protokolü, ciddi hiperglisemi hastalarında hipoglisemiyi önlemek için kan glikoz seviyesinin düzenli izlemi ile kontrollü insülin tedavisini önermektedir (Ljungqvist, 2014; Nelson ve ark., 2019).

Anemi, postoperatif dönemde morbidite ve mortalite oranlarında artışa sebep olmaktadır. Buna karşın aneminin erken süreçte fark edilmesi kan transfüzyonu sırasında karşılaşılabilecek yan etkileri önlemeye fayda sağlamaktadır (Nelson ve ark., 2016). Amato ve Ark.'nın yapmış olduğu bir sistematik derlemede, cerrahi öncesi, sırası ve sonrasında yapılan kan transfüzyonunu takiben jinekolojik kanserler dahil olmak üzere diğer kanser türlerinin rekürrensinde de artış olduğu belirtilmiştir (Amato ve Pescatori 2006). İngiliz Hematoloji Derneği tarafından yayımlanan son rehberde cerrahi sonuçlarını daha iyi hale getirmek için preoperatif dönem transfüzyonunun yararlarına dair bir kanıt bulunmamaktadır. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri tarafından dikkat edilen noktanın cerrahi sırasında kan kaybını önlemeye yönelik olması gerekmektedir (Kotze ve rk., 2015).

Cerrahi Öncesi Bağırsak Hazırlığı

Bağırsak temizliğinin ilk uygulaması 1887 yılında başlamıştır. Cerrahi öncesi dönemde yapılan bağırsak hazırlığı boşaltım sistemini yavaşlatır ve dışkı yükünde azalma ortaya çıkarır, bu durum ameliyatlardan sonra anastomoz sızıntısını ve bu sızıntıya bağlı sepsisin şiddetini azalttığı düşünülmektedir (Demirhan ve Pınar, 2014). Ameliyat sonrası dönemde ise enfeksiyona bağlı morbiditeyi azaltabileceği varsayılır (Nelson ve ark., 2019). Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise bağırsak temizliğinin bireylerde strese yol açtığı ve bu durumun bağırsakların normale dönüş sürecini geciktirdiğini ortaya koymuştur (Kalogera ve Dowdy, 2016). Ameliyat öncesi bağırsak hazırlığının minimal invaziv jinekolojik cerrahi öncesinde rutin olarak kullanılması önerilmemektedir. Kanıt düzeyi yüksek çalışmalar, mekanik bağırsak hazırlığının tek başına postoperatif morbiditeyi azaltmadığını bu nedenle terk edilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Işık ve Ünsal Atan, 2021). Buna rağmen jinekolojik cerrahide uygulanmış bağırsak temizliğinin oluşabilecek enfeksiyonları

engellemede faydalı bir uygulama olduğu ifade edilmiştir (Kalogera ve Dowdy, 2016).

Cerrahi Öncesi Açlık ve Karbonhidrat Tedavisi

1990'lı yıllarda mide içeriğinin pulmoner aspirasyona sebep olarak mortaliteye sebep olmasının ardından cerrahi öncesi 12 saatlik süreçte açlık protokolü uygulanmaya başlanmıştır. Son yıllarda yapılan araştırmalar hastada insülin direncini geliştirerek iyileşme hızını azalttığı ve bazı metabolik problemlere sebep olduğunu göstermektedir. Kuzey Avrupa ülkeleri ve Amerika bu yöntemi kullanmaya son vermiştir (Ersoy ve Gündoğdu, 2007). ERAS Derneği çalışma ekibinin 2023 yılında yapmış oldukları çalışmada kullanılan açlık protokolü ise cerrahi operasyonlardan 8 saat öncesi katı alımını, 2 saat öncesi ise berrak sıvı yiyeceklerin alınmasını önermektedir (Nelson ve ark., 2023). Preoperatif dönemde oral karbonhidratların tüketimi ve operasyon öncesi aç kalmamak postoperatif dönemde karşılaşılabilecek komplikasyonları azaltmaktadır (Nelson ve ark., 2019). Yuill ve Ark.'nın yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada preoperatif dönemde karbonhidratlı sıvı gıda alımının kas kütlesi kaybı ve ortalama hastanede kalış süresi olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir (Akın, 2012).

Premedikasyon

Yapılan araştırmalarda 70 yaşın altındaki hastalara premedikasyon yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Araştırmalar cerrahiye yanıt olarak ortaya çıkan nöroendokrin ve inflamatuvar stresin birçok organda yük oluşturduğunu ve bu yükün cerrahi sonrası komplikasyonları artırdığını göstermektedir. Bu nedenle, glukokortikoid ilaçların inflamatuvar yanıtları azalttığı, bulantı, kusma ve ağrı üzerinde de anlamlı ölçüde etki bırakarak bulguları hafiflettiği kanıtlanmıştır (Akın, 2012). Ayrıca, antiemetik tedavilerle özofagus alt uç sfinkter basıncının artması sağlanarak regürjitasyon ve aspirasyon pnömonisi riski azaltılmaktadır. Premedikasyon için endikasyon varsa, antiaritmiklerin, beta-blokerlerin ve statinlerin kullanılması da uygun olabilir (Baytaş ve ark., 2011). Nelson ve Ark.'nın oluşturdukları kılavuzda preoperatif dönemde rutin olarak uygulanan sedatiflerin postoperatif dönemde iyileşmeyi olumsuz etkilemesinden dolayı sedatiflerin kullanımından kaçınılması gerektiğini belirtmişlerdir (Nelson ve ark., 2016).

Venöz Tromboembolizm Profilaksisi

Jinekolojik malignitelerde venöz tromboembolizm (VTE), bilinen bir komplikasyon olup bu hastalarda önde gelen bir morbidite ve mortalite nedenidir. Jinekolojik maligniteye sahip hastalarda VTE

insidansı %3-25 arasında değişmektedir (Cohen, Lim, Davies, 2017). VTE, servikal kanserde %3-4, endometrial kanserde %4-9 ve over kanserinde %17-38 oranlarında ortaya çıktığı belirlenmiştir (Nelson ve ark., 2019). Matsuo ve Ark. tarafından yapılan bir çalışmada, servikal kanserde bir, iki ve beş yıllık kümülatif VTE insidansları sırasıyla %8.4, %11.3 ve %18.7 olarak bildirilmiştir (Matsuo ve ark., 2016). Over kanseri tanısı alan vakalarda yapılan bir çalışmada, tanı anında VTE oranının %4.8 olduğu ve VTE'nin 28 ve 45 aylık yaşam şansını anlamlı şekilde azalttığı bulunmuştur (Heath ve ark., 2016).

Jinekolojik onkoloji hastalarında, cerrahi operasyondan en 24 saat önce profilaksiye başlanması önerilmekte ve bu süreç hastaneye yatış süresince devam edilmesi önerilmektedir. VTE'yi önlemek amacıyla hastalar varis çorapları kullanımına teşvik edilmelidir (Nelson ve ark., 2016). Yoo ve Ark.'nın çalışmasında, cerrahi öncesi antikoagülan tedavinin derin ven trombozu (DVT) ve DVT ile ilişkili ölümleri azalttığı belirtilmiştir (Yoo ve Oh 2015). Rahn ve Ark.'nın oluşturduğu bir sistematik derlemede ise varis çorapları ve düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) kullanımının, benign cerrahi yapılan jinekolojik hastalarının çoğunda yeterli profilaksi sağladığı vurgulanmıştır (Rahn ve ark., 2011). Hormon replasman tedavisi ve kombine oral kontraseptif kullanan hastalar, ilaçlarını bırakmaları veya cerrahi öncesinde alternatif yöntemler kullanmaları gerektiği konusunda uyarılmalıdır (Aksoy ve Vefikuluçay 2018).

Cerrahi Bölge Enfeksiyonu Azaltma

Cerrahi Alan Enfeksiyonları (CAE) cerrahi bir girişimi takip eden ya da cerrahi girişime bağlı gelişen ve operasyonu takiben 30 veya 90 gün içinde meydana gelen enfeksiyondur. Günümüzde enfeksiyon kontrolünde, cerrahi odadaki havalandırma sistemlerinde, sterilizasyon yöntemlerinde, cerrahi tekniklerde ve antimikrobiyal profilaksi uygulamalarında elde edilen ilerlemelere rağmen, CAE önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olarak kabul edilmektedir. CAE, ameliyat sonrası hastaların daha fazla antibiyotik kullanmasına, tedavi maliyetinin ve hastanede kalış süresinin artmasına yol açmaktadır (Kalkan ve Karadağ 2019). Antimikrobiyal profilaksi ve cilt hazırlığı cerrahi bölge enfeksiyonlarına karşı koruyucu önlemler arasında yer almaktadır (Nelson ve ark., 2019).

Antimikrobiyal Profilaksi ve Cilt Hazırlığı

Antimikrobiyal profilaksinin amacı cerrahi kesi anında doku ve serumda yeterli bölge temizliğinin elde edilmesidir. Enterik bakteriler özellikle jinekolojik cerrahide girişim anında yoğun enfeksiyonlara yol

açar (Nelson ve ark., 2016). Tanos ve Ark.'nın yaptığı bir araştırma sonucunda, antimikrobiyal profilaksinin vajinal ya da abdominal histerektomi sonrasında cerrahi alanda oluşabilecek enfeksiyonların etkisini ortadan kaldırdığı ortaya konmuştur (Tanos ve Rojansky 1994). Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (Infectious Diseases Society of America) tarafından yayınlanan rehberde antimikrobiyal profilaksinin cerrahi operasyonlardan bir saat önce uygulanması gerektiği açıklanmıştır (Soyer, 2014). Hastalar operasyondan önce klorheksidin içeren bir antimikrobiyal sabunla duş almalı ve preoperatif dönemde cerrahi alana klorheksidin-alkol ile cilt hazırlığı yapılmalıdır (Işık ve Ünsal Atan 2021).

CERRAHİ GİRİŞİM SÜRECİ YAKLAŞIMLARI

Standart Anestezi Protokolü

Cerrahi operasyonlar öncesi hastaya yaşadığı durumu hissetmemesi ve uygun cerrahi koşullarını sağlamak amacıyla anestezi uygulanır. Uzmanların amacı dolaşım, ortalama arter basıncı ve oksijen satürasyon düzeyini optimize etmektir. Uzmanlar tarafından minimum anestezi ile hızlı nörobilişsel iyileşme ve minimum bulantı-kusma amaçlanmaktadır (Nelson ve ark., 2019).

Cerrahi Girişim Sürecinde Hipotermiğin Önlenmesi

Cerrahi işlem sırasında vücut sıcaklığının düşmesi, sempatik sinir sisteminin harekete geçmesine ve metabolik endokrin yanıtın uyarılmasına sebep olur. Bu durum, kanın pıhtılaşma dengesini etkileyerek kanamayı artırabilir ve cerrahi sonrasında titreme hissinin ortaya çıkmasına yol açabilir. Ayrıca, hipotermi oksijen tüketimini artırarak, insizyon bölgesindeki ağrıyı da artırabilir. Günümüzde, normotermiyi sağlamak için hastaların cerrahi öncesi süreçte ısıtılmaya başlanması önerilir. Bu uygulamanın hastalar üzerindeki huzursuzluğu azalttığı, oluşabilecek yara enfeksiyonlarını ve kardiyak durumları en aza indirdiği belirtilmiştir (Ersoy ve Gündoğdu 2007).

İşlem sırasında genel anestezi uygulanacak hastalar, işlemten en az 10 dakika önce ısıtılmalıdır. Cerrahi sırasında gövde altından ısıtmalı battaniyelerin ve sıcak hava üfleyen cihazların kullanılması önerilir. Battaniye kullanımı işlem kısıtına yol açtığı için robotik cerrahide kullanımından kaçınılır ve intravenöz (IV) sıvılar vücut sıcaklığını dengede tutacak ısıya getirilerek hastaya uygulanır. Hastada hipotermi oluşmaması için hasta monitörizasyonu sağlanmalı ve vital bulgular takip edilmelidir. Nazofarenksin içinin jinekolojik cerrahide iç

sıcaklığın ölçümü için en uygun yer olduğu kabul edilmiştir (Horn ve ark., 2012).

Dren/Tüp Uygulamasından Kaçınma (Nazogastrik Entübasyon)

ERAS protokolü; tüp, dren ve kataterlerin az ve sınırlı sayıda kullanılmasını, kullanımı zorunlu olanların ise minimum sürede kalması gerektiğini savunmaktadır.²⁸ Literatürde, nazogastrik entübasyon uygulanan hastalarda pulmoner komplikasyonların ve hastanede yatış süresini kısaltmadığı, bağırsakların normale dönüş süresini değiştirmedeği belirtilmiş buna ek olarak ise hastalarda ateletazi, pnömoni ve ateş görülme oranlarını da arttırdığı bildirilmiştir (Nelson, Edwards, Tse, 2007).

Cerrahi Girişim Sürecinde Hiperglisemiden Kaçınma

Perioperatif glikoz düzeyleri, diyabet hastalarında ve diyabetik olmayan hastalarda 200 mg/dL'nin altında tutulmalıdır. Bütün cerrahi hastalarına diyabet için tarama yapılması önerilmektedir. Oral karbonhidrat yüklemesi, erken beslenme, torasik epidural analjezi ve minimal invaziv cerrahi gibi önlemler, cerrahi alan enfeksiyonlarını azaltma paketlerine dahil edilmelidir (Işık ve Ünsal Atan 2021).

Cerrahi Girişim Sürecinde Sıvı Yönetimi

Cerrahi girişim sürecinde uygulanan sıvı dengesi, anestezi alan hastalarda oluşabilecek sıvı dengesizliklerini engellemektedir. Genel ve bölgesel anestezi, damarlarda oluşacak dilatasyon sonucu periferik göllenmeye sebebiyet verir ve miyokardiyal depresyona yol açabilir (Doğan Erol, 2007). IV sıvı tedavisi ise böyle durumlarda normovolemiyi sağlar (Nelson ve ark., 2016). Hastalara cerrahi sırasında kardiyak sistemleri optimal düzeylerde olacak şekilde sıvılar verilmelidir. Kısıtlayıcı sıvılardan kaçınılması gerekir (Solak ve Özbayır 2016). Fazla sıvı alımı, gecikmiş bağırsak fonksiyonunun geri dönüşü, ameliyat sonrası oluşabilecek ileus, bulantı ve kusma, hastanede yatış süresinde artış ile ilişkilidir. Sıvı alımının az olmasında ise akut böbrek hasarı, cerrahi bölgede oluşabilecek enfeksiyonlar, hastanede uzun süre yatış gibi komplikasyonlara sebep olabilir (Nelson ve ark., 2019).

CERRAHİ SONRASI DÖNEM YAKLAŞIMLARI

Cerrahi Sonrası Tromboembolizm Profilaksisi

Önemli bir mortalite nedeni olan VTE, uzun yıllardan beri bilinen önlenebilir bir durumdur. Cerrahi işlem, vücutta fibrinolitik dengeyi koagülasyon lehine değiştirerek DVT ve pulmoner tromboembolizm (PTE) riskini artırır. İlgili çalışmalarda, genel cerrahi hastalarının %62-65'inde VTE riskinin yüksek olduğu

belirtirse de, hastaların sadece %39-66'sına optimal tromboembolizm profilaksisi uygulandığı görülmektedir (Değer ve ark., 2013).

Jinekolojik cerrahi hastalarına, bedenlerine uygun olan basınçlı çorap kullanımı önerilmektedir (Nelson ve ark., 2016). Hastalar taburcu olurken hemşirelere düşen görev ise hastalara varis çoraplarının kullanım şekli ve süresi ile ilgili bilgi vermektir (Bilgiç, Yağcan, Güler, Aypar, 2019).

Erken cerrahi sonrası profilaksisi

Pnömotik kompresyon çorapları ve DMAH kullanımı DVT riskini benzer düzeyde azaltır. Ancak, jinekolojik onkoloji hastalarında bu iki yöntemin kombinasyonu kullanılması, etkinliğini daha da artırmaktadır (Nelson ve ark., 2016).

Uzayan cerrahi sonrası profilaksisi

Onkoloji hastalarında cerrahi sonrası ilk 30 gün içerisinde VTE insidansında artış olduğu bilinmektedir. Günümüzde açık jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda, uzamış profilaksi (28 gün) yaygın olarak tercih edilmeye başlanmış ve yapılan çalışmalarda uzamış profilaksi kullanımının VTE riskini azalttığı gözlemlenmiştir (Nelson ve ark., 2023).

Cerrahi Sonrası Bulantı ve Kusmanın Giderilmesi

Cerrahi alanlarda yapılan teknik gelişmelere ve ileri teknolojiye rağmen cerrahi hastaların üçte birinde bulantı ve kusma şikâyetleri yaygın olarak görülmektedir. Bu sebeple hastalarda stres yaraları, sıvı elektrolit dengesizlikleri ve kanama bulgularına rastlanmaktadır. Bu durum da hastaların hastanede yatış sürelerini uzatmaktadır. Cerrahi sonrası bulantı kusma açısından risk oluşturan gruplar; jinekolojik cerrahi yapılan, sigara kullanmayan, geçmiş cerrahi öyküsünde bulantı kusma yaşayan hastalar, obez hastalar, cerrahi sonrası opioid kullanan hastalar, duyu durum bozukluğu yaşayan hastalar, 50 yaş altı hastalardır. Cerrahi sonrası antiemetik profilaksisi bulantı/kusmayı azaltan ilk stratejidir. İkinci strateji ise genel anestezi, nitrik oksit ve propofol kullanımından kaçınmaktır (Carter, 2012; Roberts, Bezinover, Janicki, 2012).

Cerrahi Sonrası Sıvı Alımı

Cerrahi sonrası, hastaların oral sıvı alımına en kısa sürede başlaması gerekmektedir. Ameliyattan 2 saat sonra oral sıvı verilmeye başlanması önerilmektedir (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2007). Hastalar sıvı tüketimi konusunda teşvik edilmelidir. İçerisinde protein/karbonhidrat bulunan yüksek enerjili sıvılar iyileşme sürecine katkı sağlamaktadır. Hiperkloremik asidozu önlemek için

dengeli kristaloid solüsyonlar kullanılmalıdır. Nişasta solüsyonları renal disfonksiyon ve kanama gibi yan etkiler oluşturabilir. Bu sebeple dozu ve süresi kısıtlandırılmalıdır (Nelson ve ark., 2016). Cerrahi sonrası hemorajinin ilk belirtisi oligüridir. Bu nedenle üriner giriş-çıkış değerlendirilmelidir. Hastaların aldığı çıkardığı sıvı takibi önem taşır (Taşkın, 2016).

Cerrahi Sonrası Beslenme

Jinekolojik onkoloji alanında, cerrahi sonrası 24 saat içerisinde sıvı ya da katı besin alımının bağırsak hareketlerinde erken dönemde harekete neden olduğu ve hastanede yatış süresini azalttığı belirlenmiştir (Nelson ve ark., 2016). Ameliyat sonrası hastaların 4 saat içerisinde katı gıda alımına geçmesi ve beslenme sırasında sandalyede oturur pozisyonda olmaları önerilmektedir (ERAS Derneği; Johnson, Razo, Smith, Cain, Soper, 2019). Minig ve Ark.'nın over kanserli hastalar üzerinde yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, erken dönemde uygulanan oral beslenmenin oluşabilecek komplikasyonları önemli düzeyde azalttığını ifade etmektedir (Biffi ve ark., 2009). Yapılan çalışmalarda jinekolojik onkoloji hastaları üzerinde ERAS protokolünü uygulamışlardır. Çalışmaların sonucuna göre erken beslenmenin hastanede kalış süresini azalttığı ve ek olarak perioperatif komplikasyon ile hastaneye yeniden yatış oranlarının azaldığını vurgulamışlardır (Carter ve Philip 2011; Terzioğlu ve ark., 2013).

Cerrahi Sonrası İleusun Önlenmesi

Jinekolojik onkoloji cerrahisinde bağırsak hareketlerinin daha hızlı normale dönebilmesi çok önemlidir. Bu sebeple laksatif kullanımı ve sakız çiğneme uygulaması önerilmektedir (Nelson ve ark., 2016). Cerrahi sonrası sakız çiğnemenin bağırsak seslerinin dönüş hızını arttırdığı ve gaz çıkarma süresini kısalttığı belirtilmektedir (Chuamor ve Thongdonjuy 2014). Önerilere göre hasta tam uyandıktan sonra bulantı ve kusmasının olmadığı tespit edilir. Tespit sonrasında hastanın sakız çiğnemeye başlatılması gerekmektedir. Her çiğneme 30 dakika kadar sürmelidir ve hastaların başı 30° elevasyonda kalmalıdır (Park ve Choi 2018). Bu konu hakkında benzer çalışmalar yapılmış ve aynı sonuca varılmıştır. Cerrahi sonrası komplikasyonları azaltmak ve tekrar hastane yatışını önlemek için hemşireler hastaları sakız çiğneme konusunda bilgilendirmeli ve bağırsak aktivitelerini takip etmelidir (Bilgiç ve ark., 2019).

Cerrahi Sonrası Glukoz Kontrolü

Hiperglisemi, kan glukoz düzeyinin 180 mg/dL fazla olması olarak tanımlanır. Cerrahi sonrası gelişen insülin direncinin en önemli faktörü cerrahi öncesi

açlık ve mekanik bağırsak temizliğidir (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Bu uygulama sonucunda hastanede yatış süresi uzamakta perioperatif morbidite ve cerrahi sonrası enfeksiyonların artması gibi komplikasyonlar oluşmaktadır. Ciddi hiperglisemi hastalarında hipoglisemi gelişimini önlemek için düzenli kan glukoz düzeyi takibi yapılmalı ve ihtiyaç halinde insülin tedavisi uygulanmalıdır (Ljungqvist, 2014; Nelson ve ark., 2016).

Cerrahi Sonrası Analjezi

Jinekolojik abdominal cerrahi geçirmiş hastalar ağrıyı çok yüksek düzeyde hissederler. Bu akut ağrı kontrol edilemez düzeye ulaştığında hastanın iyileşme sürecinde olumsuz etkiler oluşturacak ve cerrahi sonrası komplikasyonlar ortaya çıkaran önemli bir risk faktörü olacaktır (Nelson ve ark., 2016). ERAS protokolünün en önemli amaçlarından biri; opioid kullanımını en aza indirerek ağrıyı kontrol altına almaktır. Çünkü opioid kullanımı bağırsak fonksiyonlarını bozmakta, mental değişiklikler oluşturmakta, bulantı-kusmaya yol açmakta ve solunum sistemini baskılayarak pulmoner morbiditeyi arttırmaktadır (Kalogera ve Dowdy 2016). ERAS protokolünün önerisi olan multimodel analjezik yaklaşım ile nonsteroid antiinflamatuvar ajanların (asetaminofen, deksametazon ve gabapentin) kullanımının ağrıyı azalttığı, opioid kullanımını en az düzeye düşürdüğü araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur (Khan, Gatt, Horgan, Anderson, Macfie, 2009).

Cerrahi sonrası ağrı yönetiminde analjezik ilaçlar ile birlikte müzik ve rahatlama tekniklerinin de ağrının hafifletilmesinde etkili olduğu bulunmuştur (Good, Anderson, Stanton, Makii, 2002). Sin ve Ark.'nın yaptıkları çalışmada jinekolojik cerrahi geçirmiş hastaların cerrahi sonrası dönemde kullandıkları müzik terapi yönteminin, yorgunluğu, kaygıyı, ağrı şiddetini ve analjezi kullanımını azaltmada etkili olduğuna saptamışlardır (Sin ve Chow, 2015). Ağrı düzeylerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise laparoskopik jinekolojik ameliyatlarında müzik terapi ve hayal kurma yöntemleri kullanılmış girişim uygulanmayan grubun taburculuk sonrası daha çok ağrı hissettiği bulunmuştur (Laurion ve Fetzer 2003).

Peritoneal Drenaj

Literatürde dren uygulamasının cerrahi sonuçları iyileştirdiğine yönelik güncel bir veri bulunmamaktadır. Dren varlığının hastanın hareketini kısıtladığı belirlenmiş, dren kullanımının anastomoz kaçaklarını engellemediği gösterilmiştir. Bu nedenle

cerrahi sonrasında rutin olarak kullanımı önerilmemektedir (Aksoy ve Vefikuluçay 2018).

Üriner Drenaj

Üriner drenaj, jinekolojik cerrahi sonrasında idrar çıkışını değerlendirmeye olanak sağlaması ve üriner retansiyonu önlemesi amacıyla tercih edilmektedir. Ancak pelvik parasempatik sinirlerine zarar vermesi ve aynı zamanda mesane fonksiyonlarının normal haline dönüş hızını geciktirmesi nedeniyle uygulanması önerilmemektedir (Aksoy ve Vefikuluçay 2018). Üriner kataterlerin cerrahi sonrasında 24 saatten daha az kullanılması önerilmektedir (Nelson ve ark., 2016). Fanfani ve Ark.'nın, yaptıkları çalışmada radikal histerektomi cerrahisi sonrasında üriner katater girişimi yapılan kadınlara mesane jimnastiği yaptırmış ve idrar retansiyonu ile yeniden kateterizasyon işleminin yapılmasını değerlendirmiştir. Araştırma sonuçlarında ise mesane jimnastiği yapan ve yapmayan kadınlar arasında farkların olmadığı saptanmıştır (Fanfani ve ark., 2015). Hemşireler cerrahi sonrası dönemde hastalara girişim esnasında aseptik teknikleri uygulayarak perine bakımını vermelidir. Üriner kateterizasyonda aktif rol almaları idrar yolu enfeksiyonlarını ve oluşabilecek komplikasyonları önlemede önem arz etmektedir (Bilgiç ve ark., 2019).

Erken Mobilizasyon

Cerrahi sonrasında hastaların ilk 24 saatlik süreçte mobilizasyonlarının sağlanması önerilmektedir. Johnson ve Ark. ameliyat sonrası dört saat içinde, hastanın yardımla yürümesini ve ameliyat sonrası birinci günden taburcu oluncaya kadar günde dört kez en az 10-15 dakika süren yürüyüşlerin yapılmasını önermektedir. Bu uygulamaların hastaların memnuniyetini artırdığı, tekrarlayan hastane yatışlarını azalttığı ve hastanede yatış süresini kısalttığı belirtilmektedir (Fiore ve ark., 2017; Johnson ve ark., 2019). Hemşirelerin hastaları ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyon konusunda teşvik etmeleri ve hastaların ilk yemeklerini yatakta değil, sandalyeye oturarak yemelerini desteklemeleri gibi uygulamaların, hastaların bu süreçteki uyumunu artırmak açısından kritik bir rol oynadığı önemli olduğu belirtilmektedir (Fiore ve ark., 2017).

Tablo I'de ERAS protokolleri doğrultusunda introperatif, perioperatif ve postoperatif hemşirelik yaklaşımları özetle belirtilmiştir.

Tablo I: ERAS Protokolü Doğrultusunda Perioperatif, İntraoperatif ve Postoperatif Yaklaşımlar

ERAS Protokolü Doğrultusunda Yaklaşımlar	PERİOPERATİF	İNTRAOPERATİF	POSTOPERATİF
Bilgi Eğitim Ve Danışmanlık Sigara ve Alkol	Hastaların rutin olarak ameliyat öncesinde özel danışmanlık ve eğitim almaları önerilmektedir. Sigara ve alkol kullanımı ameliyattan 4 hafta öncesinde bırakılmalıdır.		Hastaların ameliyat sonrasında eğitim olarak taburculuklarını tamamlamaları önerilmektedir.
Optimizasyon	Hastalarda anemi, ameliyat öncesinde tanımlanmalı, araştırılmalı ve düzeltilmelidir. Ameliyat öncesinde hastalarda oluşmuş anksiyeteyi azaltmak için rutin sedatif uygulamalardan uzak durulmalıdır.		
Hiperglisemi	Glukoz seviyeleri ameliyat öncesinde normal düzeylerde tutulmalıdır. Glisemik kontrolün optimize edilmesine yönelik önlemler (oral karbonhidrat yüklemesi, minimal invaziv cerrahi, erken beslenme ve torasik epidural analjezi gibi) cerrahi alan enfeksiyonu azaltma paketlerine dahil edilmelidir.	Diyabet ve diyabetik olmayan hastalarda glukoz seviyeleri 200 mg/dL'nin altında tutulmalıdır. Tüm cerrahi hastalarının diyabet için taraması yapılmalıdır.	
Anemi	Hastalarda anemi, ameliyat öncesinde tanımlanmalı, araştırılmalı ve düzeltilmelidir.	Cerrahi sırası dönemde sağlık profesyonellerinin odaklanması gereken durum kan kaybını önlemektir.	Hastalara ameliyat sonrası hemogloblin takibi yapılmalıdır.
Bağırsak Hazırlığı	Ameliyat öncesi bağırsak hazırlığı minimal invaziv jinekolojik cerrahi öncesinde rutin olarak kullanılmamalıdır. Elde edilen yüksek kaliteli veriler, mekanik bağırsak hazırlığının tek başına postoperatif morbiditeyi azaltmadığını bu nedenle terk edilmesini gerektiğini vurgulamıştır. Buna rağmen jinekolojik cerrahide uygulanmış bağırsak temizliğinin oluşabilecek enfeksiyonları engellemede faydalı bir uygulama olduğu ifade edilmiştir.		

Beslenme ve Sıvı Yönetimi	Amerikan Anestezistler Derneği (ASA) Komitesi kılavuzları, hastaları ameliyat öncesi 8 saate kadar katı yiyecekler, 2 saat öncesine kadar ise berrak sıvılar tüketmeleri konusunda teşvik edilmesini önermiştir. Oral karbonhidratların insülin direncini azalttığı ve konforu arttırdığı düşünüldüğünden rutin olarak kullanılması önerilmektedir. Diyabet hastalarına öneride bulunmak için yeterli veri mevcut değildir.	Hastalara cerrahi sırasında kardiyak sistemleri optimal düzeylerde olacak şekilde sıvılar verilmelidir. Kısıtlayıcı sıvılardan kaçınılması gerekmektedir.	Cerrahi sonrası, hastaların oral sıvı alımına en kısa sürede başlaması gerekmektedir. Ameliyattan 2 saat sonra oral sıvı verilmeye başlanması önerilmektedir. İçerisinde protein/karbonhidrat bulunan yüksek enerjili sıvılar iyileşme sürecine katkı sağlamaktadır. İlk 24 saat içerisinde düzenli bir diyet önerilmektedir.
Premedikasyon	Preoperatif dönemden 12 saat öncere rutin olarak uygulanan sedatiflerin postoperatif dönemde iyileşmeyi kötü etkilemesinden dolayı sedatiflerin kullanımından kaçınılması gerektiğini belirtmiştir.		
Venöz Tromboembolizm Profilaksisi	Yüksek VTE riski taşıyan hastalara, ameliyat öncesi başlatılan mekanik kompresyon ve kemoprofilaksiden oluşan ikili profilaksi uygulanmalıdır. Jinekolojik onkoloji hastalarında, cerrahi operasyonlara bir gün varken profilaksiye başlanması önerilmekte ve bu süreç hastaneye yatış süresince devam etmelidir. VTE'yi önlemek için hastalar basınçlı çorap kullanımına teşvik edilmelidir.	Ameliyat sırasında hastalarda basınçlı çorabın kalması önerilmektedir.	Jinekolojik onkoloji sebebiyle laparotomi geçiren tüm hastalara 28 gün uzatılmış VTE profilaksisi uygulanmalıdır.
Antimikrobiyal Profilaksi ve Hazırlığı	Cilt Birinci kuşak sefalosporinler histerektomi için histerektomi cerrahisinde antibiyotik profilaksisinde ilk tercih olarak kullanılmalıdır. Antibiyotik profilaksisi planlanmış prosedüre göre ayarlanmalıdır. Cerrahi işlemin süresine oluşan kan kaybına bağlı olarak doz ayarlaması yapılmalıdır. Hastalar operasyondan önce klorheksidin içeren bir antimikrobiyal sabunla duş almalı ve preoperatif dönemde cerrahi alana klorheksidin-alkol ile cilt hazırlığı yapılmalıdır.		
Standart Protokolü	Anestezi	Kısa etkisi olan anesteziklerin kullanımı, tam geri dönüş ve nöromüsküler blok derinliğinin izlenmesi önerilmektedir. Ventilasyon tidal volümü 6-8 mL/kg, pozitif ekspirasyon sonu basıncı ise 6-8 cm H ₂ O olan bir koruyucu strateji uygulanmalıdır.	

Hipotermi	Normotermiyi sağlamak için hastaların cerrahi öncesi süreçte ısıtılmaya başlanması önerilir. Bu uygulamanın hastalar üzerindeki huzursuzluğu azalttığı, oluşabilecek yara enfeksiyonlarını ve kardiyak durumları en aza indirdiği belirtilmiştir.	İşlem sırasında genel anestezi uygulanacak hastalar, işlemten en az 10 dakika önce ısıtılmalıdır. Cerrahi sırasında gövde altından ısıtılmalıdır. Battaniyelerin ve sıcak hava üfleyen cihazların kullanılması önerilmektedir. İv sıvılar vücut sıcaklığını dengede tutacak ısıya getirilerek hastaya uygulanmalıdır.	Ameliyat sonrası hastaların vücut sıcaklığı takibi çok önemlidir. Düzenli takip edilmelidir. Hastalar ısıtılmalıdır.
Dren/Tüp/Katater Uygulaması			Tüp, dren ve kataterlerin az ve sınırlı sayıda kullanılmasını, kullanımı zorunlu olanların ise minimum sürede kalması gerektiğini savunmaktadır. Üriner kataterlerin cerrahi sonrasında 24 saatten daha az kullanılması önerilmektedir.
Minimal Cerrahi	İnvaziv	Uygulanması mümkün olan durumlarda, uygun hastalar üzerinde vajinal cerrahi dahil olmak üzere minimal invaziv cerrahi tercih edilmelidir.	
Bulantı/Kusma			Jinekolojik prosedür kullanılan durumlarda hastalar üzerinde ameliyat sonrası bulantı ve kusmaya ikiden fazla antiemetik ajan kullanılarak multimodal bir yaklaşım uygulanmalıdır. Cerrahi sonrası antiemetik profilaksisi bulantı/kusmayı azaltan ilk stratejidir. İkinci strateji ise genel anestezi, nitrik oksit ve propofol kullanımından kaçınmaktır.
İleusun Önlenmesi			Laksatif kullanımı ve sakız çiğneme önerilmektedir. Her çiğneme 30 dakika kadar sürmelidir ve hastaların başı 30° elevasyonda kalmalıdır. Bağırsak hareketlerinin takibi önemlidir.
Analjezi			Opioid kullanımını en aza indirerek ağrı kontrol altına alınmalıdır. Multimodel analjezik yaklaşım ile, nonsteroid antiinflamatuvar ajanların (asetaminofen, deksametazon ve gabapentin) kullanımının ağrıyı azalttığı, opioid kullanımını en az düzeye düşürdüğü uzun araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur.
Erken Mobilizasyon			Ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde hastalar mobilizasyona teşvik edilmelidir.

2. TABURCULUK PROTOKOLÜ (PATHWAY)

ERAS protokolü ile tedavi edilen hastalar, iyileşme sürecinin orta aşamasında hastaneden taburcu edilirler. Hastaneden taburcu olma, hem hastalar için hem de bakım vericileri için önemli bir geçiş aşamasını ifade eder. Hastaların taburculuk için hazır olup olmadığını değerlendirmek, taburculuk planlamasının önemli bir parçasını oluşturur. Bu nedenle, hastalara ve bakım vericilere ayrıntılı eğitim verilmesi önemlidir. Taburculuk eğitiminin temel bileşenleri, eğitim içeriği, eğitimin sıklığı, zamanlaması ve sunum yöntemleri gibi faktörleri içerir (Nelson ve ark., 2019).

Hasta merkezli taburculuk planlamasını kolaylaştırmak için, hastaların taburcu edilmeden önce ameliyat sonrası eğitim almaları gerekmektedir. Bu tür müdahaleler, hastaneden taburcu olduktan hemen sonra planlanmamış hastane ziyaretlerinin azaltılmasına katkı sağlayabilir. Rutin olarak hastaların ve bakım vericilerin ayrıntılı eğitim almaları tavsiye edilmektedir (Işık ve Ünsal Atan 2021).

Aynı gün taburculuk, ameliyat tarihiyle aynı takvim gününde eve taburcu olmak olarak tanımlanır ve jinekolojik onkoloji hastalarına yönelik ERAS protokollerinin doğal bir gelişimidir. Son araştırmalar, histerektomi, lenf nodu haritalaması ve tam cerrahi evreleme dahil olmak üzere minimal invaziv jinekolojik onkoloji prosedürleri için aynı gün taburculuğu desteklemektedir (Nelson ve ark., 2023).

3. JİNEKOLOJİK CERRAHİ BAKIMINDA ERAS PROTOKOLÜ VE HEMŞİRELİK

Geleneksel yaklaşımlardan farklı olarak ERAS programı, bakıma sadece cerrahların değil; anestezi uzmanları, hemşireler ve fizyoterapistler gibi sağlık profesyonellerinin aktif bir şekilde katılımının sağlanması, hatta hastaların da bu sürece dahil edilmesi gerektiği bir multimodal yaklaşımı ifade eder (Akın, 2012). Özellikle, multidisipliner ekip içinde önemli bir rol üstlenen hemşireler, cerrahi müdahalenin her aşamasında kişiye özgü hemşirelik süreçlerini uygulamakta ve hastaların özel ihtiyaçlarını karşılayan özel bakım uygulamalarını yerine getirmektedirler.

Cerrahi yaklaşımların ilerlemesiyle birlikte, ERAS protokolünün dikkate alınması, hemşirelerin rollerinde de değişikliklere yol açmıştır. Bu değişiklikler, ERAS protokolünün uygulanmasının hemşirelerin iş yükünü artırıp artırmadığı veya azaltıp azaltmadığı gibi bazı soruları gündeme getirmiştir ve hastane içinde değişen bakım standartlarına yönelik eğitimlerin gerekliliği konusunda görüşlerin oluşmasına neden olmuştur (Foss, 2011; Demirhan ve Pınar 2014).

Optimal iyileşme ve hastaneden erken taburculuğun hedeflendiği ERAS protokolünün jinekolojik

cerrahide kullanmaya başlanmasıyla birlikte, hemşirelerin ERAS protokolü kılavuzuna benzeyen kanıta dayalı rehberlere olan gereksinimi artırmıştır. Bu kanıta dayalı rehberler sayesinde hemşireler klinik alana yansıyan bilgiler ile hastalara üst düzey bakım vereceklerdir. Özellikle hemşireler uygulamalara aktif katılacaklardır. Hemşireler, jinekolojik cerrahi sonrasında bakımı yerine getirirken hastayı biyolojik ve psikolojik anlamda bir bütün olarak ele alacak ve her yönünü dikkatle değerlendirecektir. Cerrahi işlemlerde hastaların anksiyete düzeylerinin artmasıyla birlikte, soru sorma isteklerinin azaldığı görülebilir. Bu nedenle, hemşirelerin iletişim ve eğitim rolleri daha da önem kazanır.

Hemşireler, bu durumda empati becerilerini kullanarak hastalar ve hasta yakınlarına anlayışlı yaklaşacak, uygun açıklamalar yapacak ve sorulan sorulara yanıtlar vereceklerdir. Ancak yapılan araştırmalar incelendiğinde hemşirelerin ERAS protokolünü jinekolojik cerrahide uyguladıklarını gösteren yeterli sayıda çalışmanın bulunmadığı gözlemlenmektedir (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz 2018).

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee Approval: Literatür incelemesi yapılmış olup, kullanılan literatür, kaynaklar bölümünde gösterilmiştir

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir /kavram: YAA; Tasarım; MA, YAA; Danışmanlık: YAA; Analiz/Yorum:MA, YAA; Kaynak tarama: MA, YAA; Makalenin Yazımı: MA, YAA; Eleştirel inceleme: MA, YAA;

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

KAYNAKÇA

- Akın L. (2012). Fast track surgery in colorectal cancers. *Kolon ve Rektum Kanseri*, 733-57.
- Aksoy A, Vefikuluçay Yılmaz D, A. (2018). New approach to evidence based practice in gynecological surgery: ERAS Protocol and Nursing, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 10(1):49-58.
- Amato A, Pescatori M. (2006). Perioperative blood transfusions for the recurrence of colorectal cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 25(1): CD005033
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), , Prevention of deep vein thrombosis and pulmonary embolism, 84.
- Baytaş V, Özcan MS, Çatav S, Başaran C, Uysalel A, Özgencil GE. (2011). Anaesthesia and basic principles in gynecologic malignancies. *Anestezi Dergisi* 19(4):195-200.
- Bekmezci E, Meram HE. (2022). Current nursing approach in gynecological cancers within the framework of ERAS protocol, *J Nursology*, 25(2):106-110.
- Biffi R, Zanagnolo V, Attanasio A, Beltrami C, Bocciolone L, et al. (2009). Early oral versus "traditional" postoperative feeding in gynecologic oncology patients undergoing intestinal resection: a randomized controlled trial. *Ann Surg Oncol*, 16(6):1660-8.
- Bilgiç D, Yağcan H, Güler B, Aypar NN.(2019) Jinekolojik cerrahide ameliyat öncesi ve sonrası kanıta dayalı bakım uygulamaları, *Sağ Aka Dergisi*, 6(2).
- Bogani G, Sarpietro G, Ferrandina G, et al. (2021) Enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynecology oncology. *Eur J Surg Oncol*. 47(5):952-959.
- Britton-Jones CA. (2017). Prehabilitation. *Br J Hosp med (Lond)*, 78(12):729.
- Buckley L, Robertson S, Wilson T, Sharpless J, Bolton S.(2018) The role of the specialist nurse in gynaecological cancer. *Curr Oncol Rep*. 20(10):83.
- Carter J, Philip S. (2011) Assessing outcomes after fast surgical management of corpus cancer. *Open J Obstet Gynecol*, 1(3):139-43. ,
- Carter J. (2012). Fast-track surgery in gynaecology and gynaecologic oncology: a review of a rolling clinical audit. *ISRN Surg*, 368014.
- Chapman R, Plaaf F.(2009) Alcohol and anaesthesia. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 9(1):10-3.
- Chuamor, K., & Thongdonjuy, J.(2014). Effectiveness of standard nursing care with gum chewing to reduce bowel ileus in post-operative gynecologic patients: Randomized controlled trials. *Siriraj Medizinhistorisches Journal*, 66; 33-38.
- Cohen A, Lim CS, Davies AH.(2017). Venous thromboembolism in gynecological malignancy. *Int J Gynecol Cancer*, 27(9):1970-8.
- Dal NA, Ertem G. (2017). Jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği geliştirme çalışması. *Itobiad J Hum Soc Sci Res*, 6(5):2351-2367.
- Değer C, Özdemir O, Bozkurt K, Demir M, İnce B, Kultursay H, et al. (2013). The cost-of-disease-of deep venous thrombosis and its short-and long-term clinical consequences in Turkey: an expert panel approach for estimation of costs. *Value in Health*, 16(3):A1- A298.
- Demirhan İ, Pınar G.(2014). Enhanced recovery after surgery and nursing practices enhanced recovery and nursing. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(1):43-53.
- Doğan Erol D. (2007). The perioperative fluid therapy: current consensus: medical education. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 27(6):894-901.
- Duncan AE. (2012). Hyperglycemia and perioperative glucose management. *Curr Pharm Des*, 18(38): 6195-203.
- Ersoy E, Gündoğdu H.(2005). Alternating concepts in preoperative fasting. *Turkish Journal of Surgery*, 21(2):96-101.
- Ersoy E, Gündoğdu H. (2007). Enhanced recovery after surgery. *Turkish Journal of Surgery* 23(1): 35-40. ,
- ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Derneği. Guideline Listesi. Erişim linki: <http://erassociety.org/guidelines/list-of-guidelines/>
- ERAS Türkiye Derneği. Erişim tarihi: 29/07/2023 <http://eras.org.tr/page.php?id=10&sağlikcalisani=true>
- Fanfani F, Costantini B, Mascilini F, Vizzielli G, Gallotta V, Vigliotta M, et al., (2015). Early postoperative bladder training in patients submitted to radical hysterectomy: is it still necessary? A randomized trial, *Arch Gynecol Obstet*, 291;883-888.
- Fiore J, Castelino T, Pecorelli N, Niculiseanu P, Balvardi S, Hershorn O, et al.(2017). Ensuring early mobilization within an enhanced recovery program for colorectal surgery: a randomized controlled trial, *Annals of Surgery*, 266(2):p 223-231.
- Foss M. (2011) Enhanced recovery after surgery and implications for nurse education. *Nurs Stand* 25(45):35-9.

- Good M, Anderson G.C, Stanton-Hicks M, & Makii M. (2002). Relaxation and music reduce pain after gynecologic surgery, *Pain Management Nursing*, 3(2); 61-70.
- Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N et al. (2018).Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations: *World Journal of Surgery*, 43 (3), 659– 695.
- Heath Om, Van Beekhuizen HJ, Nama v, Kolomainen D, Nobbenhuis mA, Ind TE, et al.(2016). Venous thromboembolism at time of diagnosis of ovarian cancer: Survival differs in symptomatic and asymptomatic cases. *Thrombosis Research*, 137:30-5.
- Horn EP, Bein B, Böhm R, Steinfath M, Sahili N, Höcker J.(2012). The effect of short time periods of pre-operative warming in the prevention of perioperative hypothermia. *Anaesthesia*, 67(6):612-7.
- Işık G, Ünsal Atan Ş. (2021). Jinekolojik/onkolojide cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması protokolü. Özbayır T, editör. *Cerrahi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması Protokolü ve Hemşirelik*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.63-71.
- Johnson K, Razo S, Smith J, Cain A, & Soper K, (2019). Optimize patient outcomes among females undergoing gynecological surgery: A randomized controlled trial, *Applied Nursing Research*, 45; 39-44.
- Kalkan N, Karadağ M. (2019). Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede güncel yaklaşımlar ve hemşirelere yönelik önleme girişimleri algoritması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (6)4: 280–289.
- Kalogera E, Dowdy SC. (2016).Enhanced recovery pathway in gynecologic surgery: improving outcomes through evidence based medicine. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 43(3): 551-73.
- Khan S, Gatt M, Horgan A, Anderson I, Macfie J.(2009). Guidelines for implementation of enhanced recovery protocols. *Association of Surgeons of Great Britain and Ireland*.
- Kotzé A, Harris A, Baker C, Iqbal T, Lavies N, Richards T, et al.(2015). British committee for standards in haematology guidelines on the identification and management of pre-operative anaemia. *Br J Haematol*, 171(3):322-31.
- Laurion S, Fetzer SJ.(2003). The effect of two nursing interventions on the postoperative outcomes of gynecologic laparoscopic patients, *J Perianesth Nurs.*, 2003;18(4);254-61.
- Ljungqvist O.(2011). ERAS-enhanced recovery after surgery. *J Visc Surg*, 148(3):e157-9.
- Ljungqvist O. (2014).ERAS--enhanced recovery after surgery: moving evidence-based perioperative care to practice. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 38(5): 559-66.
- Matsuo K, Moeini A, Machida H, Fullerton mE, Shabalova A, Brunette LL, et al.(2016). Significance of venous thromboembolism in women with cervical cancer. *Gynecol Oncol*, 142(3):405-12.
- Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Achantari C, et al.(2016) Guidelines for pre- and intraoperative care in gynecologic/oncology surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations-part 1. *Gynecol Oncol*, 140(2):313- 22.
- Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Archtari C, et al. (2016). Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations--part-II.*GynecolOncol*, 140(2): 323-32.
- Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, Glaser G, Altman A, Meyer LA, et al.(2019). Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations--2019 update. *Int J Gynecol Cancer*, 29(4):651- 68.
- Nelson R, Edwards S, Tse B. (2007).Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*, 18(3): CD004929.
- Nelson G, Fotopoulou C, Taylor J, Glaser G, Bakkum-Gamez J, Meyer LA, et al.(2023). Guidelines for pre- and intraoperative care in Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society guidelines for gynecologic oncology: Addressing implementation challenges, update; *Gynecologic Oncology* 173, 2023;58–67.
- Oppedal K, Moller AM, Pederson B, Tonnesen H. (2012). Preoperative alcohol cessation prior to elective surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11(7): CD008343.
- Özen Çınar İD.(2022). Türkiye’de jinekolojik kanserlerde durum ve epidemiyoloji. *Jinekolojik Onkolojide Bakım*. Editörler; Özkan S, Serçekuş P, Erkan Alataş E.
- Park S, & Choi, M.(2018).Meta-analysis of the effect of gum chewing after gynecologic surgery. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 47(3); 362–370.
- Rahn DD, Mamik MM, Sanses TVD, Matteson KA., Aschkenazi SO, Washington BB et al. (2011).Venous tromboembolism prophylaxis in gynecologic surgery: a systematic review. *Obstet Gynecol*, 18(5):1111-25.

- Roberts SM, Bezinover DS, Janicki PK. (2012). Reappraisal of the role of dolasetron in prevention and treatment of nausea and vomiting associated with surgery or chemotherapy. *Cancer Manag Res*, 4:67-73.
- Silver JK.(2015). Cancer prehabilitation and its role in improving health outcomes and reducing health care costs. *Semin Oncol Nurs*, 31(1):13-30.
- Sin W.M., & Chow K.C., (2015), Effect of Music Therapy on Postoperative Pain Management in Gynecological Patients: A Literature Review, *Pain Management Nursing*, 16(6); 978-987.
- Solak Kabataş M, Özbayır T. (2016). Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols after colorectal surgery: a systematic review. *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*, 5(3):120-32.
- Sorenson LT, Jørgensen T. (2003).Short term pre-operative smoking cessation intervention does not affect post operative complications in colorectal surgery: a randomised clinical trial. *Colorectal Dis*, 5(4):347-52.
- Soyer T. (2014). Novel definition of surgical site infections and current practice in prophylaxis]. *ANKEM Dergisi*, 28(Ek 2):156-61.
- Stewart DE, Wong F, Cheung AM, Dancey J, Meana M, Cameron JI, et al. (2000). Information needs and decisional preferences among woman ovarian cancer. *Gynecol Oncol*, 77(3):357-61.
- Tanos V, Rojansky N.(1994). Prophylactic antibiotics in abdominal hystrectomy. *J Am Coll Surg*, 179(5):593-600.
- Taşkın L.(2016). Gynecological assessment. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, p.822-67.
- Terzioğlu F, Şimşek S, Karaca K, Sariince N, Altunsoy P, Salman MC.(2013). Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinalmotility following abdominal gynecologic surgery. *J Clin Nurs*,22(13-14):1917-25.
- Torbe E, Crawford R, Nordin A, Acheson N. (2013). Enhanced recovery in gynaecology. *The Obstetrician and Gynaecologist*, 15(4):263-8.
- Yoo JE, Oh DS.(2015). Potential benefits of acupuncture for enhanced recovery in gynaecological surgery. *Forsch Komplemented*, 22(2): 111-6.
- Yuill KA, Richardson RA, Davidson HI, Garden OJ, Parks RW.(2005). The administration of an oral carbohydratecontaining fluid prior to major elective uppergastrointestinal surgery preserves skeletal muscle mass postoperatively--a randomised clinical trial. *Clin Nutr*, 24(1):32-7.
- WHO. World Cancer Report 2020. https://www.iarc.who.int/cards_page/world-cancer-report Erişim Tarihi: 23.09.2023