



Kolorektal Kanserlerin Cerrahi Tedavi Sürecinde Hemşirelik Bakımı

Nursing Care During the Surgical Treatment of Colorectal Cancers

Çiçek SARUHAN¹

¹Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Diyarbakır
• ciceksaruhan82@gmail.com • ORCID > 0000-0002-3934-501X

Makale Bilgisi / Article Information

Makale Türü / Article Types: Derleme Makalesi / Review Article

Geliş Tarihi / Received: 27 Nisan / April 2022

Kabul Tarihi / Accepted: 21 Temmuz / July 2022

Yıl / Year: 2022 | **Cilt – Volume:** 7 | **Sayı – Issue:** 3 | **Sayfa / Pages:** 637-656

Atıf/Cite as: Saruhan, Ç. "Kolorektal Kanserlerin Cerrahi Tedavi Sürecinde Hemşirelik "
Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 7(3), Aralık 2022: 637-656.

KOLOREKTAL KANSERLERİN CERRAHİ TEDAVİ SÜRECİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

ÖZ:

Terminal ileumdan anal kanala kadar uzanan bağırsak segmentinde görülen bağırsak tümörleri kolorektal kanser olarak ifade edilir ve hastaların yaşam aktivitelerinde göz ardı edilemeyecek kadar önemli değişiklikler meydana getirir. Kolorektal kanser tüm dünyada morbidite ve mortaliteye sebep olan kanser türlerinden biridir. İnsidans ve mortalite oranları dünyanın farklı yerlerinde değişkenlik gösterir ve gelişiminde etkili olduğu düşünülen birçok faktör tanımlanır. Kanser tanısı alan hastalar tanılamının yapıldığı ilk andan başlayarak palyatif bakımı da kapsayan tedavi süresi ve sonrasında değerlendirme, semptom yönetimi, duygusal, araşsal bilgi, güven ve ayrıca sürdürülebilir bakıma ihtiyaç duyarlar. Ayrıca hastalara verilecek psikolojik destek, hastalık ve ilgili eğitimlerin, kansere bağlı stres ve endişeleri azalttığı, gevşeme becerilerini geliştirdiği ve hastalığın tekrarlama riskini azalttığı, uygun izleme ve tarama davranışları geliştirmede fayda sağlayabildiği belirtilmektedir. Hastaların bakımında ve eğitiminde rol alan hemşirelerin hastada var olan durumları tespit etmesi ve gerekli girişimleri uygulayabilmesi, hasta ve ailesine gerekli danışmanlığı sağlayabilmesi için bu konuda gereken temel donanım sahıp olmaları gerekir. Bu derlemede amaç, kolorektal kanser hakkında temel bilgilerin, cerrahi tedavi ve ameliyat sürecindeki hemşirelik bakımının güncel literatür doğrultusunda gözden geçirilmesidir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi Tedavi; Hemşirelik Bakımı; Kolorektal Kanser.



NURSING CARE DURING THE SURGICAL TREATMENT OF COLORECTAL CANCERS

ABSTRACT:

Colorectal cancer, the colon tumors in the intestinal segment extending from the terminal ileum to the anal canal, causes significant changes in the patients' life activities. Colorectal cancer is one of the cancer types that cause morbidity and mortality across the world. Its incidence and mortality rates vary in different parts of the world, and many factors have been identified that are thought to be effective in its development. Patients diagnosed with cancer need a sustainable care from the first moment of diagnosis and during/after the treatment, including palliative care, assessment, symptom management, emotional and instrumental knowledge,

and confidence. Moreover, it is asserted that the psychological support to the patients and education about the disease reduce the cancer-related stress and anxiety, improve relaxation skills, reduce the risk of recurrence, and can be beneficial in developing appropriate monitoring and screening behaviors. Nurses who are involved in the care and education of patients should have the necessary basic equipment in order to identify the existing conditions in the patient, apply the necessary interventions, and provide the necessary counseling to the patient and her family. The aim of this review is to review basic information about colorectal cancer, surgical treatment, and nursing care during surgery in the light of current literature.

Keywords: *Nursing Care; Surgical Treatment; Colorectal Cancer.*



GİRİŞ

Kolorektal kanser (KRK), hem Dünyada hem de Türkiye'de sık görülen risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile önlenabilir ve erken teşhis edilmesi ile tedavi edilebilir bir hastalıktır (Can, 2020). Tüm dünyada hastalık ve ölümlere sebep olan kanser türlerinden birisi olup hastalık ve ölüm oranları dünyanın farklı yerlerinde değişkenlik göstermektedir (Ünal ve ark., 2019). Dünya sağlık örgütü uluslararası kanser araştırmaları 2020 verilerine göre tüm kanser türleri içindeki yeni vakaların oranı dünya çapında, her iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında %19.5 ile 4. sırada, erkeklerde %23.4 ile 3. sırada, kadınlarda %16.2 ile 2. sırada gösterilmiştir. Ülkemizde ise yine aynı verilere göre tüm kanser türleri içinde her iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında %20.6 ile 4. sırada, erkeklerde %26.2 ile 3. sırada, kadınlarda %16.2 ile 3. sırada bildirilmektedir (WHO, 2022). Hastalık görülme hızının yaşla birlikte arttığı (85 yaş üzerinde en yüksek), ailede kolon kanseri öyküsü olan kişilerde ve polipli kişilerde daha yüksek olduğu da bildirilmektedir (Çelik, 2021). Sosyokültürel faktörlerin (siyah ırkta beyazlardan daha fazla) ve sosyoekonomik durumun (yüksek gelir düzeyinde düşük gelir düzeyinden daha fazla) KRK gelişiminde etkili olduğu ve kırsal bölgede yaşayanlara oranla kentsel bölgede yaşayanlarda KRK insidansının daha fazla olduğu da bildirilmektedir (Bray et al., 2018; Liang et al., 2020).

Kolorektal kanser gelişiminde; değiştirilebilen (çeşitli yönlendirmelerle dışarıdan müdahale edilebilen, örneğin sigara kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, aşırı alkol tüketimi, fiziksel aktivite kısıtlılığı, obezite) ve değiştirilemeyen (kişilerin kontrol altına alamayacağı, örneğin genetik, yaş) faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir (Aytaç, 2020; Hountz et al., 2017; Koç, 2017; Siegel et al., 2020; Simonson, 2018). Kolorektal kanser yayılımında; direk komşuluk, lenfatik ve hematogen yol, gravite ve ameliyat alanında oluşan implantasyon etkilidir (Özçelik,

2018). Bulunduğu yere bağlı olarak görülme sıklığı değişebilen KRK çıkan kolonda, sigmoid kolonda ve rektumda daha fazla görülmektedir (Akduran, 2020). Uzun yıllar boyunca iyi huylu oluşumlardan yavaşça ve herhangi bir bulgu vermeden gelişebilen KRK'de tanılama aşaması önemli yer tutar. Çoğunlukla, ölüm ve hastalıkların tanımlanabilen lezyonların uygun tarama yöntemleri ile kanser oluşmadan uzaklaştırılabileceği ve tedavi-bakım maliyetlerinde de azalma olabileceği bildirilmektedir (Hountz et al., 2017; Koç, 2017; Siegel et al., 2020; Simonson, 2018). Beş yıllık sağ kalım oranı lokal hastalık ile tanılananlarda %90 iken yayılım varlığında bu oran sadece %14'tür (Bray et al., 2018; Liang et al., 2020).

Bu derlemede amaç, kolorektal kanser hakkında temel bilgilerin, cerrahi tedavi ve ameliyat sürecindeki hemşirelik bakımının güncel literatür doğrultusunda gözden geçirilmesidir.

Kolorektal Kanserde Belirtiler

Hastalık ilerleyinceye kadar belirti vermeyebilir. Rektal kanama, kramp tarzında karın ağrısı, demir eksikliği anemisi, bulantı, kusma, bağırsak alışkanlığında değişiklikler (diyare, konstipasyon, dışkılamada sıkıntı gibi), defekasyon sonrası rahatlayamama hissi, tenesmus, melena, bağırsak obstrüksiyonu ve perforasyon sık görülen bulgulardandır (Akduran, 2020; Çelik & Taşdemir, 2018). Daha ileri dönemde batında distansiyon, abdominal kitle, hepatomegali, asit gelişebilir. Bulgular hastalığın evresine ve lokalizasyonuna göre değişiklik gösterir. Örneğin sol kolon tümörlerinde tıkanma bulguları görülürken sağ kolon tümörlerinde anemi bulguları daha sık görülmektedir (Abbasoğlu ve ark., 2019; Akduran, 2020; Çelik & Taşdemir, 2018).

Kolorektal Kanserde Tarama ve İzlem

Kolorektal kanserde, mukozada aşamalı olarak ilerleyen tümör oluşumlarının erken evrede yapılan taramalar ile belirlenmesiyle tedavi sağlanabilir (Argilés et al., 2020). KRK taramalarında genel olarak gaita tetkikleri (gizli kan, DNA testi), radyolojik görüntüleme yöntemleri ve endoskopik yöntemler kullanılmaktadır. Her ülkenin kendi koşul ve imkanlarına göre tarama programları bulunmakta, tarama işlemlerinin başlangıcı ve sıklığı bireyin yaşına ve sahip olduğu risk faktörlerine göre belirlenmektedir (Abbasoğlu ve ark., 2019; NCCN, 2022). Ülkemiz Sağlık Bakanlığı verilerine göre; iki yılda bir gaitada gizli kan testi, 10 yılda bir kolonoskopi olarak önerilmektedir. Ülkemiz koşullarında tüm erkek ve kadınlarda 50 yaşından başlayarak 70 (dahil) yaşına kadar toplum tabanlı taramalar önerilmekte, 70 yaş sonrası son iki gaitada gizli kan testi negatif olanlarda taramanın kesilmesi önerilmektedir. Yüksek risk gruplarında ise birinci derece yakını hasta olanlara 40 yaşından itibaren kontrol önerilir. Gaitada gizli kan testi negatif olan kişilere iki yıl

sonra kontrol, pozitif olan kişiye kolonoskopi önerilir (SB HSGM, 2022). Cerrahi sonrası izlem; evre I olarak belirlenmiş tümörlerde yılda bir kez kolonoskopi, üç yıla kadar tekrar edilir ve adenom gelişimi yoksa beş yılda bir tekrar edilir. Evre II-III ve IV tümörlerde cerrahi sonrası iki yıla kadar her 3-6 ayda bir kontrol ve daha sonra beş yıla kadar 6 ayda bir kontrol önerilir (NCCN, 2022).

Kolorektal Kanserde Sınıflama

Sınıflama tanı sırasında tümörün yaygınlığını ifade eden, hastalığın gidişatı hakkında bilgi veren en önemli göstergedir. Çoğunlukla Amerikan Kanser Birliği'nin kullanımını önerdiği TNM sınıflaması kullanılmaktadır. Tümör (T): tümörün kapsamı ve boyutu hakkında bilgi verir. Nodül (N): yakın lenf nodüllerine yayılım hakkında bilgi verir. Metastaz (M): uzak lenf nodülleri veya organlara yayılımı gösterir. Bu faktörler her bir birey için farklı olabilen en iyi tedavi seçeneklerine karar vermek için kullanılır (American Cancer Society, 2022). TNM sınıflamasına göre; Evre I tümörler submukozaya yayılmış, Evre II tümörler muskularis propriaya yayılmış, Evre III tümörler kolon ve rektumun en dış katmanlarına doğru ilerlemiş, Evre IV tümörler visseral peritonu geçmiş, diğer doku ve organlarda tutulum göstermiştir (Can, 2020; Akduran, 2020).

Kolorektal Kanser İlişkili Aciller

Obstrüksiyon: Mekanik engel olarak kendini gösteren obstrüksiyon genellikle ileri evre yaşlı hastalarda görülmekle beraber acil koşullarda ameliyat gerektirebilmektedir. Oluşan fizyolojik ve patolojik değişiklikler tıkanıklık alanına, tıkanıklığın süresine ve bağırsak duvarı kanlanmasının bozulmasına bağlıdır. Ayrıca tıkanıklığın yakınındaki kolonda genişleme, sıvı elektrolit kaybı ve enfeksiyon bulguları görülebilmektedir. Tedavi hastanın durumuna ve tümörün yerleşimine bağlı olarak belirlenir (Çelik & Taşdemir, 2018; Yang & Pan, 2014; Yıldız Fındık ve ark., 2019). Sol tarafta tıkanıklık gelişen hastalarda endoskopik stent ile dekompresyon, geçici kolostomi açılması veya segmental kolektomi gibi tedaviler bireyselleştirilebilir (Orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri). Tıkanıklık sağ veya transfers kolonda gelişmişse ilk olarak endoskopik stent dekompresyonu, sonrasında kolektomi uygulanabilir (düşük kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri) (Vogel et al., 2022).

Perforasyon: Perforasyon çekumdaki akut tıkanıklıktan oluşabileceği gibi fazla miktarda artan lümen içi basınç, iskemi, nekroz da bağırsak duvarında perforasyona neden olabilir. Büyük miktarda fekal intestinal içerik abdominal kaviteye sızarak peritonit ve toksik şok gelişimi ile acil cerrahi gerektirir. Hastanın genel durumu ve peritonitin yaygınlığı tedaviyi yönlendirmede etkilidir (Aytaç, 2020; Yang & Pan, 2014; Yıldız Fındık ve ark., 2019). Kolon perforasyonu geliştiğinde

aşamalı bir prosedür ile rezeksiyon önerilir (düşük kaliteli kanıtlara dayalı güçlü öneri) (Vogel et al., 2022).

Kanama: Kronik kan kaybı yaygın olarak görülse de akut masif kanama nadirdir. Sağ taraftaki kolon kanamaları melena şeklinde görülürken, sol taraf kanamaları parlak kırmızıdır. Aşırı hızlı ve/veya ısrarcı kanama periferel dolaşım bozukluğuna neden olabilir. Halsizlik, susuzluk, bulantı, baş dönmesi, çarpıntı, soğuk terleme, huzursuzluk, sinirlilik ve hatta tepkisizlik, soluk tırnak yatakları, görme bozukluklarına ek olarak senkop, nemli cilt, zayıf venöz dolgunluk, taşikardi, kan basıncında düşüklük gibi şok bulgularını da içerebilir (Aytaç, 2020; Yang & Pan, 2014). Tedavide kanama odağı bulunur ve ilk girişimler kolonoskopi veya anjiyoembolizasyon gibi cerrahi olmayan yöntemlerle yapılır (düşük kaliteli kanıtlara dayalı güçlü öneri), kanama odağı bulunamadığında cerrahiye başvurulur (Aytaç, 2020; Vogel et al., 2022; Yang & Pan, 2014).

KOLOREKTAL KANSERDE CERRAHİ TEDAVİ

Hastanın cerrahi tedaviye hazırlığı ameliyat öncesi değerlendirme ile başlar. Bilinen eşlik eden hastalıkları olan hastalarda kardiyopulmoner özelliklerin incelenmesi ve ameliyat öncesi daha iyi bir iyileşme için değerlendirme önerilir bu aşamada yapılan işlemlerin kurumlar arası farklılıklar gösterdiği belirtilmektedir (Brown et al., 2019). Kolorektal kanserli hastalarda çok başarılı cerrahi yaklaşımlar olduğu, ameliyata bağlı ölüm oranlarında azalma ve çıkarılan alan oranındaki artış sebebiyle bu hastaların sağ kalımlarında bir iyileşme gözlemlendiği bildirilmektedir (Biondi et al., 2016; Majano et al., 2019).

Uygulanan tedavi, endoskopi sırasında yapılan lazer fotokoagülasyon ile tümörün yok edilmesinden kalıcı kolostomi ile abdominoperineal rezeksiyona kadar değişik kapsam ve büyüklükte olabilir (Abbasoğlu ve ark., 2019; Çelik & Taşdemir, 2018; Karadağ & Bulut, 2019; Karadakovan & Eti Aslan, 2017; Töre, 2020). Cerrahi tedavide amaç; total tümör rezeksiyonu, yaygın tümörde kapsamlı abdomen araştırması, lenf nodlarının çıkarılması, bağırsak fonksiyonlarının sürdürülmesi veya yeniden sağlanması için onarılması ve komşu organlarda hastalığın oluşumunun önlenmesidir (Akyolcu ve ark., 2020; Çelik & Taşdemir, 2018; Yıldız Fındık ve ark., 2019). Evre I tümörler; her iki tarafından en az 5'er cm'lik bağırsak ve yakınındaki lenf düğümlerinin çıkarılmasını içerir. Evre II tümörler; geniş rezeksiyon ve reanastomoz ile tedavi edilir ayrıca yüksek riskli durumlarda ek olarak kemoterapi uygulanır. Evre III tümörler; cerrahi ve kemoterapi birlikte uygulanıp, neoadjuvan kemoterapi/radyoterapi uygulanabilmektedir. Evre IV tümörler; cerrahi palyatif amaçla kullanılır ayrıca kemoterapi/radyoterapi metastazları kontrol etmek ve ağrı kontrolü amacı ile uygulanır (Can, 2020).

Kolorektal Kanserde Cerrahi Yöntemler

- Neoadjuvan tedavi düşünülmediğinde gecikme olmadan küratif amaçlı kolektomi yapılmalıdır (düşük kaliteli kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Kapsamlı bir inceleme ameliyat sırasında rutin olarak yapılmalı, bulgular ameliyat raporunda belgelenmelidir (düşük kaliteli kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Çıkarılacak kolon alanı lenf drenajına karşılık gelmelidir (orta dereceli kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Rutin lenfadenektomi önerilmez (orta kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri). Lenf düğümlerini besleyen damarların başlangıcında detaylı inceleme yapılmalı, pozitif lenf nodu dışındaki şüpheli alanlardan mümkünse biyopsi alınmalı ve çıkarılmalı, en az 12 lenf nodu incelenerek pozitif lenf nodu kalmayacak şekilde çıkarılmalıdır.
- Deneyimli bir cerrah tarafından, laparoskopik olarak minimal invaziv cerrahi yöntem düşünülmalıdır (yüksek kaliteli kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Komşu organ metastazı olan ve tedavi amaçlı çıkarılan kolon kanserleri tam kat çıkarılmalıdır (orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Birden farklı noktada olan kolon kanserleri segmental rezeksiyon veya subtotal kolektomi ile tedavi edilebilir (orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri) (NCCN, 2022; Vogel et al., 2022).
- Rektumun üst üçte birlik kısmındaki tümörlerin çıkarılması için tümörün üst sınırının en az 5 cm altından tümöre göre mezorektal çıkarma işlemi (low anterior rezeksiyon) yapılmalıdır. Rektumun orta ve alt üçte birlik kısmındaki tümörler için total mezorektal çıkarma (ultralow anterior resection veya abdominoperineal rezeksiyon) işlemi uygulanmalıdır (yüksek kaliteli kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Low anterior rezeksiyonlarda kolon rezervuarı oluşturulması düşünülebilir (orta kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri).
- Low anterior rezeksiyonlarda anastamoz bütünlüğü değerlendirilmeli, takiben ostomi düşünülmalıdır (orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Belirlenebilen hastalarda mikroskopik olarak bulaş veya çıkarılacak alan kenarları yakın olanlarda ameliyat sırasında radyoterapi kullanılabilir (düşük kaliteli kanıtlara dayalı zayıf öneri) (You et al., 2020).

Kolon ve rektumun cerrahisi, malign tümörü içeren bağırsak bölümü ile birlikte bu kısmı besleyen vasküler yapıların çıkarılmasını içerir. Açık cerrahiye alternatif olarak geliştirilen ve güvenli bir yöntem olarak gösterilen laparoskopik kolektominin daha uzun bir ameliyat süresine rağmen ölüm oranları, kan kaybı, yara yeri komplikasyonlarında azalma, hastanede kalış süresinde kısalma, bağırsak fonksiyonlarının daha hızlı geri dönüşünü sağlaması gibi avantajları ile kolon kanserinin cerrahi tedavisinde kullanıldığı belirtilmektedir (Aarons & Mahmoud, 2013; Brown et al., 2019; Zhang et al., 2017). Maliyet açısından bakıldığında daha maliyetli olan ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilen robotik cerrahinin de kolorektal ameliyatlarda kullanıldığı, açık ve laparoskopik cerrahiye oranla daha iyi görüş alanı sağladığı, bağırsak hareketlerini daha erken başlattığı ve hastanede ölüm oranlarını azalttığı belirtilmektedir (Zhang et al., 2017). Endoskopik Mukozal Rezeksiyon (EMR); yüzeysel submukozal invazyonu olan 2 cm ve daha küçük lezyonlar için kullanılmaktadır. Endoskopik Submukozal Diseksiyon (ESD); yüzeysel submukozal invazyonu olan 2 cm'den büyük ve EMR uygulanamayan submukozal fibrozisli 2 cm'den küçük lezyonlar için kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin lezyonun bölgesel ve tam çıkarmalarında kullanıldığı belirtilmektedir (Ahmed, 2020; Buccafusca et al., 2019; Keller et al., 2019).

Kolorektal Cerrahi Sonrası Gelişebilen Başlıca Komplikasyonlar

Kolorektal kanserli hastalar için cerrahi temel ve en yaygın tedavi yöntemi olarak kabul edilse de cerrahinin doğası gereği bir çok komplikasyon gelişebilmekte ve bu komplikasyonlar hastanede kalış süresinde uzamalara, hasta ve ailenin psikolojik durumunda etkilenmelere, aile ve sağlık sistemi için önemli maliyetlere neden olabilmektedir (Torghabeh et al., 2020). Anastomoz komplikasyonları, kanama, fistül ve/veya abse oluşumu, intestinal obstrüksiyon ve psödo obstrüksiyon, cerrahi insizyona bağlı komplikasyonlar, cinsel işlev bozukluğu olarak karşımıza çıkmaktadır (Abavi-Torghabeh et al., 2020; Bölge ve ark., 2017; Climent & Martin, 2018; Karadakovan & Eti Aslan, 2017; Yıldız Fındık ve ark., 2019).

Ostomi Cerrahisi

Ostomi, karın duvarındaki bir açıklık ile intestinal içeriğin dışarı atılmasını sağlayan cerrahi işlemdir. Oluşturulan açıklık stoma olarak adlandırılır. Ağızlaştırılan bölüm ileum ise ileostomi, kolon ise kolostomi adını alır. Geçici veya kalıcı olabilir. İleostomiden çıkış sıvı halde ve süreklidir. Devamlı stoma torbası kullanımı gerekir. Geçici kolostomi endikasyonları arasında; kolon tıkanıklığı ve darlığı, retrovajinal fistül, fekal peritonit, kolon-rektum yaralanması ve anastomoz kaçağı vardır. Yaygın olarak sol kolon ya da transvers kolon ortasına yapılır. Bağırsağın dinlenmesine izin verilir ve 3-6 ay sonra yeniden birleştirme ile bağırsak devamlılığı sağlanır. Kalıcı kolostomi endikasyonları arasında; tüm kolon-rektum

tutulununun olduğu ağır crohn hastaları, ileoanal anastomoz uygulanamayan ülseratif kolit hastaları ve ailevi polipozis (FAP) öyküsü olan hastalar vardır. Kalıcı kolostomi sigmoid kolonda uygulanır, rektum ve anüs çıkarılır, anal kanal kapatılır (Akyolcu ve ark., 2020; Çelik & Taşdemir, 2018; Tarhan, 2022).

HEMŞİRELİK BAKIMI

Kanser tanısı alan hastalar tanılamının yapıldığı ilk andan başlayarak palyatif bakımı da kapsayan tedavi süresi ve sonrasında değerlendirme, semptom yönetimi, duygusal-araçsal bilgi, güven ve ayrıca sürdürülebilir bakıma ihtiyaç duyarlar. Yapılacak olan cerrahi girişim ve tedavi uygulamalarına yönelik yetersiz bilgi hastalarda stres ve anksiyete oluşturmaktadır (İlaslan ve ark., 2017; Sınmaz & Özbaş, 2020; Topçu & Baskın, 2019). Hemşireler, hastaların var olan gereksinimlerini belirleme, olası komplikasyonları önleme ve yaşam kalitesini iyileştirmede önemli rollere sahiptir. Hemşirelik bakımı sadece fizyolojik sorunlar için değil aynı zamanda ostomi ile ilgili sızıntı, koku, diyare ve konstipasyon ile ilgili fiziksel sorunları kapsar. Ayrıca ibadet etme, beden görünümünden rahatsızlık, kıyafet değişiklikleri, banyo yapma, fiziksel aktivite, seyahat etmede zorluklar, yorgunluk, cinsellik ve istemsiz olan bağırsak seslerinden endişelenme, depresif duygular ile ilgili psikososyal sorunlarda da sağlanmalıdır. Hemşireler bu sorunların ortaya çıkmasını önlemeye ve ortaya çıkan sorunların çözümlerine yönelik olarak bakım verici, eğitici, danışman, destekleyici, yetiştirici ve kolaylaştırıcı rollerini kullanarak bakım vermeli, taburculuk eğitimi ve evde izlem yapmalıdır (Duluklu & Çelik, 2019; Vonk-Klaassen et al., 2016;). Yapılan çalışmalarda kolostomili hastaların hastalık ve uygulanan tedavilere bağlı olarak yaşam kalitesinde olumlu ve olumsuz değişiklikler olmakla birlikte olumsuz değişiklikler daha fazla görülmektedir (Cengiz & Bahar, 2017; Kimura et al., 2017; Sujianto et al., 2020; Tuominen et al., 2020). Kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve sonrası deneyimlerinin incelendiği bir çalışmada hastaların hepsi hastalıklarının etkileri hakkında konuşmak istemişlerdir (Karaveli ve ark., 2014). Hastaların hayatlarını değiştiren bu deneyimlerinde hastaların ve yakınlarının gereksinim duydukları destek ve danışmanlığın sağlanması, duruma yönelik algıları, tutumları ve duygularını anlamaya çalışmak esastır (Kimura et al., 2017; Topçu & Baskın, 2019).

Kolonorektal kanser tedavisinin cerrahi sonuçları sadece tümör yapısı ve iyi bir cerrahiye bağlı değil aynı zamanda iyi bir cerrahi süreç yönetimine de bağlıdır. Sağlık çalışanları tarafından ameliyat sonrası iyileşme süresini kısaltmak amacı ile geliştirilen ve kanıta dayalı uygulamalar olan cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) protokolleri kolorektal cerrahi geçiren hastalarda önerilmektedir (Lohsiriwat & Jitnunggan, 2019). Çok yönlü stratejiler ve multidisipliner ekip yaklaşımı gerektiren ERAS protokollerinin amacı; cerrahi stres yanıtının en aza indirilmesi ve cerrahi sonrası erken dönemde organ fonksi-

yonlarını desteklemesi ve iyileştirilmesidir (Arslankılıç ve ark., 2020; Lohsiriwat & Jitmongngan, 2019). Kolorektal cerrahide uygulanmış olan ERAS protokollerinin incelendiği sistematik bir derlemede geleneksel bakıma göre ERAS protokolleri ile bakım verilen hastaların hastanede kalış süresinin ve komplikasyonların görülme oranının azaldığı belirlenmiştir (Kabataş & Özbayır, 2016). Ön kabul ve ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası olmak üzere üç temel başlık altında incelenir (Gustafsson et al., 2019). Kolorektal cerrahi için ERAS protokolleri; ameliyat öncesi eğitim ve danışmanlık, beslenme durumunun en iyi düzeye getirilmesi, anestezi protokolleri, en iyi ağrı kontrolü, erken mobilizasyon, erken enteral beslenme, ameliyat sonrası ileusun önlenmesi ilkelerini içerir (Brown et al., 2019).

Kolorektal Cerrahi Süreçte Ön Kabul ve Ameliyat Öncesi Bakım Kapsamı

- Kapsamlı bir danışmanlık ve psikolojik destek, hasta merkezli bilgilendirme cerrahi sürece hazırlıkta memnuniyeti artırır ve cerrahi deneyimi iyileştirir. Doğru ve tam bilgi bilinmeyenlere bağlı korkuyu, anestezi ve cerrahi ile ilgili anksiyeteyi, sonuç olarak ağrıyı azaltabilir. Hastalar ve yakınları/bakım verenler, hastaneye kabul edilmeden önce cerrah, anestezi uzmanı ve en önemlisi bir hemşireden oluşan multidisipliner bir ekiple görüşmelidir (orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Ameliyat öncesi hastanın en iyi duruma getirilmesi için risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Kalp, akciğer, böbrek hastalıkları, hipertansiyon, diyabet varlığı tanımlanarak en iyi duruma getirilmelidir. Alkol ve sigara kullanımının 4 hafta önceden bırakılması önerilir (medikal risk değerlendirmesi ve alkol kullanımını düşük kaliteli kanıtlara dayalı, sigara kullanımını yüksek kaliteli kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Beslenme durumu, alışkanlıkları, besin allerjisi ya da intoleransı olup olmadığı belirlenir. Hastanın durumu uygun ise birkaç gün önce yüksek kalorili, proteinli ve karbonhidratlı, posa bırakmayan diyetle beslenme sağlanır. Yeterli beslenme ile bağırsak hareketliliğine bağlı kramplar önlenir, yetersiz beslenmeye bağlı oluşabilecek enfeksiyon ve anastomoz kaçığı riskleri azaltılabilir (orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Anemi, komplikasyonlar ve ölüm riski oluşturabileceğinden ameliyat öncesi dönemde hastaların hemoglobin düzeyleri iyi duruma getirilmelidir. Demir eksikliği olduğunda gastrointestinal emilim engellenmiş olabileceğinden IV uygulama düşünülebilir (yüksek kaliteli kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Hastanın ameliyat öncesi dönemde kaygı durumu değerlendirilip, ameliyat öncesi eğitimler dikkatle planlanmalıdır. Hastaya yeterince zaman ay-

rılarak duygularını ifade etmesi için desteklenir. Anksiyete seviyesi ve baş etme mekanizmaları değerlendirilir. Gevşeme teknikleri öğretilir. Anksiyete düzeyi hastanın baş edemeyeceği düzeyde ise hekim tarafından uygun ilaç seçimi yapılır (orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).

- Derin solunum ve öksürme egzersizleri gösterilir, birlikte yapılarak doğru yapması sağlanır.
- Venöz tromboemboliyi önlemek için antikoagülan tedaviye başlanması ve ameliyat sonrası birkaç hafta devam edilmesi gerekebilir. Trombemboli riskini azaltmak için yatak içi ayak ve bacak egzersizleri öğretilir ve tromboembolitik çorap kullanımı sağlanır.
- Ameliyat sonrası oluşabilecek bulantı-kusmaya ait faktörler belirlenir ve risk faktörlerinin varlığına göre (kadın cinsiyet, geçmiş bulantı kusma öyküsü, araç tutma öyküsü ve sigara kullanmama, kullanılacak anestezi ajanlar, uygulanacak cerrahinin tipi ve süresi, gastrointestinal patoloji) tanımlama skalaları kullanılarak hekim ile işbirliğine gidilir (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Ameliyat öncesi istemi yapılan uygun antibiyotik profilaksisi (sefalosporin ile metronidazol kombinasyonu) insizyondan 60 dakika önce uygulanmalıdır (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri). Ayrıca oral mekanik bağırsak hazırlığı alan hastalarda oral antibiyotik verilebilir (düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri).
- Antiseptikli solüsyonlarla duş alma, rutin tüy temizliği gibi uygulamalarda kanıtlar yetersiz olmakla birlikte, cilt temizliğinde alkol bazlı klorheksidin solüsyonu kullanılmalıdır (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Mekanik bağırsak hazırlığı dehidratasyon ve konforda bozulmaya neden olabileceğinden rektal cerrahi dışında rutin kullanılmamalıdır (düşük kalitede kanıtlara dayalı zayıf öneri).
- Hastada var olan diğer hastalıklar göz önüne alınarak ameliyat öncesi dönemde sıvı-elektrolit durumu değerlendirilmeli, gereken durumlarda uygun sıvı tedavisi ile hasta desteklenmelidir. Ameliyat öncesi uzun süren açlıktan kaçınılması, anestezi uygulamasının başlangıcından iki saat öncesine kadar berrak sıvılar (karbonhidrat içeren içecekler) uygulanması, rutin bağırsak hazırlığından kaçınılması sıvı-elektrolit dengesizliklerini önlemede önerilmektedir (orta düzeyde kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Planlı ameliyatlarda ameliyat öncesi dönemde 6 saat öncesine kadar hafif öğünler ve iki saat öncesine kadar oral karbonhidrat içeren berrak sıvılara izin verilmelidir (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri). Ameliyat-

tan önceki gece 800 ml, anestezi uygulamasından önceki 2-3 saat 400 ml olarak uygulanan oral karbonhidrat sıvılarının gece boyunca aç kalma ve ameliyata bağlı katabolik yanıtı azalttığı gösterilmiştir (orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).

- Ameliyat sonrası tüp ve drenleri olabileceği ve kullanım amacı hakkında bilgi verilir.
- Durumu ağır olan hastalarda aldığı çıkardığı izlemi önemlidir. Kusma varsa önlemek için istemi yapılan ilaçlar uygulanır, oral alım kısıtlanır, nazogastrik sonda uygulanarak midede biriken sıvının gerginlik oluşturması önlenir. Bağırsak sesleri izlenir, tıkanıklık, perforasyon belirtileri takip edilir.
- Hasta ve ailenin güveni kazanılarak bakıma katılımları konusunda teşvik edilir (Akyolcu ve ark., 2020; Can, 2020; Çelik & Taşdemir, 2018; Gustafsson et al., 2019; Kabataş & Özbayır, 2016; Karadağ & Bulut, 2019; Karadakovan & Eti Aslan, 2017; Yıldız Fındık ve ark., 2019).

Kolorektal Cerrahi Süreçte Ameliyat Sırası Bakım Kapsamı

- Hastanın ameliyathaneye kabulü ile başlayan ameliyat sırası dönem hastanın ayılma ünitesine veya yoğun bakıma transfer edilmesine kadar olan süreçteki tüm uygulamaları kapsar.
- Genel olarak uygulamalar hasta konforu, mahremiyetin sağlanması, ruhsal durumu, cerrahi alan kontrolü ve aseptinin sağlanması, uygun pozisyon verilerek hasta güvenliğinin sağlanması üzerine odaklanır.
- Genel anestezi uygulanacak hastalarda kısa etkili inhalasyon anestezi ajanlarının (oksijence zenginleştirilmiş sevofluran veya desfluran) kullanımını ameliyat sonrası iyileşmede hızlanma, deliryum riskinde azalma avantajları nedeniyle önerilmektedir (düşük kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Ameliyat sırasında uygun sıvı tedavisi sıvı dengesini sürdüreceği şekilde sağlanmalıdır (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Ameliyat süresince uygun ısıtma araçları ile normal vücut sıcaklığı sürdürülmelidir (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Cerrahi insizyon seçiminde en kısa ve transfers kesiler, mümkünse laparoskopik yöntem hızlı bir iyileşme için avantaj sağladığından, yara komplikasyonları, insizyonel herni ve yapışıklıklarda azalma gibi belirgin avan-

tajları nedeniyle önerilmektedir (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).

- Rutin dren kullanımından kaçınılmalı, kullanımı gereken durumlarda en kısa sürede çıkarılmalıdır (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Cilt hazırlığında klorheksidin alkol (klorheksidin %70'lik alkol ile %2 oranında) önerilmektedir.
- Ameliyat sırasında nazogastrik tüplerin endotrakeal entübasyondan önce mideye girmiş olabilecek havanın boşaltılması, laparoskopik vakalarda olası mide yaralanmalarını önlemek amacı dışında rutin kullanımından kaçınılmalı, kullanıldığı durumlarda da anestezi etkisi geçmeden çıkarılmalıdır (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Ameliyat süresince uygun sıvı replasmanı sağlanmalı, eksik ya da fazla sıvı uygulamalarından kaçınılarak sifıra yakın olacak şekilde denge korunmalıdır (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri). (Arslankılıç ve ark., 2020; Cavallaro & Bordeianou, 2019; Gustafsson et al., 2019; Kabataş & Özbayır, 2016; Tuna & Kurşun, 2018).

Kolonorektal Cerrahi Süreçte Ameliyat Sonrası Bakım Kapsamı

- Erken dönemde ağrı ölçekleri (iletişime geçilemeyen hastalarda sözel olmayan ağrı ölçekleri) kullanılarak ağrı değerlendirilir. Ağrının yeri, süresi, özelliği, sıklığı, niteliği, ağrı eşiği, ağrıyı artıran/azaltan etkenler, hastanın ağrı hakkındaki inanç ve düşünceleri, tedavi ve yan etkiler konusunda beklentileri belirlenir. Oda sıcaklığı, gürültü, ışıklandırma gibi ağrıyı artırabileceği belirlenen çevresel faktörler kontrol altına alınır. Yeterli uyku ve dinlenme sağlanır. Ağrının yönetiminde kullanılacak farmakolojik/nonfarmakolojik yöntemler belirlenir. İstemi yapılan ilaçlar uygulanır. Ağrı kontrolünde opioidler yerine, multimodal analjezi uygulanmalıdır. Multimodal yaklaşım kullanmanın yararı her bir ilacın yan etkisinden kaçınırken ağrı kontrolünü geliştirecek mekanizmalarla ağrıyı azaltmaya dayanır. Opioid analjezik kullanımının gastrointestinal sistem, solunum fonksiyonları, santral sinir sistemi üzerine olumsuz etkileri nedeni ile ağrı kontrolünün sağlanmasında mümkün olduğunca kullanılmaması, alternatif olarak Torakal Epidural Anestezi (TEA), düşük doz spinal analjezi, epidural analjezi uygulanabileceği belirtilmektedir (orta düzeyde kanıtlara dayalı güçlü öneri). Uygulanan girişimlerden sonra ağrı tekrar değerlendirilir.
- Derin ven trombozunu önlemek amacı ile hastanede kaldıkları sürede ve mobilize oluncaya kadar hastalara kompresyon çorapları ve aralıklı pnö-

motik kompresyon cihazları uygulanmalıdır. Farmakolojik tedavide hekim istemi ile düşük molekül ağırlıklı heparin veya farksiyone olmayan heparin uygulanmalıdır (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).

- Sıvı elektrolit izleminde denge sifıra yakın olacak şekilde sürdürülmeli, kayıplar yerine koyulurken dengeli solüsyonlar tercih edilmelidir (düşük kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Üriner retansiyonu önlemek ve çıkışı izlemek amacı ile kullanılan üriner kateter doğrudan enfeksiyon riski ve mobilizasyonda gecikmeye neden olabileceğinden sınırlandırılmalıdır. Üriner kateter uygulaması kolorektal cerrahi sonrasında üriner retansiyon risk faktörleri (erkek cinsiyet, epidural analjezi ve pelvik cerrahi) varlığına göre hastaya özel bireyselleştirilmelidir. Rutin kateterizasyon 1-3 güne kadar tavsiye edilir (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Ameliyat sonrası ileus riskini önlemek amacı ile multimodal analjezi uygulamalarında opioid kullanımı sınırlandırılmalı, minimal invaziv cerrahi teknikler uygulanmalı, nazogastrik tüp kullanımı sınırlandırılmalı ve uygun sıvı tedavisi sağlanmalıdır (yüksek kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- Cerrahi travmaya yanıtın önemli bir göstergesi psödodiyabet olarak adlandırılan insülin direncidir. Komplikasyonlar için risk oluşturabileceğinden hiperglisemiden kaçınılmalıdır. Kan glikoz seviyesi uygun sınırlarda tutulmalıdır (orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).
- İyileşmeyi hızlandırmak ve enfeksiyon oluşum riskini azaltmak için ameliyattan 4 saat sonra enerji ve protein ihtiyacını karşılayacak oral beslenmenin başlanabileceği belirtilmektedir (orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri). Sıvı gıdalarla beslenme başlanmalı, hastanın tolere etme, iştah durumu ve iyi dengelenen bir beslenme planına göre sırayla yumuşak ve katı gıdalara geçiş yapılmalıdır. Normal besin alımını tolere edip intravenöz sıvılar kesilinceye kadar aldığı çıkardığı takibi yapılır. Metabolik rahatsızlık, mekanik tıkanıklık ve tedaviye bağlı olarak bulantı ve kusma izlenmeli, diyare ve konstipasyon gelişimi önlenmelidir. İyi bir beslenme için uygun bir çevre sağlanmalı, ağrılı işlemler yemek öncesi planlamada bulundurulmamalı, ağrı kesici ya da bulantı giderici gibi ilaçları varsa beslenmeden önce verilmelidir.
- Solunum komplikasyonlarının önlenmesinde iki saatte bir pozisyon değişimi, derin nefes ve öksürük egzersizleri ve erken mobilizasyon sağlanır. Ameliyat sonrası hastaya uygulanan yatak kenarında oturttmak, ayağa kaldırmak, yürütmek gibi temel uygulamalar pulmoner komplikasyonların

(pnömoni, atelektazi gibi) önlenmesinde etkili olup yoğun bakımda kalış süresinde kısılma sağladığı gösterilmiştir. Erken mobilizasyon önündeki engeller yetersiz ağrı kontrolü, intravenöz tedavilerin devam etmesi, üri-ner kateterizasyon süresinin uzaması, hastanın motivasyonu, eşlik eden hastalıkları olarak gösterilmektedir. Erken mobilizasyonun sağlanmasında hasta eğitimi ve cesaretlendirmesi gerekmektedir (orta kalitede kanıtlara dayalı güçlü öneri).

- Yara yeri kanama yönünden sık takip edilir, dren ve pansumanlar değerlendirilir. Lokal enfeksiyon ve yaşam bulguları izlenir, pansuman değişimleri sırasında aseptik tekniklere uyulur, yaranın iyileşme durumuna göre pansumanlar aşamalı olarak çıkarılır. Solunum egzersizleri sırasında yara bölgesi desteklenir. Hemoglobin, hemotokrit ve kanama bulguları izlenir.
- Kolostomi varsa stoma ödem, renk, sızıntı ve kanama açısından sık aralarla kontrol edilir. Stoma içeriği izlenir, yara bölgesi dışkı bulaşına karşı korunur, stomada iskemiyi düşündüren bulgular not edilerek cerrah bilgilendirilir. Kolostomi torbasının değişimi ve deri bakımı hastaya-bakım vericiye-aileye öğretilir, bakımı uygun şekilde yapabilmeye beceri geliştirme için hasta desteklenir ve uygun araç/torba seçimi konusunda bilgilendirilir.
- Anastomoz sızıntısı (abdominal distansiyon, vücut ısısında artış, şok belirtileri görülebilir), stoma prolapsusu, perforasyon, stoma retraksiyonu, deri irritasyonu, konstipasyon gibi komplikasyonlar izlenir. Sık batın muayenesi (tıkanıklık olursa; bağırsağın üst kısımlarında ise büyük hacimli kusmalar, alt kısımlarında ise yaygın distansiyon vardır), bağırsak seslerinin başlama durumu, gaz çıkışı ve ilk dışkı değerlendirilir.
- Cerrahi sonrası bağırsaktaki değişim acil veya sık defekasyon, konstipasyon, diyare, dışkıyı tam boşaltamama, aşırı gaz, perianal ağrı ve fekal inkontinans (en sık) gibi sıklığı yaşa, radyoterapi tedavisine, tümör seviyesine, uygulanan cerrahi girişime, sinir yaralanması varlığına göre değişiklik gösteren boşaltım sorunları görülebilir. Bireyin mevcut durumlar ile nasıl başa çıktığı öğrenilmeli, uygun diyet, pelvik taban kas egzersizleri, biyofeedback, elektrik stimülasyonu gibi nonfarmakolojik ve Loperamid HCL (barsak hareketliliğini azaltır), Amitriptilin (bağırsaktan geçişi yavaşlatır), antispazmotikler, gliserin fitilleri gibi farmakolojik tedaviler uygulanabilir.
- Stoma açılmışsa beslenme durumu değerlendirilir. Alışkanlıkları, allerji ya da intolerans durumu göz önünde bulundurularak, aşırı koku ve gaz yapan yiyecekler (lahana, brokoli, karnabahar, yumurta, balık, fasulye ve yüksek posalı gıdalar) konusunda hasta-aile bilgilendirilir. Diyareye neden olan yiyecekler (meyveler, yüksek lifli gıdalar, soda, gazoz gibi) ve konstipas-

yonun önlenmesi (kuru erik, elma suyu gibi gıdaların tüketimi) gerektiği ve günlük sıvı alımı (en az 2L) konusunda teşvik edilmelidir. Bir besin ilk kez alınacaksa az miktarda yanında başka bir şey yemeden denenmelidir. Stoma komplikasyonlarını azaltmak için bireyin vücut ağırlığı izlenir ve ideal vücut ağırlığını koruması için desteklenir.

- Hastalar değişen beden imajı, ameliyata ve stomaya ilişkin endişe ve düşünceleri nedeniyle genel olarak azalmış konsantrasyon, istek ve sosyal nedenlerle fiziksel aktivitede bulunmak istemeyebilirler. Olumlu beden imajı için desteklenmeli, yeterli fiziksel hareket, düzenli beslenme, günlük su alımı konularında cesaretlendirilmelidir. Dışkı atılımının düzenlenmesinde kullanılan irrigasyon solüsyonları hastanın fekal inkontinans korkusu olmadan sosyal aktivitelere katılmasını sağlayabilir. Aynı ya da benzer girişimle karşılaşmış ve baş etmede başarılı olmuş kişilerle görüşmesi sağlanarak farklı bakış açıları kazanmaları sağlanabilir.
- Cinselliğe ilişkin duygularını ifade etmesi için fırsat sağlanmalı, hasta hemşire tarafından kendi değer yargılarından uzak tarafsız olarak dinlenmelidir. Eşiyle mevcut durum, yanlış düşünce ve algılar hakkında konuşabilmesi için uygun ortam sağlanmalıdır. (Aktaş & Koçaşlı 2020; Ayık ve ark., 2018; Can, 2020; Cavallaro & Bordeianou, 2019; Çelik & Taşdemir, 2018; Gustafsson et al., 2019; Karadağ & Bulut, 2019; Karadakovan & Eti Aslan, 2017; Ripollés-Melchor et al., 2019; Sharour, 2020; Sınmaz & Özbaş, 2020; Yıldız Fındık ve ark., 2019).

Kolorektal Cerrahi Süreç Sonrası Taburculuk Eğitimi Kapsamı

Taburculuk kriterlerini ve ulaşılmak istenen günlük hedefleri belirlemek önemlidir. Taburculuk eğitimi; beslenme, aktivite, yara yeri/stoma bakımı ve kontrolleri konusundaki bilgilendirmeleri kapsar. Tüm açıklamalar hasta-bakım verici-ailenin anlayacağı şekilde yapılır. Cerrahi tedavi sonrasındaki süreç hasta-aile için stresli bir dönem olabilir. Planlanmış izlem ve testlerin yapılması, olası uzun dönem yan etkilerin izlenmesi, beslenmenin düzenlenmesi, çeşitli vitamin takviyeleri ve düzenli fiziksel aktivite, genel sağlığın izlemi için vazgeçilmezdir. Stomaterapi hemşiresi tarafından hasta-aileye stomayı kabullenme, stoma yönetimini öğrenme, gerekli malzemelerin temini konusunda bilgi verilir. Yeni duruma vücudun alışması için zamana ihtiyaç olduğu, bağırsak alışkanlıklarının zamanla düzene geçeceği belirtilir. Kapsamlı bakım sağlamak için risk altındaki bireylerin tarama ve eğitimlerine önem verilir. Birinci derece hasta yakınlarına düzenli aralıklarla kolon kanseri taraması yaptırmanın önemi açıklanır (Akyolcu ve ark., 2020; Gustafsson et al., 2019; Karadağ & Bulut, 2019; Laird & Raudonis, 2020; Moe, 2020; Thanikachalam & Khan, 2019). Ayrıca hastalara verilecek psikolojik destek, hastalık ve ilgili eğitimlerin, kansere bağlı stres ve endişeleri azalttığı, gevşeme becerilerini geliştir-

diği ve hastalığın tekrarlama riskini azalttığı, uygun izleme ve tarama davranışları geliştirmede fayda sağlayabildiği belirtilmektedir (Zhang et al., 2020).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kolorektal kanser cerrahisinde uygulanacak tedavi sürecinde, ameliyat öncesi-sırası-sonrası dönem ile ilgili fizyolojik ve psikolojik sorunlar görülebilir. Aynı zamanda eksik ya da hatalı bilgiler hastalarda stres ve anksiyete oluşturabilir. Hemşirelik bakım uygulamaları ve eğitimleri fizyolojik sorunlar ile birlikte ostomi bakımı ve olası komplikasyonlarını da kapsmalıdır. Hemşireler hastaların bireysel ihtiyaçlarını belirlemeli, olası komplikasyonların oluşmadan önlenmesi için tedbir almalıdırlar. Cerrahi hemşireleri tarafından ameliyat öncesi-sırası-sonrası dönemlerde mevcut duruma göre hasta ihtiyaçları belirlenmeli, var olan sorunlar çözümlenmeli, yaşam kalitesini iyileştirmek için yapılması gerekenlere hasta-bakım verici-aile ile birlikte karar verilmelidir. Ayrıca hastaların ifade edemediği cinsellik ile ilgili konularda hastanın duygularını ifade etmesi için uygun ortam sağlanmalı ve bu konuda cesaretlendirilmelidir. Hastanın polikliniğe başvurusu ile başlayan cerrahi süreç aşamalarının tümünde hemşire bakım verici, eğitici, danışman, destekleyici, yetiştirici ve kolaylaştırıcı rollerini kullanarak bakım uygulamalarını sağlamalı ve kapsamlı bir taburculuk eğitimi vermelidir.

Çıkar Çatışması

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Kaynak

Herhangi bir finansal destek yoktur.

KAYNAKLAR

- Aarons, C. B., & Mahmoud, N. N. (2013). Current Surgical Considerations for Colorectal Cancer. *Minimally Invasive Approach to Colorectal Diseases*, 5, 1. doi: 10.3978/j.issn.2304-3865.2013.04.01
- Abavi-Torghabeh, B., Mahdizadeh, M., Mahdizadeh, S. M., & Mazloom, S. R. (2020). The Effect of Critical Pathway Care in Patients with Colorectal Cancer, Randomized Control Trials. *Acta Medica Iranica*, 58(3), 96-102. doi: org/10.18502/acta.v58i3.3771.
- Abbasoğlu, O., Yorgancı, K., & Tırnaksız, M. B. (2019). Genel Cerrahi Ders Kitabı. Ankara: Dünya Tıp Kitabevi.
- Ahmed, M. (2020). Colon cancer: a clinician's perspective in 2019. *Gastroenterology research*, 13(1), 1. doi: org/10.14740/gr1239.
- Akduran, F. (2020). Kolorektal Kanserli Hastalarda Onkoloji Hemşiresinin Rolü. Ankara: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Aktaş, D., & Koçuşlu, S. (2020). Kolorektal Kanser Cerrahisi Sonrası Önemli Bir Sorun: Fekal İnkontinans. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(1), 36-43. doi:10.38108/Ouhcd.712645.
- Akyolcu, N., Kanan, N., & Aksoy, G. (2020). Cerrahi Hemşireliği II. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- American Cancer Society (2022). Colorectal Cancer Stages. <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/staged.html> Erişim Tarihi: 18.03.2022.

- Argilés, G., Tabernero, J., Labianca, R., Hochhauser, D., Salazar, R., Iveson, T., ... & Arnold, D. (2020). Localised colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 31(10), 1291-1305.
- Arslankılıç, Ç., Erdem, G. Ö. L., & Çınaroğlu, N. S. (2020). Cerrahide Hızlandırılmış İyileşme Protokolü: Sistematik Derleme. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 15-34.
- Ayık, C., Arslana, G. G., & Özden, D. (2018). Kolorektal Kanseri Stoma Açılan Bireyin Nanda'ya Göre Hemşirelik Tanıları ve NIC Girişimleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 10(3), 251-262. <https://doi.org/10.5336/nurses.2017-58679>
- Aytaç, H. Ö. (2020). Gastrointestinal Sistem Kanselerinin Cerrahisi. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Biondi, A., Vacante, M., Ambrosino, I., Cristaldi, E., Pietrapertosa, G., & Basile, F. (2016). Role of Surgery for Colorectal Cancer in the Elderly. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 8(9), 606. doi: 10.4240/wjgs.v8.i9.606
- Bölge, M., Bayram İ., Bayram O., & Gürses, B. (2017). Kolorektal Cerrahi Sonrası Radyolojik Değerlendirme. *Türk Radyoloji Dergisi*, 36, 32-37. DOI: 10.5152/turkjradiol.2017.697
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424. doi.org/10.3322/caac.21492.
- Brown, K. G., Solomon, M. J., Mahon, K., & O'Shannassy, S. (2019). Management of colorectal cancer. *Bmj*, 366. doi.org/10.1136/bmj.l4561.
- Buccafusca, G., Proserpio, I., Tralongo, A. C., Giuliano, S. R., & Tralongo, P. (2019). Early colorectal cancer: diagnosis, treatment and survivorship care. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 136, 20-30. doi.org/10.1016/j.critrevonc.2019.01.023.
- Can, G. (2020). Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel tıp Kitabevleri.
- Cavallaro, P., & Bordeianou, L. (2019). Implementation of an ERAS pathway in colorectal surgery. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 32(02), 102-108.
- Cengiz, B., & Bahar, Z. (2017). Perceived Barriers and Home Care Needs When Adapting to a Fecal Ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 44(1), 63-68. doi:10.1097/WON.0000000000000271.
- Climent, M., & Martin, S. T. (2018). Complications of Laparoscopic Rectal Cancer Surgery. *Mini-invasive Surgery*, 2, 45. doi.org/10.20517/2574-1225.2018.62.
- Çelik, S. (2021). Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar. Ankara: Çukurova Nobel tıp Kitabevi.
- Çelik, S., & Taşdemir, N. (2018). Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Duluklu, B., & Çelik, S.Ş. (2019). Kolostomisi Olan Bireylerde Yaşam Kalitesi: Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 111-119.
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., ... & Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. *World J Surg*, 43(3), 659-695. doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y. <https://erassociety.org/guidelines/> Erişim Tarihi: 25.02.2022.
- Hountz, D., Coddington, J., Foli, K. J., & Thornton, J. (2017). Increasing Colorectal Cancer Screening Using a Quality Improvement Approach in A Nurse-Managed Primary Care Clinic. *J Healthc Qual*, 39(6), 379-390. doi: 10.1097/JHQ.0000000000000107.
- İlaslan, E., Özer, Z., & Kol, E. (2017). Kolorektal Kanselerde Palyatif Bakım Hemşireliği. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(1), 43-48. doi: 10.5222/jaren.2017.043
- Kabataş, M. S., & Özbayır, T. (2016). Kolorektal Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü: Sistematik Derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 120-132.
- Karadağ, M., & Bulut, H. (2019). Cerrahi Hemşireliği 2. Ankara: Vize Yayıncılık.
- Karadakovan, A., & Eti Aslan, F. (2017). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Karaveli, S., Özbayır, T., & Karacabay, K. (2014). Kolorektal Kanseri Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Deneyimlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(2), 90-96.
- Keller, D. S., Windsor, A., Cohen, R., & Chand, M. (2019). Colorectal cancer in inflammatory bowel disease: review of the evidence. *Tech Coloproctol*, 23(1), 3-13. doi: 10.1007/s10151-019-1926-2

- Kimura, C. A., Kamada, I., Guilhem, D. B., Modesto, K. R., & de Abreu, B. S. (2017). Perceptions of Ostomized Persons due to Colorectal Cancer on Their Quality of Life. *Journal of Coloproctology*, 37(1), 1-7. doi:10.1016/j.jcol.2016.05.007.
- Koç, Ş. (2017). Kolorektal Kanseri Önleme: Kolorektal Kanser Risk Danışmanlığı. *F.N. Hem. Derg.*, 25(1), 69-77. doi: 10.17672/fnhd.95845.
- Laird, S. A., & Raudonis, B. M. (2020). Colorectal Cancer Screening Practices Among Texas Nurse Practitioners and Physician Assistants. *Gastroenterology Nursing*, 43(2), 156-163. doi: 10.1097/SGA.0000000000000414.
- Liang, P. S., Mayer, J. D., Wakefield, J., Trinh-Shevrin, C., Kwon, S. C., Sherman, S. E., & Ko, C. W. (2020). Trends in Sociodemographic Disparities in Colorectal Cancer Staging and Survival: A SEER-Medicare Analysis. *Clinical and Translational Gastroenterology*, 11(3). doi: 10.14309/ctg.0000000000000155.
- Lohsiriwat, V., & Jitmongngan, R. (2019). Enhanced recovery after surgery in emergency colorectal surgery: review of literature and current practices. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 11(2), 41. doi: 10.4240/wjgs.v11.i2.41.
- Majano, S. B., Di Girolamo, C., Rachet, B., Maringe, C., Guren, M. G., Glimelius, B., ... & Walters, S. (2019). Surgical Treatment and Survival from Colorectal Cancer in Denmark, England, Norway, and Sweden: a Population-based Study. *The Lancet Oncology*, 20(1), 74-87. doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30646-6.
- Moe, L. (2020). Cancer Care. Overview of Colon Cancer for the Medical-Surgical Nurse. *Medsurg Nursing*, 29(1), 58-60.
- NCCN (2022). Clinical Practice Guidelines in Oncology. Colorectal Cancer Screening. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=2&id=1429>. Erişim Tarihi: 17.03.2022
- NCCN (2022). Clinical Practice Guidelines in Oncology. Colorectal Cancer. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf. Erişim Tarihi: 18.03.2022.
- Özçelik, M. F. (2018). Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. Adana: Türk Cerrahi Derneği Yayınları.
- Ripollés-Melchor, J., Ramírez-Rodríguez, J. M., Casans-Francés, R., Aldecoa, C., Abad-Motos, A., Logroño-Egea, M., ... & Calvo-Vecino, J. M. (2019). Association between use of enhanced recovery after surgery protocol and postoperative complications in colorectal surgery: the postoperative outcomes within enhanced recovery after surgery protocol (POWER) study. *JAMA surgery*, 154(8), 725-736.
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> Erişim Tarihi:17.03.2022.
- Sharour, L. A. (2020). Cancer-Related Fatigue, Laboratory Markers as Indicators for Nutritional Status among Patients with Colorectal Cancer. *Nutrition and Cancer*, 72(6), 903-908. doi.org/10.1080/01635581.2019.1669674.
- Sınmaz, T., & Özbaş, A. (2020). Kolorektal Kanserlerde Palyatif Bakım. *Bandırma Onyediyünlü Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 41-53.
- Siegel, R.L., Miller, K.D., Goding Sauer, A., Fedewa, S.A., Butterly, L.F., Anderson, J.C., Cercek, A., Smith R.A., Jemal, A. (2020). Colorectal Cancer Statistics, 2020. *CA Cancer J Clin*, 70(3), 145-164. doi: 10.3322/caac.21601.
- Simonson, C. (2018). Colorectal Cancer—an Update for Primary Care Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(4), 344-350. doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.12.030.
- Sujianto, U., Billy, R., & Margawati, A. (2020). Family's Experience: Nursing Care for Colorectal Cancer Patients with Colostomy. *Nurse Media Journal of Nursing*, 10(1), 96-107. doi.org/10.14710/nmjn.v10i1.28725.
- Tarhan Ö.R. (2022). Kolon ve Rektum Kanseri (Kolorektal Adenokanser) <https://www.turkcerrahi.com/makaleler/kolon-rektum-ve-anus/kolorektal-kanser-kolon-ve-rektumun-adenokanseri/kolon-kanseri-tedavisi-ve-ameliyatlari/> Erişim Tarihi:02.03.2022
- Thanikachalam, K., & Khan, G. (2019). Colorectal Cancer and Nutrition. *Nutrients*, 11(1), 164. doi:10.3390/nu11010164.
- Topçu, S.Y., & Baskın, B.E. (2019). Cerrahi Girişim Bekleyen Kolorektal Kanser Hastalarında Sosyal Destek Algısı ve Etkileyen Faktörler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 423-430. Doi: 10.22312/Sdsbed.585679.
- Töre, F. (2020). Hemşireler İçin Bir Bakışta Patofizyoloji. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Tuna, P. T., & Kurşun, Ş. (2018). Kolorektal Cerrahisinde Hızlandırılmış Bakım Protokolleri Ve Hemşirelik Bakımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 180-188.

- Tuominen, L., Leino-Kilpi, H., & Meretoja, R. (2020). Expectations of Patients with Colorectal Cancer towards Nursing Care—a Thematic Analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 101699. doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101699.
- Ünal, N. G., Coşgun, G., Korkut, M., Özütemiz, A. Ö., Doğanavşargil, B., Çakar, B., ... & Haydaroğlu, A. (2019). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Veri Tabanındaki Kolorektal Kanserli Olguların Epidemiyolojik ve Genel Sağ Kalım Özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 58, 68-77.
- Vogel, J. D., Felder, S. I., Bhama, A. R., Hawkins, A. T., Langenfeld, S. J., Shaffer, V. O., ... & Paquette, I. M. (2022). The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colon Cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*, 65(2), 148-177.
- Vonk-Klaassen, S. M., de Vocht, H. M., den Ouden, M. E. M., Eddes, E. H., & Schuurmans, M. J. (2016). Ostomy-Related Problems and Their Impact on Quality of Life Colorectal Cancer Ostomates: a Systematic Review. *Quality of Life Research*, 25(1), 125-133. DOI 10.1007/s11136-015-1050-3.
- WHO, (2022). International Agency for Research on Cancer https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D Erişim Tarihi: 04.03.2022.
- Yang, X. F., Pan, K. (2014). Diagnosis and Management of Acute Complications in Patients with Colon Cancer: Bleeding, Obstruction, and Perforation. *Chinese Journal of Cancer Research*, 26(3), 331-340. doi: 10.3978/j.issn.1000-9604.2014.06.11.
- Yıldız Findık, Ü., Ünver, S., & Eyi, S. (2019). Gastrointestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- You, Y. N., Hardiman, K. M., Bafford, A., Poylin, V., Francone, T. D., Davis, K., ... & Feingold, D. L. (2020). The American society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the management of rectal cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*, 63(9), 1191-1222.
- Zhang, X., Liu, J., Zhu, H., Zhang, X., Jiang, Y., & Zhang, J. (2020). Effect of Psychological Intervention on Quality of Life and Psychological Outcomes of Colorectal Cancer Patients. *Psychiatry*, 83(1), 58-69. doi.org/10.1080/00332747.2019.1672440.
- Zhang, Y., Chen, Z., & Li, J. (2017). The current status of treatment for colorectal cancer in China: A systematic review. *Medicine*, 96(40). doi.org/10.1097/MD.00000000000008242