



Preoperatif dönemde hasta bakımına yönelik yenilikçi bir yaklaşım: ERAS'ı ne kadar uyguluyoruz?

An innovative approach to patient care in the preoperative period: How much do we apply ERAS?

Gül Çakır Özmen¹, Ayşe Serpici², Dilek Çilingir¹, Ayla Gürsoy³

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon, Türkiye

²Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bursa, Turkey

³Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Lefkoşe, Kıbrıs

ÖZET

Amaç: Bu araştırma cerrahi kliniklerde yatan hastalarda ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolünün ameliyat öncesi dönemdeki uygulanma durumunun değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu araştırma Ocak- Eylül 2018 tarihleri arasında Trabzon ilinde yer alan bir üniversite hastanesine ait gerekli izinlerin alınmış olduğu cerrahi kliniklerinde yürütüldü. Araştırmaya katılmayı kabul eden 190 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. İstatistiksel analizlerde sayı ve yüzde kullanıldı.

Bulgular: Bu araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 57.0±17.09 olduğu belirlendi. Hastaların %93.7'si ameliyat öncesi dönemde bilgilendirildiği, %45.8'i hekim tarafından bilgilendirildiğini ifade ederken %81.3'ünün sözel olarak bilgilendirildiği saptandı. Hastaların %92,6'sının ameliyattan önceki gece yarısından sonra aç kaldığı, %76.3'üne premedikasyon yapıldığı, %77.9'una ameliyata gitmeden önce antimikrobiyal profilaksi uygulandığı, %75.1'ine ise herhangi bir cilt hazırlığının yapılmadığı belirlendi.

Sonuçlar: Bu araştırmada hastaların tamamına yakınının preoperatif dönemde bilgilendirildiği ve aç kaldığı bulundu. Ayrıca hastaların çoğunluğunun sözel bilgilendirme aldığı, ameliyattan önceki gece yarısından sonra aç kaldığı ve preoperatif antibiyotik profilaksisi aldığı belirlendi. Bununla birlikte hasta bakımında primer role sahip olan hemşireler ERAS ile ilgili eğitimlere katılmalı, işlem basamaklarını uygulamada diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği halinde olmalı ve bağımsız karar verebileceği konularda hastaya yardımcı olmalıdır.

Anahtar kelimeler: hasta; hemşire; preoperatif dönem

ABSTRACT

Aim: This study was planned to evaluate the application status of the ERAS protocol (Enhanced Recovery After Surgery) in the pre-operative period in patients hospitalized in surgical clinics.

Methods: The descriptive study was carried out between January- September 2018 in surgical clinics where necessary permissions were obtained from a university hospital in Trabzon province. 190 patients who agreed to participate in the study constituted the sample of the study. Numbers and percentages were used in statistical analysis.

Results: The average age of the patients participating in this study was determined to be 57.0±17.09. While 93.7% of the patients were informed in the preoperative period, 45.8% were informed by the physician, 81.3% were informed verbally. It was determined that 92.6% of the patients fasted after midnight the night before the surgery, 76.3% were premedicated, 77.9% had antimicrobial prophylaxis before going to surgery, and 75.1% did not have any skin preparation.

Conclusion: In this study, it was found that almost all of the patients were informed in the preoperative period and went hungry. In addition, it was determined that the majority of the patients received verbal information, fasted after midnight before the operation and received preoperative antibiotic prophylaxis. However, nurses who have primary roles in patient care should attend trainings on ERAS, cooperate with other healthcare team members in implementing the procedure steps, and assist patients in matters that they can make independent decisions.

Keywords: nurse; patient; preoperative period

Giriş

“Cerrahi Sonrası İyileşmeyi Hızlandırma (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS)”, ameliyattan sonrası dönemde iyileşmenin hızlandırılması için, kanıta dayalı tıp uygulamalarının birden fazla alanda, multidisipliner ekip tarafından gerçekleştirilmesidir. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) ya da diğer adıyla hızlandırılmış cerrahi protokolü (Fast Track Surgery-FTS) kanıta dayalı uygulamalar arasında yer almaktadır (Güzel & Yava, 2019; Dağıstanlı, Kalaycı & Kara, 2018).

ERAS protokolünde ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında cerrahi ve anesteziye uygulanması önerilen kanıta dayalı uygulamalarla desteklenen başlıklar yer almaktadır. ERAS

protolünün perioperatif döneme ait birçok ögesi bulunmaktadır. Preoperatif dönemde, hastanın bilgilendirilmesi, ameliyat öncesi mekanik bağırsak temizliği yapılmaması, ameliyat öncesi aç bırakmama, ameliyat öncesi oral karbonhidrat yüklemesi, beslenme durumunun değerlendirilmesi, ameliyat öncesi optimizasyon, prehabilitasyon, premedikasyon yapılmaması, tromboemboli profilaksisi, antimikrobiyal profilaksi ögeleri yer almaktadır. İntraoperatif dönemde, hipoterminin önlenmesi, midtorakal epidural analjezi, kısa etkili anestezi protokolü, ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın multimodal yönetimi, perioperatif sıvı yönetimi, drensiz cerrahi, laparoskopik ve robotik cerrahi ögeleri belirtilmektedir. Bütün bu uygulamalara ek olarak postoperatif dönem ise, üner

kateter, ameliyat sonrası narkotik olmayan analjezik kullanımı, kan şekeri yönetimi, gastrointestinal motilitenin uyarılması, erken beslenme, gerekirse erken enteral nutrisyon, erken mobilizasyon, erken taburculuk kriterleri ve takip ve sonuçların denetimi olarak maddelendirilmiştir (Güzel ve Yava, 2019; Dağıstanlı ve ark., 2018; Bozkırlı ve ark., 2012; Birlikbaş & Bölükbaş, 2019). ERAS protokolü; ameliyat öncesi süreçte ameliyata bağlı olarak stresin yaşanmasını azaltmakta ve iyileşmenin hızlanmasına katkı sağlamaktadır.

Protokolün öncüsü Danimarkalı Prof. Henrik Kehlet olarak bilinmektedir (Kehlet, 2018; Dağıstanlı ve ark., 2018; Bozkırlı ve ark., 2012). Sonrasında Fearon ve Ljunqvist önderliğinde, 2001 yılında Kuzey Avrupa da yer alan beş merkez; İsveç, Danimarka, Norveç ve Hollanda'nın yer aldığı çalışma grubu tarafından gerçekleştirilen kanıta dayalı uygulamalar ve çalışmalar sonucu ortaya çıkan ERAS protokolü, perioperatif süreci kapsamakla birlikte fizyolojik fonksiyonların düzenlenmesi amacıyla oluşturulmuştur. 2010 yılında ERAS çalışma ekibi Stockholm merkezli uluslararası bir derneğe dönüşmüş ve "ERAS Derneği (Enhanced Recovery After Surgery Society for Perioperative Care)" ismini almıştır (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş & Bölükbaş, 2019).

Hasta olmak, hastaneye yatmak, farklı bir ortamda olmanın meydana getirdiği fiziksel ve psikolojik etkiler sonucu bireyler, anksiyete, kaygı, korku, stres, umutsuzluk gibi durumların birçoğunu yaşayabilmektedir. Ameliyat öncesi dönemde bilgilendirmenin yeterince yapılmaması, aileden ve sosyal çevreden uzak kalma, kendini yetersiz hissetme, başkalarına bağımlı olma düşüncesi, beden imajında bozulma, preoperatif dönemde yapılan hazırlıklara bağlı yorgun, yetersiz bilgiye sahip olma ve kaygılı hissetme (aç kalma, bağırsak temizliği, cilt hazırlığı vb.) perioperatif sürecin olumsuz olarak etkilenmesine, ameliyat sonrası dönemde ağrı yoğunluğunun artmasına ve kontrolünün sağlanamamasına, iyileşmenin ve taburculuğun gecikmesine neden olur (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş & Bölükbaş 2019; Çetinkaya & Karabulut, 2010; Gustafsson ve ark., 2019; Gustafsson ve ark., 2013).

Hasta bakımında primer role sahip olan hemşirelerin geleneksel bakımın yanında güncel ve kanıta dayalı uygulamalarla bakımı desteklemeleri, hasta bakım kalitesinin ve hasta-hemşire memnuniyetinin artmasına, hastane kalış süresinin kısalmasına ve maaliyetin azalmasına katkı sağlayacaktır. Multidisipliner yaklaşımı benimseyen ERAS protokolüyle birlikte cerrahi hemşiresi perioperatif sürecin her basamağında yer alan bir sağlık profesyonelidir. Bu nedenle hemşireler hasta bakım ve tedavisine katkı sağlamak, eğitim ve deneyim sahibi olabilmek için güncel uygulamaları takip etmeli ve bu uygulamaları bakımlarına yansıtmalıdır.

Bu araştırma cerrahi kliniklerde yatan hastalarda ERAS protokolünün ameliyat öncesi dönemdeki uygulanma durumunun değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı olan bu araştırma Ocak 2018- Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma, Trabzon ilinde yer alan bir üniversite hastanesine ait gerekli izinlerin alınmış olduğu cerrahi kliniklerinde yürütüldü. Araştırmanın yürütülmesi için Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Etik Kurulundan (242237859-586) gerekli yazılı izinler alındı. Ayrıca çalışmaya kabul kriterlerini taşıyan (18 yaşından büyük, Türkçe konuşabilen, ameliyatı planlı olan ve acil olmayan) ve araştırma kapsamına alınan hastalardan sözlü izin alındı.

Bu araştırmanın evrenini yukarıda adı geçen hastanenin cerrahi kliniklerine bir yıl içerisinde ameliyat olmak için yatan hastalar oluşturdu. Evreni bilinen örneklem hesaplaması yapılarak, araştırmaya katılmayı kabul eden 190 hasta araştırmanın örneklemi oluşturdu. Kolon cerrahisi ve acil cerrahi geçiren işlemler çalışmaya dahil edilmedi.

Veriler araştırmacı tarafından ilgili literatür ve Türkiye ERAS Derneği'nin rehberlerinden faydalanarak oluşturulan, hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, sosyal güvencesi, yattığı klinik vb. sosyodemografik özelliklerini, hızlandırılmış iyileştirme protokolünde yer alan ameliyat öncesi dönemdeki uygulamalara yönelik olarak hazırlanmış; hastanın bilgilendirilmesi/ danışmanlık, (kim tarafından, nasıl, nerede ve hangi konularda yapıldığı), ameliyat öncesi bağırsak temizliği (nasıl ve ne zaman), ameliyat öncesi dönemde aç kalma, anestezi öncesi premedikasyon, tromboemboli profilaksisi, antimikrobiyal profilaksi ve cilt hazırlığı başlıkları altında maddelendirilmiş ve 28 sorudan oluşan veri toplama formu kullanılarak ulaşıldı (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş & Bölükbaş, 2019; Çetinkaya & Karabulut, 2010; Gustafsson ve ark., 2019; Gustafsson ve ark., 2013; Gustafsson ve ark., 2012; Gustafsson ve ark., 2008; Kehlet, 2008; Nygren, Thorell & Ljunqvist, 2003). Veriler SPSS 15.00 programı ile değerlendirildi ve tanımlayıcı istatistikler olarak sayı (n), yüzde (%), ortalama±standart sapma değerleri hesaplandı.

Bulgular

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	63	33.2
Erkek	127	66.8
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	11	4.7
İlköğretim/ortaöğretim	120	63.2
Lise	42	22.2
Üniversite	17	8.9
Hastanın Yattığı Klinik		
Göğüs Cerrahisi Kliniği	39	20.5
Genel Cerrahi Kliniği	52	27.4
Üroloji Kliniği	50	26.3
Kulak Burun Boğaz Kliniği	29	15.3
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği	20	10.5

Katılımcıların sosyo- demografik özellikleri Tablo 1 de belirtildi. Katılımcıların yaş ortalamasının 57.0±17.09, %66.8'inin erkek, %63.2'sinin eğitim durumunun ilköğretim seviyesinde olduğu ve %27.4'ünün genel cerrahi kliniğinde kaldığı bulundu.

Katılımcıların ameliyat öncesi bilgilendirilme durumuna ait sonuçları Tablo 2 verilmiştir. Hastaların %60,5'i (n=115) bilgilendirmeyi klinikte, %26.3'ü (n=50) poliklinikte aldığı ve %5.3'üne herhangi bir bilgilendirme yapılmadığı (n=10) saptandı.

Hastaların ameliyat öncesi aç kalma ve bağırsak temizliği yapıma durumuna ilişkin sonuçlar Tablo 3'te yer almaktadır. Ayrıca çalışmaya katılan hastaların %17.9'u (n=34) bağırsak temizliğinin ameliyat gecesi yapıldığını, %74.2 'si (n=141) yapılmadığını belirtmiştir.

Ameliyat öncesi dönemdeki premedikasyon, tromboemboli profilaksisi, antimikrobiyal profilaksi ve cilt hazırlığı durumuna ait sonuçlar Tablo 4'te yer almaktadır. Hastaların %76.3'üne (n=145) premedikasyon yapıldığı, %42.1'ine (n=80) basınçlı elastik çorap giydirildiği ve hastaların %77.9'una (n=148)

ameliyata gitmeden hemen önce antimikrobiyal profilaksi yapıldığı saptandı.

Tablo 2. Ameliyat öncesinde hastanın bilgilendirilme durumu

Bilgilendirme/ Danışmanlık	Sayı	%
Bilgilendirilme durumu		
Evet	178	93.7
Hayır	12	6.3
Kim tarafından		
Hekim	87	45.8
Hemşire	43	22.6
Fizyoterapist	1	0.5
Hekim/hemşire	50	26.3
Yapılmadı	9	4.7
Nasıl		
Sözlü	152	81.3
Yazılı	5	2.7
Yazılı/sözlü	19	10.2
Yapılmadı	11	5.9
Bilgilendirme yapılan konu*		
Ameliyat öncesi hazırlık	155	81.6
Ağrı	101	53.2
Oral gıda alımı	100	52.6
Mobilizasyon	83	43.7
Ameliyat sonrası kısıtlamalar	102	53.7
Nefes egzersizleri	70	36.8

*Her bir madde ayrı olarak değerlendirildi.

Tablo 3. Hastaların bağırsak temizliği olma ve aç kalma durumları

	Sayı	%
Bağırsak temizliği yapıma durumu		
Evet, oral yapıldı	2	1.1
Evet, rektal yapıldı	40	21.1
Hayır, yapılmadı	144	75.8
Oral/rektal	4	2.1
Aç kalma durumu		
Ameliyattan önceki gece yarısından sonra hiçbir şey yemedim	176	92.6
Ameliyattan önceki gece yarısına kadar hafif gıdalar	163	85.8
Yalnızca IV mayı*	11	5.8

* IV:Intravenöz

Tablo 4. Premedikasyon, tromboemboli profilaksisi, anti-mikrobiyal profilaksi ve cilt hazırlığı durumu

Özellikler	Sayı	%
Premedikasyon/sakinleştirici		
Evet	145	76.3
Hayır	45	23.7
Tromboemboli Profilaksisi*		
Basınçlı elastik çorap	80	42.1
Heparin uygulaması	14	7.4
Antimikrobiyal profilaksi		
Ameliyattan 30 dk önce	11	5.8
Ameliyata gitmeden önce	148	77.9
Yapılmadı	24	12.6
Cilt hazırlığı*		
Elektrikli makine	8	4.2
Jilet	9	4.8
Yapılmadı	142	75.1

*Her katılımcı tarafından cevaplandırılmamış, boş geçilmiştir.

Tartışma

Preoperatif süreçte organ fonksiyonlarının korunması, strese olan yanıtın azaltılması, intraoperatif ve postoperatif döneme ilişkin komplikasyonların önlenmesi, taburculuğun erken dönemde sağlanması ve perioperatif sürecin etkin bir şekilde yönetilmesi açısından ERAS protokolünün yararlı olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada cerrahi kliniklerde yatan hastalarda ERAS protokolünün ameliyat öncesi dönemdeki uygulanma durumunun değerlendirilmesi amaçlandı.

Ameliyat öncesi dönemde hastalar korku, anksiyete, stres yaşayabilmektedirler. (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş & Bölükbaş, 2019; Çetinkaya & Karabulut, 2010). Bu süreçte hastaların yaşanacaklar konusunda bilgilendirilmesi perioperatif sürecin daha kolay bir şekilde ilerlemesine katkı sağlamaktadır (Birlikbaş & Bölükbaş, 2019). Çalışmada hastaların yaklaşık olarak yarısının hekim tarafından, tamamına yakınının ise sözlü olarak bilgilendirildiği bulundu. Ayrıca ameliyat öncesi hazırlık, ağrı, oral gıda alımı, ameliyat sonrası yapılması gereken nefes egzersizleri gibi konularda da bilgilendirilme yapıldığı hastalar tarafından belirtildi. Literatürde, araştırmadan elde edilen sonuçları destekleyecek şekilde hastaların ameliyat öncesi bilgilendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Birlikbaş & Bölükbaş, 2019; Kehlet, 2008; Çetinkaya & Karabulut, 2010; Gustafsson ve ark., 2019; Gustafsson ve ark., 2013; Gustafsson ve ark., 2012; Gustafsson ve ark., 2008; Nygren ve ark., 2003). 2010 yılında Çetinkaya ve Karabulut'un "batın ameliyat öncesinde hastalara verilen eğitimin, ağrı ve kaygı üzerindeki etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, ameliyat öncesi eğitim verilen hasta grubunun ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyi, eğitim verilmeyen hasta grubuna göre anlamlı oranda düşük bulunduğu ifade edilmiştir (Çetinkaya & Karabulut, 2010). Kehlet ve Nygren ameliyat öncesi yapılan bilgilendirmenin anksiyeteyi azalttığını ve iyileşmeyi artırdığını, Demirhan ve Pınar sözlü/yazılı bilgilendirmenin gerekliliğini ve bu bilgilendirmenin preoperatif hazırlık, hastanın hastanede kalacağı zaman, oral beslenme, ağrı, postoperatif kısıtlamalar ile ilgili olarak kapsamlı bir şekilde hastalara verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş & Bölükbaş, 2019; Kehlet, 2008; Çetinkaya & Karabulut, 2010; Gustafsson ve ark., 2019; Gustafsson ve ark., 2013; Gustafsson ve ark., 2012; Gustafsson ve ark., 2008; Nygren ve ark., 2003). Bu sonuçlara dayanarak hastaların ameliyat öncesi dönemde süreç ile ilgili bilgilendirilmesinin anksiyete ve korkuların azalmasına, analjezik kullanımına duyulan gereksinimin azalmasına, hasta-sağlık çalışanları arasında işbirliği ve iletişim bağının güçlenmesine ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada, hastaların %75.8'inin ameliyat öncesi dönemde herhangi bir bağırsak temizliğinin yapılmadığı ortaya çıkmıştır. 2018 yılında Rollins ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir meta analizde ameliyat öncesi yapılan bağırsak temizliğinin ameliyat sonrası görülen komplikasyonlarla ilişkisinin olmadığı belirtilirken, farklı çalışmalarda (Birlikbaş & Bölükbaş, 2019; Rollins, Emamghissi & Lobo, 2018), kolonik cerrahide preoperatif barsak temizliğinin herhangi bir yararının olmadığını, yaşlı hastalarda sıvı elektrolit dengesizliği gibi komplikasyonların yaşanmasına neden olduğu belirtilmiştir. 2011 yılında Cochrane'de yayınlanmış olan sistemik bir derlemede mekanik bağırsak temizliği yapılan ve yapılmayan gruplar arasında anastomoz kaçağı, mortalite hızı, yara enfeksiyonu ve operasyonun tekrarlanması gerekliliği açısından herhangi bir farklılık saptanmamıştır (Dağıstanlı ve ark., 2018; Bozkırlı ve ark., 2012; Guenaga, Matos, Castro, Atallah & Jorgensen, 2003). Literatürü destekleyecek şekilde elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda ameliyat öncesi dönemde hastalara bağırsak temizliğinin rutin olarak kullanılmaması gerektiği önerilmektedir.

Cerrahi girişimler öncesi hastanın oral alımının kısıtlanması, ameliyat esnasında oluşabilecek aspirasyon riskinin önlenmesi amacıyla sıklıkla uygulanmaktadır.

Geleneksel yaklaşıma yenilikçi bir bakış açısı kazandıran ERAS uygulamaları kapsamında ise hastaların uzun süre oral alımının kısıtlanması perioperatif süreçte fizyolojik komplikasyonların oluşmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda oral kısıtlamanın ameliyattan iki saat öncesinde berrak sıvıların alınabileceği şekilde düzenlenebileceği belirtilmektedir (Kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü), (Birlikbaş & Bölükbaş, 2019; Gustafsson ve ark., 2019; Gustafsson ve ark., 2013; Gustafsson ve ark., 2012; Gustafsson ve ark., 2008). Bu araştırmadan elde edilen bulgularda hastaların %92.6'sının ameliyattan önceki gece yarısından sonra aç kaldığı ve ameliyata kadar hiçbir şey yemediği sonucuna varılmıştır. Bu araştırma ile paralel olarak Dolgun ve arkadaşlarının çalışmaları da preoperatif dönemde hastaların yaklaşık olarak 13 saat aç kaldığı belirlenmiştir (Birlikbaş & Bölükbaş, 2019; Dolgun, Taşdemir, Ter & Yavuz, 2011). ERAS protokolüne göre oral alımının sağlanması için cerrahi girişimden önceki gece yarısına kadar 800 ml, cerrahi girişimden 2-3 saat öncesinde de 400 ml, "karbonhidrattan zengin sıvı gıda" verilmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi düşük, öneri düzeyi güçlü; diyabetik hastalar için kanıt düzeyi düşük, öneri düzeyi zayıf), (Birlikbaş & Bölükbaş, 2019; Gustafsson ve ark., 2019; Gustafsson ve ark., 2013; Gustafsson ve ark., 2012; Gustafsson ve ark., 2008). Ameliyat öncesi dönemde hastaların oral kısıtlamasının cerrahi girişimden 2 saat öncesine kadar berrak sıvı alımının olması şeklinde düzenlenmesi, ameliyat sonrasında yaşanabilecek metabolik bozuklukların ve sıvı elektrolit dengesizliklerinin giderilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Premedikasyonda kullanılan opioidler, uzun etkili sedatifler postoperatif iyileşmeyi geciktirerek, hastanede kalış süresinin uzamasına neden olabilmektedir. Bu nedenle gereksiz premedikasyon uygulamalarından kaçınılması önerilmektedir (<http://www.eras.org.tr/page.php?id=10&sağlıkCalisani=true>). Bu araştırmadan elde edilen sonuçlarda ise, hastaların büyük çoğunluğuna ameliyat öncesi premedikasyon yapıldığı belirlendi. Sonuçlarımızla örtüşmeyecek şekilde, ameliyat öncesi dönemde uygulanan sedatif ilaçların, ameliyat sonrası iyileşme süresini uzattığı için verilmemesi önerilmektedir (kanıt düzeyi orta, öneri düzeyi güçlü), (Birlikbaş & Bölükbaş, 2019; Kehlet, 2008; Çetinkaya & Karabulut, 2010; Gustafsson ve ark., 2019; Gustafsson ve ark., 2013; Gustafsson ve ark., 2012; Gustafsson ve ark., 2008). Postoperatif toparlanmanın hızlandırılması ve sedasyona bağlı oluşabilecek komplikasyonların azaltılması amacıyla preoperatif dönemde gerek olmadıkça premedikasyon rutin olarak yapılmamalıdır (Gustafsson ve ark., 2019; Gustafsson ve ark., 2013; Gustafsson ve ark., 2012; Gustafsson ve ark., 2008).

ERAS protokolüne göre, tromboemboli profilaksisinin sağlanması ve derin ven trombozu riskinin önlenmesi için DMAH (Düşük Mol Ağırlıklı Heparin) uygulanmalı (kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü) ve elastik özelliğe sahip basınç çorapları giydirilmelidir (kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü), (Birlikbaş & Bölükbaş, 2019; Gustafsson ve ark., 2019; Gustafsson ve ark., 2013; Gustafsson ve ark., 2012; Gustafsson ve ark., 2008). Bu araştırmada hastaların sadece %42.1'ine elastik özelliğe sahip basınç çorapları giydirildiği, %7.4'üne heparin uygulaması yapıldığı belirlendi. İnsizyon varlığı, ağrı, katater ve dren varlığı, anksiyete ve korku gibi durumlar hastalarda immobilizasyona neden olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla cerrahi hastalarında postoperatif döneme yönelik yaşanabilecek komplikasyonların önlenmesi

amacıyla preoperatif tromboemboli profilaksisi göz ardı edilmemeli ve hastaların elastik özelliğe sahip basınç çorapları giydirilmesi konusunda desteklenmesi önerilmektedir.

Antibiyotik profilaksisinin rehberlere ve hastaya uygun olarak cilt kesinden önce yapılmış olması ve üç saatten uzun süren ameliyatlarda intraoperatif olarak tekrarlanması önerilmektedir. Ameliyat öncesi dönemde antimikrobiyal profilaksi ve cilt hazırlığının sağlanmasında; sefazolin (kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü), ve klorheksidin- alkol (kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü), (Birlikbaş & Bölükbaş, 2019; Nelson ve ark., 2016; Nelson ve ark., 2019) önerilmektedir. Bu araştırmada hastaların %77.9'unun antibiyotik profilaksilerinin ameliyata gitmeden hemen önce yapıldığı bulundu. Hastaların %75.1'ine ise herhangi bir cilt temizliğinin yapılmadığı belirlendi. Gustafsson ve arkadaşlarına (2019) göre ise ameliyat öncesi yapılan profilaksinin cerrahi kesiden bir saat önce yapılmış olması gerektiği belirtilmektedir (Gustafsson ve ark., 2019). Antimikrobiyal profilaksi ve cilt hazırlığı cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde ve yara iyileşmesinin hızlanmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmada hastaların tamamına yakınının sözlü olarak bilgilendirildiği, ameliyat öncesi dönemde herhangi bir bağırsak temizliğinin yapılmadığı, ameliyattan önceki gece yarısından sonra aç kaldığı ve ameliyata kadar hiçbir şey yemediği, premedikasyon yapıldığı, antibiyotik profilaksilerinin ameliyata gitmeden hemen önce yapıldığı ve cilt temizliğinin ise yapılmadığı saptandı.

Sonuç olarak, ERAS protokolü perioperatif süreci kapsayan kanıta dayalı tıp uygulamalarını içermektedir. Perioperatif sürecin her basamağında aktif olarak rol alan hemşireler bu uygulamaları bakımlarına yansıtmaları için, yenilikleri takip etmeli ve kanıta dayalı uygulamalarla birlikte bakım kalitesinin artmasına katkı sağlamalıdır. ERAS protokolüne uyumun artması ve kullanımı açısından sürekliliğin sağlanması, hemşirelerin güncel konular hakkında bilgi sahibi olması ve bu bilgileri kanıta dayalı uygulamalarla bakıma yansıtmaları; hastaların yatış süresinde kısalmaya, taburculuğun hızlanmasına, taburculuk sonrası yaşanabilecek komplikasyonların azalmasına, hasta bakım kalitesinin artmasına ve bakım maliyetlerinin azalmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. İstenen düzeyde sonuçlara ulaşılmasında yeni çalışmalara gereksinim vardır.

Çıkar Çatışması

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek

Bu çalışmada finansal destek alınmamıştır.

Etik Komite Onayı

Bu çalışma için etik komite onayı, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Etik Kurulundan alınmıştır (No: 242237859-586).

Bilgilendirilmiş Onam

Çalışmaya katılanlardan onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi

Dış bağımsız.

Yazar Katkıları

G.Ç.Ö., A.S.: Tasarım, Metodoloji, Veri Toplanması, Veri analizi,, Metodoloji, Yazma - orijinal taslak.

D.Ç., A.G.: Metodoloji, Veri analizi, Yazma - Eleştirel İnceleme.

Kaynaklar

- Bozkırlı, B.O., Gündoğdu, R.H., Ersoy, P.E., Akbaba, S., Temel, H., & Sayın, T. (2012). ERAS protokolü kolorektal cerrahi sonuçlarımızı etkiledi mi? *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 28(3), 149-52.
- Bölükbaş, N., & Birlikbaş, S. (2019). ERAS rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(3), 194-205.
- Çetinkaya, F. & Karabulut, N. (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 20-26.
- Dağistanlı, S., Kalaycı, M., & Kara, Y. (2018). Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. *İKSST Dergisi*, 10, 9-20.
- Dolgun, E., Taşdemir, N., Ter, N., & Yavuz, M. (2011). Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 25(1), 11-15.
- ERAS Türkiye Derneği (2012). <http://www.eras.org.tr/page.php?id=10&saglikCalisani=true>. Erişim Tarihi: 20.11.2020.
- Guenaga, K. F, Matos, D., Castro, A. A., Atallah, A. N., & Wille-Jorgensen, P. (2003). Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, CD001544.
- Gustafsson, U. O., Nygren, J., Thorell, A., Soop, M., Hellstrom, P. M., & Ljungqvist, O. (2008). Pre-operative carbohydrate loading may be used in Type 2 diabetes patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52, 946e51.
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N. T...& Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*, 43(3), 659–695.

- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., & Francis, N. (2012). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations. *Clinical Nutrition*, 31, 783-800.
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., & Francis, N. (2013). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations. *World Journal of Surgery*, 37(2), 259–284.
- Güzel, N., & Yava, A. (2019). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolüne ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 15-23.
- Kehlet, H.(2008). Fast-track colorectal surgery. *Lancet*, 371, 791-793.
- Nelson, G., Altman, A. D., Nick, A., Meyer, L. A, Ramirez, P. T. ,& Ahtari, C. (2016). Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations — part II. *Gynecologic Oncology*, 140(2), 323–332.
- Nelson, G., Bakkum-Gamez, J., Kalogera, E., Glaser, G., Altman, A., & Meyer, L. (2019). Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations—2019 update., 1 *International Journal of Gynecological Cancer*,1 -18.
- Nygren, J., Thorell, A., & Ljungqvist, O. (2003). New developments facilitatating nutritional intake after gastrointestinal surgery. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 6, 593-597.
- Rollins, K. E., Javanmard-Emamghissi, H., & Lobo, D. L. (2018). Impact of mechanical bowel preparation in elective colorectal surgery: a meta-analysis. *World Journal of Gastroenterology*, 24(4), 519-536.