

Derleme / Review Article



Jinekolojik cerrahide ameliyat öncesi ve sonrası kanıta dayalı bakım uygulamaları

Preoperative and postoperative evidence based practices in gynecologic surgery

Dilek Bilgiç¹, Hande Yağcan¹, Buse Güler¹, Nuran Nur Aypar²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İzmir
²Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Karaman

Anahtar Kelimeler:

Hemşirelik, jinekoloji, kanıta dayalı uygulamalar

Key Words:

Nursing, evidence based practice, gynecology

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Nuran Nur Aypar,
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Karaman
nuraypar@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
14.02.2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:
22.04.2019

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
30.04.2019

ÖZET

Giriş ve amaç: Ameliyat öncesi ve sonrası kanıta dayalı uygulamalar, organları koruyarak strese verilen tepkiyi azaltıp iyileşme sürecini hızlandırmakta ve erken taburculuğu sağlamaktadır. Bu nedenle çalışmamızın amacı hemşirelere jinekolojik cerrahide kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgi vermek, hemşirelik literatürüne katkıda bulunmak ve güncel kanıtları hasta bakımında kullanmalarını teşvik etmektir. **Gereç ve yöntem:** Derlemede ameliyat öncesi bakımda kanıta dayalı uygulamalar kapsamında hasta danışmanlığı ve eğitimi, ameliyat öncesi optimizasyon, tromboemboli profilaksisi, barsak hazırlığı, beslenme, premedikasyon, antimikrobiyal profilaksi ve cilt hazırlığı; ameliyat sonrası kanıta dayalı uygulamalar kapsamında ameliyat sonrası yaşam bulguları takibi, tromboemboli profilaksisi, spirometre kullanımı, sıvı tedavisi, beslenme, ileusun önlenmesi, glikoz kontrolü, analjezi, üriner drenaj, erken mobilizasyon ve antibiyotik profilaksisi başlıkları tartışılmıştır. **Sonuç:** Kanıta dayalı uygulamalara ilişkin literatür incelendiğinde, kolorektal cerrahi geçiren hastalarda yapılan çalışmaların fazla olduğu ancak jinekolojik cerrahi geçiren hastaları içeren çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Ayrıca ülkemizdeki hemşirelik çalışmalarına bakıldığında uygulamada kanıtların kullanılmadığı ve hemşirelerin bu sürecin ve ekibin dışında kaldığı göze çarpmaktadır. Hemşireler, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hasta bakımını geleneksel uygulamalar yerine maliyeti, hastanede kalış süresini, komplikasyon ve morbidite oranlarını azaltan, güvenli, etkili ve hasta memnuniyetini arttıran kaliteli bir bakıma dayandırılmalıdır.

ABSTRACT

Introduction and objective: Pre-operative and post-operative evidence-based practices protect the organs, reduce the response to stress, speed up the healing process and provide early discharge. Therefore, the aim of our study is to provide nurses information about evidence-based practices in gynecologic surgery, contribute to nursing literature and encourage them to use current evidence in patient care. **Material and method:** In the review within the scope of pre-operative care evidence-based practices, it was discussed that patient counseling and training, preoperative optimization, thromboembolism prophylaxis, bowel preparation, nutrition, premedication, antimicrobial prophylaxis and skin preparation. And it was examined that follow-up of post-operative life findings as part of post-operative evidence-based practices, thromboembolism prophylaxis, use of spirometry, fluid therapy, nutrition, prevention of ileus, glucose control, analgesia, urinary drainage, early mobilization and antibiotic prophylaxis. **Conclusion:** When the literature on evidence-based practices was examined, it is seen that studies conducted in patients undergoing surgery have been more common but studies involving patients undergoing gynecologic surgery were limited. In addition, when the nursing studies in our country were examined, it was observed that the evidence is not used in practice and the nurses remain outside this process and the team. Nurses should base patient care before and after surgery that safe, effective and high-quality care that increases patient satisfaction and reduces cost, hospital stay, complication and morbidity rates, instead of traditional practices.

GİRİŞ

Kanıta dayalı uygulamalarla (KDU) ilgili tıbbi literatür günümüzde giderek artmakta olmasına rağmen, hemşirelik alanında randomize kontrollü çalışmalar eşliğinde geliştirilmiş kanıta dayalı bakım yönergeleri bulunmamaktadır. Hasta bakımının kalitesini arttırmak amacıyla hemşirelik mesleğine uygun olan KDU'lar ise mevcut tıp literatüründen hemşirelik bakımına uyarlanmaya ve bakımın planlanmasında

kullanımı artırılmaya çalışılmaktadır. KDU, klinik kararları desteklemek için, elde edilebilen en iyi kanıtların kullanılma sürecidir (1). KDU'da amaç; sağlık profesyonelleri tarafından güvenli, standart ve nitelikli bakım verilmesidir. Gelişen sağlık hizmetleri ve teknolojileri ile hastaların taleplerinin yanı sıra, tıbbi uygulama hatalarının artması hemşirelik alanında kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşması gerektiğini göstermiştir (2).

Jinekolojik hastalıklarda cerrahi girişim önemli bir tedavidir (3). Ancak cerrahi tedavi, hastaların perioperatif dönemde kaliteli ve güvenli bir bakım almasını gerektirmektedir. Bu bakımı sağlamak için yeni yaklaşımlar geliştirilmiş ve KDU gündeme gelmiştir. ERAS derneği (Enhanced Recovery After Surgery Society) tarafından geliştirilen Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (ERAS) ya da diğer adıyla Hızlandırılmış Cerrahi (Fast Track Surgery; FTS) protokolü son yıllarda literatürde yer alan kanıta dayalı uygulamalardan biridir (4). Protokolün amacı; cerrahi sonrası normal fizyolojiyi sürdürerek psikolojik sorunları ve organ fonksiyon bozukluklarını azaltıp erken iyileşmeyi sağlamaktır (5). ERAS protokolü; hastaneye başvurma sürecinden evde tamamen iyileşme haline kadar yaşanacak süreçte anestezi, cerrahın ve hemşirenin multidisipliner çalışmasının gerekli olduğunu vurgulamaktadır. Yapılan çalışmalar ERAS protokolünün sağlık bakım maliyetini, hastanede kalış süresini, morbidite ve komplikasyon oranlarını azalttığını göstermektedir (6-9). İlk olarak Danimarka'da kolorektal cerrahi geçiren hastalar için uygulanan bu protokollerin zamanla jinekoloji alanında da uygulanması gerektiği düşünülmüştür. Bu ihtiyaç doğrultusunda 2016 yılı itibariyle ERAS jinekolojik cerrahi KDU kriterlerine yönelik makaleler yayınlanmaya başlamıştır (10,11). Jinekolojik cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulanan hastalarda intravenöz sıvı alımının ve morfin kullanımının önemli ölçüde azaldığı, hastanede kalış süresinin kısaldığı, hasta memnuniyetinin arttığı ve böylece hastane maliyetinin azaldığı gösterilmiştir (10,11).

Sağlık sisteminin önemli bir parçası olan hemşirelik bakımı, klinik ortamda hasta için en iyi kararı vermeyi ve bu kararın sorumluluğunu almayı gerektirir. Aynı zamanda cerrahi ortamın karmaşık yapısı, hastane ortamının birçok risk faktörünü barındırması, cerrahi

ortamın hızlı karar vermeyi gerektirmesi ve yaşamı tehdit eden durumların bulunması gibi nedenlerle hemşirelerin güvenli, etkili ve kaliteli bakım vermeleri gerekmektedir (12). Bu bağlamda jinekolojik cerrahi hastasının bakımına yön veren güncel kanıta dayalı yaklaşımlar önemli yer tutmaktadır. Bu derlemede amaç, hemşirelere jinekolojik cerrahide kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgi vermek, hemşirelik literatürüne katkıda bulunmak ve güncel kanıtları hasta bakımında kullanmalarını teşvik etmektir.

Güncel kanıtlara ulaşabilmek için Cochrane, National Guideline Clearinghouse ve Pubmed veritabanları incelenerek uluslararası jinekoloji ve obstetrik birliklerinin rehberlerine ve yönergelerine ulaşılmıştır. Bu derlemede, ameliyat öncesi kanıta dayalı uygulamalar kapsamında hasta danışmanlığı ve eğitimi, ameliyat öncesi optimizasyon, tromboemboli profilaksisi, barsak hazırlığı, beslenme, premedikasyon, antimikrobiyal profilaksi ve cilt hazırlığı; ameliyat sonrası kanıta dayalı uygulamalar kapsamında ameliyat sonrası yaşam bulguları takibi, tromboemboli profilaksisi, spirometre kullanımı, sıvı tedavisi, beslenme, ileusun önlenmesi, glikoz kontrolü, analjezi, üriner drenaj, erken mobilizasyon ve antibiyotik profilaksisi başlıkları tartışılmıştır. Literatürde yer alan KDU'ların kanıt düzeyleri ve önerilerin güç düzeyleri Tablo 1 ve Tablo 2 sunulmuştur. Yüksek, orta kalite ve seviye A kanıt düzeylerinde prospektif, randomize karşılaştırmalı klinik çalışma ve meta analizler, düşük ve çok düşük kalite ve seviye B kanıt düzeylerinde ise randomize edilmemiş prospektif, retrospektif veya kohort çalışmalar yer almaktadır. Seviye C kanıt düzeylerinin oluşturulmasında deneyim, olgu sunumu ya da uzman görüşleri kullanılmaktadır. Önerinin gücünün değerlendirilmesinde, güçlü öneri ifadesi girişimin daha fazla güvenilir ve zayıf öneri ifadesi ise daha az güvenilir olduğunu göstermektedir (13).

Tablo1. Kanıt düzeyi kalitesini değerlendirmek için sınıflama

Kanııt Düzeyi	Tanıımı
Yüksek kalite	Gelecekteki araştırmaların etki değerini değiştirme olasılığı düşüktür.
Orta kalite	Gelecekteki araştırmalar etki değeri üzerinde önemli etkiye sahip olabilir ve değerinde değişiklik yapabilir.
Düşük kalite	Gelecekteki araştırmaların etki değeri üzerinde önemli bir etkiye sahip olması olasıdır ve etki değerini değiştirmesi olasıdır.
Çok düşük kalite	Etki değeri belirsiz.
Çalışma verilerinde bulunan en yüksek kanıt seviyesine dayanarak, öneriler aşağıdaki kategorilere göre sunulur ve derecelendirilir.	
Seviye A	Öneriler iyi ve tutarlı bilimsel kanıtlara dayanır.
Seviye B	Öneriler sınırlı veya tutarsız bilimsel kanıtlara dayanır.
Seviye C	Öneriler öncelikle fikir birliğine ve uzman görüşüne dayanır.

Kaynak: (15,17)

Tablo 2. Önerilerin güç düzeyleri için sınıflama

Öneri Gücü	Tanımı
Güçlü	Girişimin istenen etkileri açıkça istenmeyen etkilerden ağır basmaktadır ya da net değildir.
Zayıf	Düşük kaliteli kanıtlar nedeniyle ya da kanıtların istenen ve istenmeyen etkilerin dengelendiği öne sürüldüğü için; değişimler daha az kesindir.

Kaynak: (15)

AMELİYAT ÖNCESİ KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Ameliyat Öncesi Hasta Danışmanlığı ve Eğitimi

Cerrahi girişimin başarısını hastanın fiziksel durumu, psikolojik koşulları ve ekonomik durumu gibi birçok faktör etkilemektedir. Bu risk faktörlerinin ameliyat öncesinde iyi belirlenememesi kötü cerrahi sonuçlara ve hastane kalış süresinin uzamasına neden olmaktadır. Ayrıca ameliyat öncesi yetersiz değerlendirme, hazırlık ve planlama cerrahi komplikasyonlara ve psikolojik strese neden olmaktadır (3). Jinekolojik onkoloji cerrahisinde sözel ve yazılı ameliyat öncesi eğitimin karşılaştırıldığı bir randomize kontrollü çalışmada yazılı ameliyat öncesi eğitimin hasta memnuniyetini arttırdığı, hastanede kalış süresini ve günlük kullanılan analjezik ilaç miktarını azalttığı bulunmuştur (14). Başka bir çalışmada ise jinekolojik kanser hastalarına hemşireler tarafından verilen ameliyat öncesi eğitimin ve yapılan değerlendirmenin hastanede kalış süresini kısalttığı, hastaların komorbiditelerinin ortaya çıkarılmasını ve yönetilmesini sağladığı saptanmıştır (3). Bu nedenle jinekolojik cerrahi olacak hastalar için ameliyat öncesi temel bir sağlık değerlendirilmesi (tıbbi öyküsü, cerrahi işlem endikasyonu, ilaçlara ve anesteziye alerjisi, bilinen tıbbi problemler, cerrahi öyküsü, travma, mevcut ilaçları) ve hastalara ayrılmış özel bir zamanda danışmanlık yapılması önerilmektedir (Düşük kanıt düzeyi, güçlü öneri) (15). Hemşireler, cerrahi komplikasyonları ve anksiyeteyi azaltmak için ameliyat öncesi dönemde hastaların risk faktörlerini değerlendirmeli ve açlık süresi, hastanede kalma süresi, mobilizasyon zamanı ve yapılacak işlemler hakkında hastalara danışmanlık vermelidir.

Ameliyat Öncesi Optimizasyon

Ameliyat öncesinde anemi, kan transfüzyonu gerektirmesi ve görülebilecek komplikasyon riskini artırması nedenleriyle önemli bir konudur. Kadınlar, myom veya hormonal bozukluklara bağlı endometriyal kalınlığın artması gibi nedenlerle disfonksiyonel uterin kanama, menoraji gibi benign hastalıklar ya da jinekolojik malignite sonucu kemoterapiye bağlı anemi yaşayabilirler. Radikal histerektomi ve benzeri büyük abdominal cerrahiler sonrasında meydana

gelen kan kaybı ve intravenöz sıvılar sonucu oluşan hemodilüsyon, anemi tablosunun kötüleşmesine neden olabilmektedir. Elektif cerrahi öncesi aneminin saptanması ve düzeltilmesi hem hasta sonuçlarının iyileştirilmesine hem de transfüzyonların azalmasına katkı sağlar (16). Ameliyat öncesi dönemde tüm hastalar için aneminin, aktif olarak tanımlanması, araştırılması ve düzeltilmesi önerilmektedir (Yüksek kanıt düzeyi, güçlü öneri) (15,17).

Akut hastalık veya travma süresince kan glukoz düzeyindeki kısa süreli yükselmeler olarak tanımlanan stres hiperglisemisi, artmış cerrahi alan enfeksiyonuyla ilişkilidir. Zayıf glisemik kontrol ameliyat sonrası komplikasyonların artmasına neden olmaktadır (18). ERAS protokolüne göre kan şekeri seviyelerinin perioperatif olarak 140-180 mg/dL düzeyinde tutulması önerilmektedir. Bu aralığın üstündeki glukoz seviyelerinin, insülin infüzyonları ve düzenli kan glukozu takibi ile tedavi edilmesi tavsiye edilmektedir (19). Hemşireler ameliyat öncesi dönemde hastaların kan şekeri düzeylerini yakından izleyerek oluşabilecek komplikasyonları önleyebilir.

Tütün kullanımı uzun yıllar kalp damar hastalıkları, akciğer hastalıkları ve kanser için bir risk faktörü olarak görülmesine rağmen, jinekolojik ameliyat olacak kadınların sigaraya bağlı gelişebilecek riskler hakkındaki farkındalıkları düşüktür. Cerrahi işlemden önce sigaranın bırakılmaması yara iyileşmesinin gecikmesine, ameliyat sonrası risklerin artmasına neden olmaktadır (20,21). Over kanserli kadınların tedavi süresince sağlık durumlarını yükseltmek, başıtmelerini sağlamak ve erken rehabilitasyonu başlatmak amacıyla planlanan programda ameliyat öncesi optimizasyonun gerekli olduğu belirtilmiştir (22). Alkolün kardiyovasküler, hematolojik ve gastrointestinal sistem üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Tüm bu nedenlerle sigaranın (Yüksek kanıt düzeyi, güçlü öneri) ve alkol tüketiminin (Orta kanıt düzeyi) ameliyattan dört hafta önce kesilmesi önerilmektedir (15, 17, 23). Hemşirelerin jinekolojik cerrahi planlanan kadınlara ameliyat öncesi dönemde sigara ve alkol kullanımının bırakılması konusunda danışmanlık vermesi bu kadınlarda ameliyat sonrası gelişebilecek risklerin azaltılması için önemlidir.

Ameliyat Öncesi Tromboemboli Profilaksisi

Jinekolojik kanser olan ve pelvik cerrahi geçiren hastalarda, kanser metastazı ile ilişkili olan birçok organın ve lenf nodlarının alınmasına neden olan geniş batin cerrahisine bağlı olarak tromboemboli riski artmaktadır. Bu hasta grubunda tromboemboli önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Tromboembolinin önlenmesinde mekanik profilaksi, ameliyat öncesi ve sonrası farmakolojik profilaksi yöntemleri kullanılmaktadır (24). ERAS protokolüne göre tromboemboli riski altındaki hastalara ameliyat öncesi dönemde mekanik yöntemler ile kombine olarak DMAH (düşük molekül ağırlıklı heparin) veya heparin ile profilaktik tedavi önerilmektedir (Yüksek düzey kanıt, düşük öneri) (15). Bunun yanı sıra ameliyattan önce menopozda olan kadınların kullanmakta olduğu hormon replasman tedavisinin (HRT) (Düşük kanıt düzeyi, zayıf öneri) ve endometrozis tedavisinde ya da doğum kontrol yöntemi olarak kullanılan oral kontraseptiflerin (OKS) (Yüksek kanıt düzeyi, güçlü öneri) bırakılması veya alternatif preparatların kullanımının düşünülmesi önerilmektedir (15).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG), jinekolojik ameliyat geçiren orta riskli hastalar için aralıklı basınç çoraplarının ameliyat başlamadan önce giydirilmesini ve hasta tamamen mobilize oluncaya kadar devam ettirilmesini önermektedir (A düzeyinde kanıt). Barber ve Clarke-Pearson, mekanik ve farmakolojik profilaksinin laparotomi yapılan jinekolojik onkoloji hastaları için tercih edilen bir yol olduğunu ve ameliyat öncesi profilaksinin bu grupta fayda sağladığını belirtmektedir (24). Jinekolojik ameliyat geçiren, özellikle malignite riski altındaki yüksek riskli hastalar için ise profilakside pnömatik basınç cihazlarının cerrahiden önce yerleştirilmesi ve hastaneden taburcu oluncaya kadar kullanımının devam etmesi önerilmektedir (A düzeyi kanıt) (17). Jinekolojik onkoloji hasta popülasyonunun ileri yaşta olması, fiziksel hareketlerinin sınırlı olması ve cerrahi sırasında lenf bezlerinin çıkarılması nedeniyle hemşirelerin tromboemboli riski açısından hastaları iyi değerlendirmeleri gerekmektedir. Hemşireler, bakımından sorumlu oldukları hastaların öyküsünü ayrıntılı bir şekilde almalı ve HRT veya OKS kullanımı konusunda bilgilendirmelidir. Ayrıca, jinekolojik ameliyata hazırlanan hastaları, mekanik profilaksi yöntemleri hakkında bilgilendirmeli ve çorapları uygun şekilde ve zamanda giymelerini sağlamalıdır.

Ameliyat Öncesi Barsak Hazırlığı

Barsak içeriğini boşaltmak amacıyla gerçekleştirilen mekanik barsak hazırlığı, anastomoz kaçağı riskini azaltmak ve enfeksiyonu önlemeye yönelik abdominal

ve pelvik cerrahi öncesi yaygın bir uygulamadır. Ancak hasta memnuniyetinin azalmasına, dehidratasyon riskinin artmasına ve ameliyat sonrasında barsak hareketlerinin geç geri dönmesine neden olma gibi birçok olumsuz etkiyi de beraberinde getirmektedir (25). Bu nedenle rehberler jinekolojik/onkoloji cerrahisinde rutin olarak mekanik barsak hazırlığının kullanılmasını önermemektedir (Orta kanıt düzeyi, güçlü öneri) (15,26,27).

Ameliyat Öncesi Beslenme

Anestezi sırasında mide içeriğinin aspirasyonunu önlemek amacıyla gece yarısından sonra oral beslenmenin durdurulması keyfi olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte uzun süreli açlık; hastanın dehidratasyon, kalori kısıtlaması ve metabolik değişiklikler gibi istenmeyen durumların oluşmasıyla ilişkilendirilmiştir. 12 saatlik açlık, karaciğerde glikojen depolarının tükenmesine neden olur ve bu da insülin direncinin artmasıyla sonuçlanabilir (28). Jinekolojik cerrahi geçirecek hastalarda, anestezi ve ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvıların, 6 saat öncesine kadar da katı gıda alımının durdurulması önerilmektedir (Yüksek kanıt düzeyi, güçlü öneri) (15,26,29). Hemşireler, ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla ameliyat öncesinde anestezi uzmanı, jinekolog ve diyetisyen işbirliği ile hastaların kanıta dayalı uygulamalar eşliğinde beslenme rejimlerini sürdürmelerini sağlamalıdır.

Ameliyat Öncesi Premedikasyon

ERAS protokolüne göre, cerrahiden 12 saat önce rutin olarak uygulanan uzun etkili sedatiflerin cerrahi sonrası iyileşmeyi olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bu nedenle rutin sedatif kullanılmamasını önermemektedir (Düşük kanıt düzeyi, güçlü öneri) (15). Hemşireler, hastaların anksiyetesini azaltmak için nonfarmakolojik yöntemleri kullanarak premedikasyon ihtiyacını azaltmalı ve böylece hastanın iyileşme sürecini hızlandırmalıdır.

Ameliyat Öncesi Antimikrobiyal Profilaksi ve Cilt Hazırlığı

Jinekolojik cerrahide enterik bakteriler girişim yapılan bölgede enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle profilaktik antibiyotik uygulaması kullanılmaktadır. İntravenöz antibiyotiklerin (1. kuşak sefalosporin veya amoksik-klav) cilt insizyonundan 60 dakika önce rutin olarak uygulanması; uzun süreli operasyonlar, ağır kan kaybı ve obez hastalarda ilave dozların verilmesi önerilmektedir (Yüksek kanıt düzeyi, güçlü öneri) (15). Sezaryen uygulanan tüm kadınlar için cerrahi insizyon öncesi tek doz sefazolin/klindamisin+gentamisin

uygulanması önerilmektedir (A düzeyi kanıt) (30). Ayrıca, enfeksiyonu önlemek amacıyla, hastalara ameliyat öncesinde duş almaları önerilmelidir (Çok düşük düzey kanıt) (26).

Hastaların ameliyat öncesinde herhangi bir tüyü tıraş etmemeleri konusunda uyarıda bulunulması (Çok düşük düzey kanıt) ve tıraş etmek yerine epilasyon cihazı kullanılması önerilmektedir (Yüksek kanıt düzeyi, güçlü öneri) (15,27). Hemşirelerin jinekolojik cerrahi geçirecek hastaları cilt hazırlığı ve temizliği konusunda bilgilendirilmesi cerrahi alan enfeksiyonlarını azaltmada önemli bir yer tutmaktadır.

AMELİYAT SONRASI KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Ameliyat Sonrası Yaşam Bulguları Takibi

Ameliyat sonrası dönemde, jinekolojik operasyon geçiren hastalarda oluşabilecek kanama, akciğer embolisi gibi periferik perfüzyonu azaltacak komplikasyonların erken dönemde tanınması ve gerekli müdahalelerde bulunulabilmesi için, hemşire yaşam bulgularının ilk saat 15 dakikada bir, sonrasında saatlik olarak takip etmelidir. Yaşam bulguları stabil olduğu zaman 4-6 saatte bir izlem önerilmektedir (31).

Ameliyat Sonrası Tromboemboli Profilaksisi

Jinekolojik operasyon geçirmiş olan hastalara bedenlerine özel basınçlı çorap kullanımı ve aralıklı basınç uygulaması önerilmektedir. Karın veya pelvik maligniteler için laparotomi uygulamalarından sonra hastalara genişletilmiş profilaksi (28 gün) olarak basınçlı çoraplar verilmelidir. (Yüksek kanıt düzeyi, güçlü öneri). Majör jinekolojik onkoloji cerrahisinde uzamış profilaksi (28 gün) önerilirken, minimal invaziv cerrahisinde uzamış profilaksi, tromboemboli komplikasyon riskini artıran diğer faktörlerin (artmış beden kitle indeksi-obezite, geçirilmiş venöz tromboemboli öyküsü, koagülopati, hareket azlığı) yokluğunda önerilmemektedir (32). Taburculuk eğitimi içerisinde hemşirelerin varis çorabının kullanım şekli ve süresi ile ilgili hastaları bilgilendirmesi gerekmektedir.

Ameliyat Sonrası Spirometre Kullanımı

Spirometre kullanımının yararlarını destekleyen sınırlı kanıtlar ve kullanımı için fikir birliği olmamasına rağmen özellikle jinekolojik laparotomik batın cerrahisi sonrasında pulmoner komplikasyonları azaltmak için kullanılmaktadır (33). Ayrıca üst abdominal cerrahi sonrasında dahi hastalarda pulmoner komplikasyonların önlenmesi için spirometre kullanımı etkinliğinin az olduğuna dair kanıtlar düşük

kalitededir. Daha fazla randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (34). Genelde hastanın ameliyat sonrası en erken dönemde 1-2 saatte bir 10'luk setler şeklinde spirometre kullanması önerilmektedir (35). Pulmoner komplikasyonları önlemek amacıyla ameliyat sonrası dönemde hemşireler hastaların spirometre kullanımını desteklemelidir.

Ameliyat Sonrası Sıvı Tedavisi

Hastaların kan dolaşımındaki normal sıvı volümünü korumak için çok kısıtlayıcı veya katı sıvı düzenlemesinden kaçınılması önerilmektedir (15). Hastalara fazla miktarda sıvı replasmanı normal gastrointestinal fonksiyonların geri dönmesini geciktirebilir, doku oksijenlenmesini etkileyebilir. Ameliyat sonrası dönemde hastayı dehidrate bırakmayacak kadar sıvı replasmanı yeterli görülmektedir.

Ameliyattan 2 saat sonra oral sıvı verilmeye başlanmalı, ameliyat günü en az 800 ml alması sağlanmalıdır. Oral sıvı alımı arttıkça parenteral sıvı kısıtlanmalıdır (17). Bu nedenle intravenöz sıvıların ameliyattan 24 saat sonra kesilmesi; % 0.9'luk NaCl yerine dengeli kristaloid solüsyonların (hiper-kloremik asidoz riski daha düşüktür) tercih edilmesi önerilmektedir (Orta kanıt düzeyi, güçlü öneri) (32).

Ameliyat Sonrası Beslenme

Jinekoloji/onkoloji cerrahisinden sonraki ilk 24 saat içerisinde normal diyet önerilmektedir (Yüksek kanıt düzeyi, güçlü öneri) (32). ERAS, hastaların ameliyat sonrası ikinci saatte oral sıvı, dördüncü saatte katı gıda almaya teşvik edilmelerini önermektedir. Aynı zamanda hastaların öğünlerini alırken sandalyede oturmaları önerilmektedir (11,19). Hastaların yara iyileşmesini hızlandırmak ve enfeksiyonları önlemek için hemşireler hastaların barsak seslerini dinlemeli ve mümkün olan en kısa sürede beslenmelerini sağlamalıdır.

Ameliyat Sonrası İleusun Önlenmesi

Batın cerrahisinde barsak hareketlerinin daha hızlı geriye döndürülebilmesi için ameliyat sonrası laksatif kullanımı veya sakız önerisi düşünülmelidir (Laksatif: Çok düşük düzey kanıt, zayıf öneri. Sakız: Orta düzey kanıt, düşük öneri) (32). Ameliyat sonrası sakız çiğneme sayesinde, barsak seslerinin duyulduğu zamanın ve gaz çıkarma süresinin kıaldığı ve barsak hareketlerinin daha erken oluştuğu belirtilmektedir (36, 37). Spinal anestezi altında sezaryen olan kadınların, ameliyat sonrası dönemde şekersiz sakız çiğnemeleri durumunda, barsak hareketlerinin başlaması, gaz çıkışı

ve barsak boşaltımının gerçekleşmesi için beklenen sürenin azaldığı saptanmıştır (38). Önerilere göre hasta tamamen uyanık olduğunda, bulantı ve kusması olmadığında çığneme başlatılmalıdır. Her çığneme seansı en az 30 dakika sürmeli ve baş 30° elevasyona alınmalıdır (36). Ameliyat sonrası dönemde komplikasyonları azaltmak ve hastaneye tekrarlayan yatışları önlemek için hemşireler hastaları sakız çığnemenin önemi konusunda bilgilendirmeli ve barsak aktivitesini değerlendirmelidir.

Ameliyat Sonrası Glikoz Kontrolü

Perioperatif dönemde kan glukoz düzeyi ile cerrahi bölge enfeksiyonlarını inceleyen bir çalışmada; katı glisemik kontrolün (<200 mg/dl) cerrahi bölge enfeksiyonlarını azalttığı ancak sonuçların yetersiz olduğu belirtilmiştir (39). Hiperglisemi gelişimi ve insülin rezistansını azaltmak için metabolik stresi azaltan ERAS unsurlarının (ameliyat öncesi mekanik barsak hazırlığından kaçınma, cerrahiye 2 saat kalana kadar ameliyat öncesi açlıktan kaçınma, ameliyat sonrası oral alıma erken başlayarak barsak fonksiyonlarının stimülasyonu ve optimal sıvı dengesi) uygulanması önerilmektedir (Yüksek düzey kanıt, güçlü öneri) (32).

Ameliyat Sonrası Analjezi

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde analjeziklere ek olarak kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerden müzik ve rahatlatma tekniklerinin ağrıyı hafifletmede etkili olduğu bulunmuştur (40). Sin ve arkadaşları (2015), 1995-2014 yılı arası yapılan araştırmalarda jinekolojik cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemlerinde kullanılan müzik terapi yönteminin, ağrı şiddetini, yorgunluğu, kaygıyı ve analjezi tüketimini azaltmada etkili olduğunu göstermişlerdir (41). Müzik terapi ve hayal kurma yöntemleri kullanılarak ağrı düzeyi değerlendirilen başka bir çalışmada, laparoskopik jinekoloji ameliyatlarında hem müzik hem de hayal kurma yöntemi kullanılan hastalarda, herhangi bir girişim yapılmayan gruba göre taburculuk sonrası daha az ağrı hissedildiği saptanmıştır (42). Ancak hasta yoğunluğunun çok olması, bu girişimlerin iş yükü olarak görülmesi ve multidisipliner hasta bakım yaklaşım sorunları nedenleri ile farmakolojik olmayan girişimler hemşireler tarafından aktif olarak kliniklerde uygulanamamakta olup genellikle farmakolojik yöntemler ile ağrı yönetilmektedir. Kliniklerde ses sistemi yardımıyla etkili gevşeme teknikleri hemşireler tarafından hastaların ağrı ile başetmeleri için kullanılabilir.

Ameliyat Sonrası Üriner Drenaj

Üriner kateterlerin ameliyat sonrası dönemde 24 saatten kısa bir süre kullanılması önerilmektedir (Çok düşük düzey kanıt, güçlü öneri) (32). Fanfani ve arkadaşları tarafından (2015) radikal histerektomi ameliyatı sonrasında üriner kateter uygulaması yapılan kadınlara mesane jimnastiği yaptırılarak idrar retansiyonu ve yeniden kataterizasyon işleminin yapılma durumları değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre mesane jimnastiği yapılan ve yapılmayan kadınların idrar retansiyon durumu ve yeniden kataterizasyon uygulamasının yapılması açısından farklılıklarının olmadığı saptanmıştır (43). Hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde hastalarda aseptik teknikleri uygulayarak perine bakımı vermesi ve üriner kateterizasyonda aktif rol almaları idrar yolu enfeksiyonu gibi komplikasyonların gelişimini önleyebilmelerini açısından önemlidir.

Ameliyat Sonrası Erken Mobilizasyon

Ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde hastaların mobilizasyonlarının sağlanması önerilmektedir (Düşük düzey kanıt, güçlü öneri) (32). Çalışmalar cerrahi günü ameliyat sonrası dört saat içinde beş dakika yardımla yürüme, ameliyat sonrası birinci günden taburculuğa kadar günde dört kez en az 10-15 dakika yardımla yürüyüş önermektedir. Böylece hasta memnuniyetinin arttığı, hastaneye tekrarlayan yatışları azalttığı ve hastanede kalış süresini kısalttığı belirtilmektedir (11,44,45). Yukarıdaki öneriler doğrultusunda, hemşirelerin hastaları ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyon için motive etmeleri ve ilk yedikleri yemeği yatak içerisinde yemek yerine sandalyeye oturmalarını desteklemeleri gibi uygulamaların hastaların bu sürece uyumunu artırması açısından önemli görülmektedir (42,45).

Ameliyat Sonrası Antibiyotik Profilaksisi

Ameliyat sonrası dönemde tek doz ya da 24 saatten az süre ile antibiyotik kullanımına devam edilebileceği yönünde öneriler bulunmaktadır (Yüksek düzey kanıt) (32). Hemşirelerin hekim tarafından order edilen antibiyotik ilaçları zamanında ve doz kaybını önleyerek uygulamaları önemlidir. Ayrıca hastalara taburculuk eğitimi içerisinde antibiyotik kullanımına ilişkin eğitim verilmesi gerekmektedir.

SONUÇ

Jinekolojik cerrahi öncesi ve sonrası bakımda kanıta dayalı uygulamaların hastaların hastanede kalış sürelerini, komplikasyon, morbidite ve taburculuk sonrası hastaneye yatış oranlarını azaltmada etkili olduğu, hasta memnuniyetini arttırdığı, fiziksel iyileşmeyi hızlandırdığı gösterilmiştir. Ancak kanıta dayalı uygulamalara yönelik standart bakım yönergeleri hemşirelik çalışmalarından oluşmamakta olup ülkemizde de bazı merkezlerin geleneksel protokollerini ERAS protokolü ile değiştirmeye başladığı ancak bu oranın yeterli olmadığı görülmektedir. Literatürde bu protokole uyumun yavaş olduğu ve güçlü bir ekip çalışması gerektirmesi nedenleriyle istenilen düzeyde uygulanmadığı belirtilmektedir. Ayrıca bu protokollerin hasta sayısındaki artış, hasta ve ailesinin beklentileri, cerrahın tercihleri ve sağlık bakım ekibinin inanışları gibi çeşitli nedenlerle uygulanmadığı belirtilmektedir. Ülkemizde hemşirelik alanında ERAS protokollerinin jinekolojik cerrahi bakımında kullanımı ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. (3,5,46,47,48). Jinekolojik cerrahi hastalarının bakımında kanıta dayalı uygulamaların sonuçlarının değerlendirildiği çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Hastaların jinekolojik cerrahi öncesi ve sonrası bakımı multidisipliner yaklaşım ve her bir sağlık profesyonelinin bakıma aktif katılımını gerektirmektedir. Bu noktada hemşirelerin de önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin jinekolojik cerrahi öncesi ve sonrası bakım uygulamalarını kanıta dayalı güncel bilgiler ışığında geliştirmeleri için yeterli yetkinlikte olmaları, meslektaşlarının ve hekimlerin bu değişikliklere destek vermeleri, araştırma yapma ve okuma becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Bu sayede hemşirelik bakım standartlarına yönelik kanıta dayalı yönergelerin oluşumuna da katkı sağlanabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Stetler, C.B., Brunell, M., Giuliano, K.K., Morsi, D., Prince, L., & Newell-Stokes, V., (1998), Evidence-Based Practice and the Role of Nursing Leadership. *J Nurs Adm*, 28(7/8); 45-53.
2. Kocaman, G., (2003), Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2; 61-69.
3. Huang F., Chia Y. Y., Eng C. L., Lim Y. K., Yam K. L., Tan S.C., & Hockenberry M., (2015). Evaluation of a preoperative clinic for women with gynecologic cancer, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(6); 769-72.
4. Abdikarim, I., Cao, X.Y., Li, S.Z., Zhao, Y.Q., Taupyk, Y., & Wang, Q., (2015), Enhanced recovery after surgery with laparoscopic radical gastrectomy for stomach carcinomas, *World J Gastroenterol*, 21(47);13339-44.
5. Aksoy, A., Vefikuluçay Yılmaz, D., (2018), Jinekolojik Cerrahide Kanıta Dayalı Uygulamalarda Yeni Bir Yaklaşım: Eras Protokolü ve Hemşirelik, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 10(1);49-58.
6. Miller, T.E., Thacker, J.K., White, W.D., Mantyh, C., Migaly, J., Jin, J., Roche A.M., Eisenstein E.L., Edwards R., Anstrom K.J., Moon R.E., & Gan T.J., (2014), Reduced length of hospital stay in colorectal surgery after implementation of an enhanced recovery protocol. *Anesth Analg*, 118(5); 1052-61.
7. Neville, A., Lee, L., Antonescu, I., Mayo, N.E., Vassiliou, M.C., Fried, G.M., & Feldman L.S., (2014), Systematic review of outcomes used to evaluate enhanced recovery after surgery, *Br J Surg*, 101(3);159-70.
8. Stowers, M.D.J., Lemanu, D.P., Hill, A.G., (2015), Health economics in enhanced recovery after surgery programmes, *Canadian Anesthesiologists Society Journal*, 62;219-230.
9. Thiele, R.H., Rea, K., Friel, C.M., Hassinger, T.E., McMurray, T.L., Goundreau, B.J., Umapathi B.A., Kron I.L., Sawyer R.G., & Hedrick T.L., (2015), Standardization of care: impact of an ERAS protocol on length of stay, complications and direct costs after colorectal surgery, *Journal of American College of Surgeons*, 220(5);986.
10. Modesitt S. C., Sarosiek B. M., Trowbridge E. R., Redick D.L., Shah P.M., Thiele R.H., Tiouririne M., Hedrick T.L., (2016), Enhanced recovery implementation in major gynecologic surgeries, *Obstetrics & Gynecology*, 128(3); 457-66.
11. 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.
12. Karaöz S., (2000), Cerrahi Hemşireliği ve Etik, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1); 9-15.
13. Alonso-Coello P., Rigau D., Sanabria A.J., Plaza V., Miravittles M., Martinez L., (2013), Quality and Strength: The GRADE System for Formulating Recommendations in Clinical Practice Guidelines, *Arch Bronconeumol*, 49(6); 261-267.
14. Angioli R., Plotti F., Capriglione S., Aloisi A., Aloisi M.E., Luvero D., Miranda A., Montera R., Gulino M., & Frati P., (2014), The effects of giving patients verbal or written pre-operative information in gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical-legal point of view, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 177;67-71.
15. Nelson, G., Altman, A.D., Nick, A., Meyer, L.A., Ramirez, P.T., Ahtari, C. et al., (2016), Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations--Part I, *Gynecol Oncol*, 140; 313-322. a
16. Browning R.M., Trentino K., Nathan E.A., & Hashemi N., Western Australian Patient Blood Management Program, (2017), Preoperative anaemia is common in patients undergoing major gynaecological surgery and is associated with a fivefold increased risk of transfusion, *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 52(5); 455-9.

17. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), (2007), Prevention of deep vein thrombosis and pulmonary embolism, 84.
18. Goodenough C. J., Liang M. K., Nguyen M. T., Nguyen D. H., Holihan J. L., Alawadi Z. M., Roth J. S., Wray C. J., Ko T. C., Kao L. S., (2015), Preoperative glycosylated hemoglobin and postoperative glucose together predict major complications after abdominal surgery, *J Am Coll Surg*, 221(4); 854-61.
19. ERAS Türkiye Derneği. ERAS protokolünün temel öğeleri. <http://eras.org.tr/page.php?id=10&sağlıkCalisani=true> E.T.: 05.04.2019.
20. Yarıbakht S., Malartic C., Grange G., & Morel O., (2014), Operative risk related to tobacco in gynecology, *Gynecol Obstet Fertil*, 42(5);343-7.
21. Grønkjær M., Eliassen M., Skov-Ettrup L. S., Tolstrup J. S., Christiansen A. H., Mikkelsen S. S., Becker U., & Flensburg-Madsen T., (2014), Preoperative smoking status and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis, *Ann Surg*, 259(1); 52-71.
22. Seibaek L., Blaakaer J., Petersen L. K., & Hounsgaard L., (2013), Ovarian cancer surgery: health and coping during the perioperative period, *Support Care Cancer*, 21; 575-582.
23. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), (2018), Perioperative Pathways: Enhanced Recovery After Surgery, 132 (3): 120-130.
24. Barber E. L., Clarke-Pearson D. L., (2017), Prevention of venous thromboembolism in gynecologic oncology surgery, *Gynecol Oncol*, 144(2); 420-427.
25. Arnold A., Aitchison L.P., & Abbott J., (2015), Preoperative mechanical bowel preparation for abdominal, laparoscopic, and vaginal surgery: a systematic review, *J Minim Invasive Gynecol*, 22;737-52.
26. Card R., Sawyer M., Degnan B., Harder K., Kemper J., Marshall M., Matteson M., Roemer R., Schuller-Bebus G., Swanson C., Stultz J., Sypura W., Terrell C., & Varela N., (2014), Perioperative protocol, Health care protocol, National Guideline Clearinghouse,124.
27. Ban K.A., Minei J.P., Laronga C, Harbrecht B.G., Jensen E.H., Fry D.E., Itani K.M.F., Dellinger E.P., Ko C.Y., & Duane T.M., (2016), American College of Surgeons and Surgical Infection Society: Surgical Site Infection Guidelines, Update.
28. Kalogera E. ve Dowdy S. C., (2016), Enhanced recovery pathway in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 43(3); 551-73.
29. American Society of Anesthesiologists Committee, (2011), Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures, 114(3); 495-511.
30. Doshani, A., Shafi, M.I., (2003), Pre- and post-operative care in gynaecology, *Current Obstetrics & Gynaecology*, 13; 151-158.
31. Bratzler, D.W., Dellinger, E.P., Olsen, K.M., Perl, T.M., Auwaerter, P.G., Bolon, M.K. et al., (2013), Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery, *National Guideline Clearinghouse*, 70(3);195-283.
32. Nelson G., Altman A.D., Nick A., Meyer L.A., Ramirez P.T., Achari C., Antrobus J., Huang J., Scott M., Wijk L., Acheson N., Ljungqvist O., & Dowdy S.C., (2016), Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations — Part II, *Gynecol Oncol*, 140; 323-332.b
33. Eltorai A.E.M., Szabo A.L., Antoci V. Jr., Ventetuolo C.E., Elias J.A., Daniels A.H., & Hess D.R., (2018), Clinical Effectiveness of Incentive Spirometry for the Prevention of Postoperative Pulmonary Complications, *Respir Care*, 63(3);347-352.
34. Do Nascimento Junior P., Módolo N.S., Andrade S., Guimarães M.M., Braz L.G., & El Dib R., (2014), Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery, *Cochrane Database Syst Rev*, 8(2); CD006058.
35. Özalevli S., (2015), Preoperatif ve postoperatif pulmoner rehabilitasyon. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, 6; 16-25.
36. 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.
37. 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.
38. Akalpler O, & Okumus H., (2018), Gum chewing and bowel function after Caesarean section under spinal anesthesia, *Pak J Med Sci.*, 34(5);1242-1247.
39. Kao, L.S., Meeks, D., Moyer, V.A., & Lally, K.P., (2009), Peri-operative glycaemic control regimens for preventing surgical site infections in adults, *Cochrane Database Syst Rev*, 8;(3);CD006806.
40. Good M., Anderson G.C., Stanton-Hicks M., & Makii M., Relaxation and Music Reduce Pain After Gynecologic Surgery, *Pain Management Nursing*, 3(2); 61-70.
41. 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.
42. Laurion S., Fetzer S.J., (2003),The effect of two nursing interventions on the postoperative outcomes of gynecologic laparoscopic patients, *J Perianesth Nurs*, 18(4);254-61.
43. Fanfani F, Costantini B, Mascilini F, Vizzielli G, Gallotta V, Vigliotta M, Piccione E, Scambia G, Fagotti A., (2015), Early postoperative bladder training in patients submitted to radical hysterectomy: is it still necessary? A randomized trial, *Arch Gynecol Obstet*, 291;883-888.
44. Castelino, T., Fiore, J. F., Niculiseanu, P., Landry, T., Augustin, B., & Feldman, L. S., (2016), The effect of early mobilization protocols on postoperative outcomes following abdominal and thoracic surgery: A systematic review, *Surgery*, 159(4); 991-1003.
45. Fiore, J. F., Castelino, T., Pecorelli, N., Niculiseanu, P., Balvardi, S., Hershorn, O., & Feldman, L., (2017), Ensuring early mobilization within an enhanced recovery program for colorectal surgery: A randomized controlled trial, *Annals of Surgery*, 266(2); 223-231.
46. Nadler, A., Pearsall, E. A., Victor, J. C., Aarts, M. A., Okrainec, A., McLeod, R. S., (2014), Understanding surgical residents' postoperative practices and barriers and enablers to the implementation of an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Guideline, *J Surg Educ*, 71(4); 632-8.
47. Demirhan, İ., & Pınar, G., (2014), Postoperatif iyileşmenin hızlandırılması ve hemşirelik yaklaşımları, *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2;1.
48. Çilingir, D., Candaş, B., Çilingir, D., (2017), Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2); 137-143.