

Araştırma Makalesi / Research Article



CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ERAS PROTOKOLLERİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Ebru Çelebi^{1*} | Arzu İlçe²

ÖZET

Bu araştırmada, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması (ERAS) protokolleri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek ve farkındalık oluşturmak amaçlandı. Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Temmuz-Ekim 2017 tarihleri arasında cerrahi kliniklerde çalışan 53 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler sayı, yüzde, ki-kare testleri ile değerlendirildi. Hemşirelerin ortalama 32±7.06 yaşında ve %73.6'sının lisans mezunu olduğu, %39.6'sının 10 yıl ve üzerinde süredir çalıştığı, %79.2'sinin daha önce cerrahi/cerrahi hemşireliğine ilişkin bilimsel bir etkinliğe katılmadığı belirlendi. Hemşirelerin %86.8'i ERAS Protokolleri'ni duymadığını, %79.2'si protokollerin klinikte uygulanmadığını belirtti. Çalışmaya katılan hemşirelerin %96.2'si hastaların bilgilendirme ve eğitim alması, %1.9'u ameliyattan 6 saat öncesinde katı, 2 saat öncesinde sıvı gıdaların kesilmesi gerektiğini ve %84.9'u perioperatif dönemde dehidratasyonu önleyecek kadar sıvı infüzyonunun yeterli olduğunu bildiğini belirtti. Çalışılan klinik ile ERAS protokollerinden haberdar olma ve protokollerin uygulanma durumları arasında ve hemşirelerin toplam çalışma süreleri ile ERAS protokollerinden haberdar olmaları arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0.05). Pek çok kanıta dayalı uygulamayı içeren ERAS protokolleri hakkında hemşirelerin eğitim almadığı; ameliyat öncesi açlık, ameliyat sonrası mobilizasyon ve ağrı yönetimi gibi konularda bilgilerinin sınırlı olduğu görüldü.

Anahtar kelimeler: Bilgi düzeyi, ERAS protokolleri, Hemşirelik, Kanıta dayalı uygulamalar

DETERMINATION OF KNOWLEDGE LEVELS OF NURSES WORKING IN SURGICAL CLINICS ABOUT ERAS PROTOCOLS

ABSTRACT

This study was carried out to determine the knowledge levels of the nurses working in surgical clinics about Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols and to raise their awareness. This descriptive research was conducted with 53 nurses working in surgical clinics between July and October 2017. Data were analyzed by descriptive statistics and Chi-Square test. The nurses were 32±7.06 years old, of 73.6% had bachelor's degree, 39.6% had been working as a nurse for 10 years or more and 79.2% stated that they had not participated in a scientific activity related to surgery/surgical nursing before. 86.8% of the nurses did not hear ERAS Protocols, 79.2% reported that ERAS was not applied in their clinics. 96.2% of the nurses knew that patients should receive information and education, of 1.9% reported that intake of solid foods should be stopped 6 hours and liquids should be stopped 2 hours before the surgery and 84.9% knew that liquid infusion should be applied in the perioperative period so as not to dehydrate the patient. There was no statistically significant difference between the clinics for which the nurses are working and the clinical application of protocols and being informed about protocols, and between total working time of nurses and being informed about the protocols (p>0.05). It was observed that the nurses were not trained on ERAS protocols, which includes many evidence-based practices, and they had limited knowledge on preoperative fasting, postoperative mobilization and pain management.

Keywords: Enhanced recovery after surgery protocols, Evidence-based practices, Knowledge level, Nursing

*Sorumlu yazar: ebruarabaci@ibu.edu.tr (E. Çelebi).

¹ Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, C Blok 

² Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü C Blok 

*Bu araştırma 3-6 Ekim 2019 tarihleri arasında düzenlenen 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş tarihi: 19 Aralık 2022

Kabul tarihi: 27 Aralık 2022

Yayın tarihi: 31 Aralık 2022

GİRİŞ

Cerrahi girişimler bazı sağlık sorunlarını çözmeye yönelik uygulamalar olmakla birlikte, ameliyat süreci hasta bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkilemektedir (Göktaş, 2019; Özer, 2017). Ameliyat sürecinde özellikle ameliyat sonrası dönemde sıvı-elektrolit dengesizlikleri, mobilizasyonda gecikme, beslenme düzeninde bozulma ve opioid analjezik kullanımı gibi pek çok nedenle çeşitli komplikasyonlar görülebilmektedir (Ünver & Yıldız Fındık, 2019). Bu nedenle, gelişebilecek komplikasyonları ve fonksiyon kayıplarını en aza indirebilmek için cerrahi süreçte yer alan bazı geleneksel uygulamalarda birtakım değişikliklerin yapılmasını içeren yenilikçi yaklaşımlar gündeme gelmiştir (Demirhan & Pınar, 2019; Ersoy & Gündoğdu, 2007; Kehlet & Wilmore, 2008). 1990'lı yılların başında cerrahi kliniklerde "Fast Track Surgery (FTS)" yani "Hızlandırılmış cerrahi süreç" yaklaşımı başlatılmıştır (Demirhan & Pınar, 2019; Ersoy & Gündoğdu, 2007; Kehlet & Wilmore, 2008; Özer, 2017; White et al., 2007). Bu yaklaşım Amerika'da FTS, Avrupa'da Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) yani 'Cerrahi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması' şeklinde ifade edilmektedir ve ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde iyileşmeyi hızlandırmak için birtakım kanıta dayalı uygulama önerilerini içermektedir (eras.org.tr). Bu protokol ameliyat öncesi dönemde hasta bilgilendirmesi, bağırsak temizliği, açlık, premedikasyon, tromboemboli profilaksisi ve antimikrobiyal profilaksi uygulanmasını; ameliyat sırasında anestezi protokolü, cerrahi kesilerin seçimi, hipotermiyi önleme, sıvı yönetimi ve dren kullanımını; ameliyat sonrası dönemde ise nazogastrik sonda ve idrar kateteri kullanımı, bulantı-kusmanın önlenmesi, gastrointestinal motilitenin uyarılması, analjezi, beslenme, erken mobilizasyon, taburculuk, takip ve sonuçların denetimi gibi konu başlıklarını içermektedir (eras.org.tr). Örneğin bu protokol önerilerinden biri olan ameliyat öncesi açlık süresiyle ilgili öneriler incelendiğinde; berrak sıvıların ameliyattan 2, anne sütünün 4, bebek maması, hayvani süt ve yağdan fakir içerikli hafif yemeklerin 6 saat önce alınabileceği belirtilmiştir (Ersoy & Gündoğdu, 2007; Feldheiser et al., 2016; Gustafsson et al., 2019; The American Society of Anesthesiologists, 2017). Ameliyat öncesi aç kalma süresinin artması hastalarda baş ağrısı, açlık hissi,

huzursuzluk, dehidratasyon, hipoglisemi, hipovolemi gibi olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Ayrıca bu durum, hasta memnuniyetini azaltmakta, ameliyat sonrası iyileşmede gecikmeye ve hastanede kalış süresinde uzamaya neden olabilmektedir (Dolgun, Taşdemir, Ter, & Yavuz, 2011; Tudor, 2006). Majör karaciğer rezeksiyonu ve laparoskopik kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda yapılan çalışmalarda, ERAS protokolü uygulanan hastaların hastanede kalış süreleri-nin kısaldığı (Miller et al., 2014;

Öndeş Bayar, Bademci, Sözen, Tüzüner, & Karayalçın, 2013), abdominal histerektomi vakalarında bu uygulamaların komplikasyonları ve yeniden başvuru oranını artırmadığı ve hastanede kalış süresini kısalttığı bildirilmiştir (Wijk, Franzen, Ljungqvist, & Nilsson, 2014). Radikal gastrektomi uygulanan hastalarla yapılan bir çalışmada da, ilk günlerde oral alımda iyileşme, gaz çıkışı ve defekasyonun ERAS Protokolü uygulanan hasta grubunda daha erken olduğu belirlenmiştir (Yamada ve ark., 2012). Ülkemizde ERAS Protokolleri'ne ilişkin genel cerrahlarla yapılan bir çalışmada, bu yeniliklerle ilgili farkındalığın artmasına rağmen, uygulamaya geçilmesinde zorluklar olduğu bildirilmiştir (Gündoğdu, 2017; Harlak, Gündoğdu, Ersoy, & Erkek, 2008). Bununla birlikte ERAS Protokolünün uygulandığı durumlarda hastanede kalış süresinin azaldığı dolayısıyla hemşirelerin iş yükünün de hafiflediği belirtilmektedir (Hübner ve ark., 2015). Ayrıca cerrahi hemşireleri ile yapılan bir araştırmada, ERAS hakkında bilgi sahibi olma oranı düşük olmasına rağmen, hemşirelerin yüksek oranda bu konuda bilgi almak istedikleri saptanmıştır (Güzel & Yava, 2019).

Literatürde ERAS hakkında pek çok çalışma ve rehberler bulunmaktadır. Cerrahi ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler bu yaklaşımlardan haberdar olmalı, gelişmeleri takip etmeli ve bu uygulamaları hasta bakımına yansıtılabilmelidir. Bu araştırma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ERAS Protokolleri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek ve hemşirelerde farkındalık oluşturmak amacıyla gerçekleştirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma tanımlayıcı türde olup, Temmuz-Ekim 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, bir eğitim ve araştırma hastanesi ile bir devlet hastanesinde cerrahi kliniklerde çalışan toplam 81 hemşire oluşturdu; araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli ve raporlu olan, araştırmaya katılmaya istekli olmayan hemşireler araştırma dışında tutuldu ve 53 hemşire ile çalışma tamamlandı. Veriler, hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin 9, ERAS Protokolleri ile ilgili 29 sorudan oluşan ve araştırmacılar tarafından literatür incelenerek (Demirhan & Pınar, 2019; Ersoy & Gündoğdu, 2007; Gustafsson et al., 2019; Harlak et al., 2008; Tezber et al., 2018; The American Society of Anesthesiologists, 2017) oluşturulan veri toplama formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Araştırma verileri bir istatistik programında kodlandı ve sayı, yüzde ve ki-kare analizleri ile değerlendirildi. Araştırma öncesinde bir üniversitenin Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (Protokol No: 2017/199) ve ilgili hastanelerden yazılı izinler alındı. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelerden sözel izin alındı.

BULGULAR

Bu araştırmada cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ERAS Protokolleri hakkındaki bilgi düzeyleri incelendi. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, hemşirelerin yaş ortalamasının 32 ± 7.06 olduğu, %73.6'sının lisans mezunu olduğu, %39.6'sının 10 yıl ve üzeri yıldır hemşire olarak çalıştığı ve %50.9'unun bir yıldan az süredir aynı klinikte çalıştığı belirlendi (Tablo 1).

Hemşirelerin %52.8'i çalıştığı kliniği isteyerek seçmediğini ve %79.2'si daha önce cerrahi/cerrahi hemşireliği ile ilgili herhangi bir bilimsel etkinliğe katılmadığını, %86.8'i ERAS Protokolleri'ni daha önce duymadığını ve %79.2'si çalıştıkları kliniklerde ERAS Protokolleri'nin uygulanmadığını belirtti (Tablo 2).

Araştırmaya katılan hemşirelerin ERAS Protokolleri ameliyat öncesi kanıta dayalı uygulamalarıyla ilgili olarak, hastaların bilgilendirme ve eğitim alması (%96.2), antiembolik çorabın sadece endike hastalara giydirilmesi (%69.8) ve ameliyattan 30 dakika önce

profilaktik antibiyotik uygulanması (%52.8'i) gerektiğini yüksek; endike hastalara düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ile antitrombotik profilaksi uygulanması (%45.3), karbonhidrattan zengin sıvı yüklemesi yapılması (%24.5) ve ameliyattan 6 saat önce katı, 2 saat öncesinde sıvı gıdaların kesilmesi (%1.9) gerektiğini bilme oranlarının ise düşük olduğu görüldü. Tüm hastalara rutin bağırsak temizliği yapılmaması (%69.8) gerektiğini bilen hemşirelerin oranının yüksek, premedikasyon uygulanmaması (%43.4) gerektiğini bilen hemşirelerin oranının ise düşük olduğu belirlendi (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin ERAS Protokolleri ameliyat öncesi kanıta dayalı uygulamalarıyla ilgili olarak hastalara rutin olarak nazogastrik sonda takılmaması (%98.1), ameliyat sırasında hastalara rutin dren konulmaması (90.6), ameliyat olan tüm hastalara mesane kateteri takılmaması (%81.1), bulantı-kusma için rutin profilaksi uygulanmaması (%77.4) gerektiğini yüksek oranda bildikleri saptandı. Hemşirelerin perioperatif dönemde hastayı dehidrate bırakmayacak kadar sıvı infüzyonu yapılması (84.9), vücut ısısı kontrolü yapılması ve normotermi sağlanması (%83) gerektiğini de yüksek oranda bildiği; anestezi uygulanırken kullanılması gereken ilaçların etki süresi (%50.9), mümkün olduğunca küçük insizyonların tercih edilmesi (%58.5) ve mümkün olan her hastada anestezi için epidural kateter takılması (%11.3) gerektiğini bilme oranlarının düşük olduğu belirlendi (Tablo 4). Ameliyat sonrası kanıta dayalı uygulamalar olan ERAS Protokollerinden antiemetik ilaç uygulanmaması (%50.1), bağırsak hareketleri gelince nazogastrik sondanın çıkartılması (%32.1), gaz çıkışı olunca katı ve sıvı gıda alımına başlanması (%32.1), hasta mobilizasyonuna ameliyat günü başlanması (%39.6), ağrı kontrolü için oral analjeziklerin kullanılması (%55.4) ile opiatlardan ve aşırı hidrasyondan kaçınılması (%37.5) gerektiğinin hemşireler tarafından düşük oranlarda bilindiği görüldü (Tablo 5).

Hemşirelerin cerrahi ya da cerrahi hemşireliği ile ilgili bilimsel etkinliğe katılma durumu, ile ERAS Protokollerinden haberdar olma durumları arasında ($p=0.62$); toplam çalışma süresi ile ERAS Protokollerinden haberdar olma durumları arasında ($p=0.47$); hemşirelerin çalıştıkları klinik ile ERAS Protokollerinden haberdar olma durumları arasında

($p=0.1$) ve hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile ERAS Protokollerinin klinikte uygulanma durumları arasında ($p=0.21$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Hemşirelerin eğitim durumları ile ameliyat olan tüm hastalara mesane kateteri takılma bilgisi arasında anlamlı ve orta düzeyde ilişki tespit edildi ($p=0.031$, Cramer's $V=0.36$). Eğitim durumu lisans olanların, lise olanlara göre daha bilgili olduğu belirlendi (Tablo 6).

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşireler yüksek oranda ERAS Protokollerini daha önce duymadığını ve çalıştıkları kliniklerde ERAS Protokollerinin uygulanmadığını belirtmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da (Güzel & Yava, 2019; Ongun & Seyhan Ak, 2020) çalışmalarında da hemşirelerin çoğunun bu konuda bilgi sahibi olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca hemşireler ERAS uygulamalarına olumlu yönde bakmalarına rağmen, yeniliklerin çalışmalarında uygulanmasıyla ilgili olumsuz görüş bildirmişlerdir (Güzel & Yava, 2019). Ülkemizde bu konuda genel cerrahlarla yapılan bir çalışmada, bu yeniliklerle ilgili farkındalığın artmasına rağmen, uygulamaya geçilmesinde zorluklar olduğu bildirilmiştir (Harlak, Gündoğdu, Ersoy, & Erkek, 2008). Kankılıç ve Tuna (2019), sağlık çalışanlarının çoğunun ERAS Protokollerinden haberdar olmadığını ve klinikte uygulanmadığını bildirmiştir (Kankılıç & Tuna, 2019). Bu sonuçlar araştırmamızın sonucuyla ERAS Protokollerinden haberdar olma açısından benzerlik göstermektedir. Ayrıca hemşirelerin yüksek oranda ERAS Protokollerini daha önce duymadıklarını belirtmeleri nedeniyle protokollerin klinikte de uygulanmadığını ifade ettikleri düşünülebilir.

ERAS Protokolleri kapsamında hastalara ameliyat öncesi rutin olarak detaylı şekilde hem yazılı hem de sözlü olarak bilgilendirme ve danışmanlık yapılması önerilmekte, böylece hastanın tedavi süresince aktif rol alması sağlanarak daha az düzeyde anksiyete yaşayacağı bildirilmektedir (Ersoy & Gündoğdu, 2007; Gustafsson et al., 2019, 2013). Çalışmamızda hemşirelerin bilgilendirme ve eğitim verilmesi gerektiğini bilme durumu, ERAS önerileri ile uyumluluk göstermektedir.

ERAS Protokolleri ameliyat öncesi dönemde metabolik tokluk hali sağlanması için hastalara, ameliyattan önceki gece yarısına kadar 800 ml, ameliyattan 2–3 saat öncesinde de 400 ml karbonhidrattan zengin sıvı gıda verilmesini önermektedir. Bu uygulamanın ameliyat sonrası iyilik halini arttırdığı, insülin direncini azalttığı ve hastanede kalış süresinde anlamlı kısalma sağladığı gösterilmiştir (eras.org.tr; Ersoy & Gündoğdu, 2007; Gustafsson et al., 2019; Özdemir, Eti, Dinçer, Yılmaz Göğüş, & Bekiroğlu, 2011; The American Society of Anesthesiologists, 2017). Oral karbonhidrat solüsyonlarının ameliyat öncesi açlık süresini kısaltmak amacıyla kullanılmasının, ameliyat öncesinde anksiyeteyi, susuzluk hissini ve ameliyat sonrasında ise erken dönemde bulantıyı azaltarak hasta konforunu artırdığı bildirilmiştir (Ayoğlu et al., 2009). Gustafsson ve arkadaşları (2013) ameliyat öncesi oral karbonhidrat tedavisinin rutin olarak uygulanmasını önermiş, diyabetik hastalarda karbonhidrat tedavisinin diyabetik ilaç tedavisi ile birlikte uygulanabileceğini bildirmişlerdir (Gustafsson et al., 2013). Kawasaki ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, erken dönemde enteral beslenmenin gastrointestinal motilitede iyileşmeye katkıda bulunduğu belirlenmiştir (Kawasaki et al., 2009). Çalışmamızda hemşirelerin karbonhidrattan zengin sıvı yüklemesi yapılmasını bilme durumu, ERAS protokolleriyle uyumluluk göstermemektedir. Kankılıç ve Tuna'nın (2019) çalışmasında da sağlık çalışanlarının %70.5'i oral sıvı olarak karbonhidrattan zengin besin verilmemesi gerektiğini ifade etmişlerdir (Kankılıç & Tuna, 2019). Bu sonuç araştırmamızın sonucuyla benzerdir ve araştırmamıza katılan hemşirelerin bu konuda sınırlı bilgiye sahip oldukları görülmektedir.

Ameliyat öncesi açlık süresiyle ilgili ERAS önerileri berrak sıvıların ameliyattan 2, anne sütünün 4, bebek maması, hayvani süt ve yağdan fakir içerikli hafif yemeklerin 6 saat önce alınabileceğini belirtmektedir (Ersoy & Gündoğdu, 2007; Feldheiser et al., 2016; Gustafsson et al., 2019; The American Society of Anesthesiologists, 2017). Literatürde aspirasyon riskini arttıran durumlar haricinde ameliyattan 2 saat öncesine kadar sıvı gıda alınabileceği bildirilmekte ve ameliyat öncesi oral karbonhidrat yüklemesi yapılarak ameliyat sonrası en kısa sürede enteral beslenmeye geçilmesi önerilmektedir (Kılıçturgay & Sarkut, 2015). Ayrıca erken enteral beslenmenin (ameliyat sonrası ilk

24 saatte) düşük mortalite ile ilişkili olduğu ve enteral beslenmeye erken başlanmasının yararlı olabileceği bildirilmiştir (Lewis, Andersen, & Thomas, 2009). Çalışmamızda hemşirelerin, hastaların ameliyat öncesi aç kalma sürelerini bilme durumu ERAS Protokolleri ile uyumlu bulunmadı. Bu sonuçlara göre cerrahi kliniklerde geleneksel uygulamaların sürdürüldüğü ve ERAS Protokolleri'nde yer alan açlık süreleri hakkında bilgi sahibi olunmadığı söylenebilir. Kankılıç ve Tuna'nın (2019)

çalışmasında da düşük oranda sağlık çalışanının ERAS Protokolleri'nin açlık önerileri ile uyumlu uygulama yaptıkları saptanmıştır (Kankılıç & Tuna, 2019). Genel cerrahlarla yapılan bir çalışmada da bu oran %4'tür (Harlak ve ark., 2008). Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçlarıyla benzer niteliktedir. ERAS Protokolleri'ne göre ısıtılmış intravenöz infüzyonlar ve uygun bir ısınma cihazı ile ameliyat sırasında hastanın normal vücut ısısının korunması sağlanmalıdır (Ersoy & Gündoğdu, 2007; Gustafsson et al., 2013). İstenmeyen hipotermiye pek çok komplikasyona sebep olduğu kanıtı dayalı çalışmalarda bildirilmiş ve bu durumun hasta konforunu olumsuz şekilde etkilediği belirtilmiştir. İstenmeyen hipotermiye komplikasyonlarının önlenmesi için bütün hastaların ameliyat öncesi dönemden başlanarak vücut sıcaklıkları ölçülmeli, takip edilmeli ve kaydedilmelidir (Soysal & İlçe, 2018). Genel cerrahlarla yapılan çalışmada, intravenöz ısıtılmış sıvı infüzyonu ve ısıtıcı cihazların kullanımı gibi çeşitli yöntemlerle ameliyat sonrası normotermiye sağlanması için yeterince gayret sarf ettiğini belirtenlerin oranı %54'tür (Harlak ve ark., 2008). Çalışmamızda hemşirelerin perioperatif dönemde vücut sıcaklığının korunması ve normotermiye sağlanmasını bilme durumlarının ERAS Protokolleri ile uyumlu olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan hemşirelerin ERAS hakkında bilgi sahibi olma oranlarının düşük olmasına rağmen, bu uygulamanın hemşirelik bakımında yer alması ve hekimlerden bağımsız şekilde uygulayabilmeleri sebebiyle yüksek oranda bildikleri söylenebilir.

ERAS Protokolleri'ne göre hastalar ameliyat günü 2 saat yatak dışında kalmalıdır (Ersoy & Gündoğdu, 2007; Feldheiser et al., 2016; Göktaş, 2019; Gustafsson et al., 2019, 2013). Çalışmamızda hemşirelerin, ameliyat sonrası mobilizasyon zamanını bilme durumlarının

ERAS Protokolleri ile uyumlu olmadığı görüldü. Çalışmamızdan farklı bir sonuç olarak, yapılan bir çalışmada hemşirelerin yüksek oranda, hastaların erken mobilize olmalarının iyileşmeyi hızlandıracağını düşündükleri belirtilmiştir (Güzel & Yava, 2019). Kankılıç ve Tuna'nın (2019) çalışmasında sağlık çalışanlarının %74.4'ünün ameliyattan 52-56 saat sonra hastaları yürüttükleri belirtilmiştir. Bu sonucun bizim çalışmamızla benzer nitelikte olduğu söylenebilir. Ayrıca hemşirelerin erken mobilizasyon konusundaki bilgi durumunun ERAS ile uyumlu olmaması bu sonucu destekler niteliktedir.

Ameliyat sonrası dönemde opioid analjeziklerin kullanılmasının pek çok sistemi olumsuz yönde etkilediği bilinmekte ve ERAS Protokolleri'ne göre ameliyat sonrası dönemde mümkün olduğunca opioid analjeziklerden kaçınılarak ağrı kontrolünün sağlanması önerilmektedir (Gustafsson et al., 2019, 2013; Kabataş & Özbayır, 2016). Açık ve laparoskopik cerrahide torakal epidural anestezi (TEA), düşük doz spinal analjezi ve epidural analjezinin uzun etkili opioidlere alternatif olarak uygulanabileceği bildirilmiştir (Gustafsson et al., 2019, 2013; Kabataş & Özbayır, 2016). Çelik ve arkadaşları (2015) kalp cerrahisinde torakal epidural analjezi uygulamasının stres yanıtı azalttığını, sağlanan analjezinin etkili olduğunu, hemodinaminin dengeli olmasını, erken ekstübasyon olanağı sağladığını ve hastanede kalış süresini kısalttığını belirtmişlerdir. Araştırmamızda hemşirelerin çoğunun ameliyat sonrası dönemde oral analjeziklerle ağrı kontrolü sağlanması gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre ERAS'a yönelik analjezi uygulamaları ile ilgili bilgilerinin sınırlı olduğu görülmektedir. Güzel ve Yava'nın (2018) çalışmasında hemşirelerin çoğu, ERAS uygulamaları ile ameliyat sonrası dönemde analjezik kullanımının azalacağını düşündüklerini belirtmişlerdir (Güzel & Yava, 2019). Uygulanan analjezik ilaçların seçimi hekim tarafından yapılırsa da hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Dolayısıyla hemşirelerin de ERAS'a yönelik analjezi uygulamalarını bilmeleri önem taşımaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, ameliyat öncesi dönemden başlayarak taburculuk ile sonuçlanan süreçte yer alan bazı geleneksel uygulamaların yerine, kanıta dayalı uygulamaları içeren ERAS Protokolleri hakkında hemşirelerin eğitim almadığı; ameliyat öncesi açlık, ameliyat sonrası mobilizasyon ve ağrı yönetimi gibi konularda bilgilerinin sınırlı olduğu belirlendi. ERAS Protokolleri'nde yer alan uygulamalarla ilgili olarak hemşirelerin yenilikleri takip ederek kanıta dayalı yaklaşımlardan ve protokollerden öncelikle haberdar olmaları ve sonrasında uygulanmasının ameliyat sonrası komplikasyonların görülme sıklığının azalmasını, hastaların hastanede kalış sürelerinin kısalmasını, ameliyat sonrası iyileşmenin hızlanmasını, hastane maliyetlerinin azalmasını sağlayacağı ve hemşirelik bakımının kalitesini arttıracığı düşünülmektedir. Bu konu hakkında hastanelerde farklı disiplinlerden, alanında yetkin kişiler tarafından hizmet içi eğitimlerin verilmesi önerilebilir. Ayrıca geleneksel uygulamaların yerine hemşirelerin görev

yetki ve sorumlulukları dahilinde ERAS Protokolleri'nin uygulanabilecek maddeleri hakkında her kliniğe özgü prosedürlerin oluşturulmasıyla kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi ve gerçekleştirilmesi sağlanabilir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazar(lar) bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve/veya yayınlanması ile ilgili olarak herhangi bir potansiyel çıkar çatışması beyan etmemiştir.

FİNANSMAN BEYANI

Yazar(lar) herhangi bir finansal destek almamıştır.

TEŞEKKÜR

Araştırmamıza katılan tüm hemşirelere teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Ayoğlu, H., Uçan, B., Taşçılar, Ö., Atik, L., Kaptan, Y. M., & Turan, I. Ö. (2009). Klinik araştırma preoperatif oral karbonhidrat solüsyonu kullanılmasının hasta anksiyetesi ve konforu üzerine etkileri. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi*, 37(6), 374–382.

Demirhan, İ., & Pınar, G. (2019). Postoperatif iyileşmenin hızlandırılması ve hemşirelik yaklaşımları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(1), 43–53.

Dolgun, E., Taşdemir, N., Ter, N., & Yavuz, M. (2011). Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *FÜ Sağ. Bil. Tıp Derg.*, 25(1), 11–15.

eras.org.tr. (n.d.). Retrieved from <http://eras.org.tr/page.php?id=9>

Ersoy, E., & Gündoğdu, H. (2007). Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 23(1), 35–40.

Feldheiser, A., Aziz, O., Baldini, G., Cox, B. P. B. W., Fearon, K. C. H., Feldman, L. S., ... Carli, F. (2016). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 2: Consensus statement for anaesthesia practice. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 60, 289–334. <https://doi.org/10.1111/aas.12651>

Göktaş, S. (2019). Ameliyat sonrası kas iskelet sistemi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri*, 1, 51–58.

Gündoğdu, H. (2017). Cerrahi İyileşmenin Hızlandırılması İçin Modern Teknikler. In F. Eti Aslan (Ed.), *Cerrahi Bakım Vaka Analizler ile Birlikte* (2nd ed., pp. 455–467). Ankara.

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 Journal of Surgery*, 43, 659–695. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>

Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., Francis, N., ...

- Ljungqvist, O. (2013). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations. *World Journal of Surgery*, 37, 259–284. <https://doi.org/10.1007/s00268-012-1772-0>
- 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, 15–23. Retrieved from <https://sbf.hku.edu.tr/wp-content/uploads/2020/01/Cerrahi-kliniklerinde-calisan-hemshirelerin-ERAS-enhanced-recovery-after-surgery-protokolune-iliskin-bilgi-ve-tutumlarının-belirlenmesi.pdf>
- Harlak, A., Gündoğdu, H., Ersoy, E., & Erkek, B. (2008). Ankara'daki cerrahların ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme (ERAS protokolü) uygulamalarına bakışı. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 24, 182–188.
- Hübner, M., Addor, V., Sliker, J., Griesser, A. C., Lécureux, E., Blanc, C., & Demartines, N. (2015). The impact of an enhanced recovery pathway on nursing workload: A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 24, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2015.10.025>
- Kabataş, M. S., & Özbayır, T. (2016). Kolorektal cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü: sistematik derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 120–132. Retrieved from <http://sbd.gumushane.edu.tr/media/uploads/sbd/articles/5.3.d.343.pdf>
- Kankılıç, R., & Tuna, A. (2019). Transüretal Rezeksiyon-Prostat (TUR-P) Ameliyatlarında ERAS Protokolü İle Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yapılması Gereken Beslenme, Ağrı ve Erken Mobilizasyon Uygulamalarının Karşılaştırılması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 69–74. <https://doi.org/10.17517/ksutfd.484635>
- Kawasaki, N., Suzuki, Y., Nakayoshi, T., Hanyu, N., Nakao, M., Takeda, A., ... Kashiwagi, H. (2009). Early postoperative enteral nutrition is useful for recovering gastrointestinal motility and maintaining the nutritional status. *Surgery Today*, 39, 225–230. <https://doi.org/10.1007/s00595-008-3861-0>
- Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of Surgery*, 248(2), 189–198. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31817f2c1a>
- Kılıçturgay, A. S., & Sarkut, P. (2015). Cerrahi hastada perioperatif nütrisyonel destek. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*, 8(1), 44–50.
- Lewis, S. J., Andersen, H. K., & Thomas, S. (2009). Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 13, 569–575. <https://doi.org/10.1007/s11605-008-0592-x>
- Miller, T. E., Thacker, J. K., White, W. D., Mantyh, C., Migaly, J., Jin, J., ... Young, C. (2014). Reduced length of hospital stay in colorectal surgery after implementation of an enhanced recovery protocol. *Anesthesia and Analgesia*, 118(5), 1052–1061. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000206>
- Öndeş Bayar, Ö., Bademci, R., Sözen, U., Tüzüner, A., & Karayalçın, K. (2013). ERAS Protocol in Major Liver Resection. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(3), 135–142. <https://doi.org/10.5222/otd.2013.135>
- Ongun, P., & Seyhan Ak, E. (2020). Examination of Knowledge Levels of Nurses Working in Surgical Clinics About ERAS Protocol. *Medical Journal of Bakırköy*, 16(3), 287–294. <https://doi.org/10.5222/bmj.2020.81300>
- Özdemir, F., Eti, Z., Dinçer, P., Yılmaz Göğüş, F., & Bekiroğlu, N. (2011). Majör ve minör cerrahi geçiren hastalarda preoperatif oral karbonhidrat yüklemesinin stres cevaba etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1392–1400.
- Özer, N. (2017). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi Cerrahinin Sınıflandırılması Cerrahi Gerektiren Durumlar ve Hasta Üzerine Etkileri. In *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte* (p. 32).
- Soysal, G. E., & İlçe, A. (2018). Ameliyat döneminde istenmeyen hipotermide kanıta dayalı uygulamalar. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(2), 72–79. <https://doi.org/10.16919/bozoktip.337029>

- Tezber, K., Aviles, C., Eller, M., Cochran, A., Iannitti, D., Vrochides, D., & McClune, G. (2018). Implementing Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) program on a specialty nursing unit. *Journal of Nursing Administration, 48*(6), 303–309. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000619>
- The American Society of Anesthesiologists. (2017). 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: an updated report by the American Society of Anesthesiologists tas. *Anesthesiology, 126*(3), 376–393.
- Tudor, G. (2006). Fasting: how long is too long? *The Australian Nursing Journal: ANJ, 13*, 29–31. Retrieved from <https://search.informit.org/doi/10.3316/ielapa.420161536705307>
- Ünver, S., & Yıldız Fındık, Ü. (2019). Ameliyat sonrası gastrointestinal sistem komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri, 1*, 30–36.
- White, P. F., Kehlet, H., Neal, J. M., Schrickler, T., Carr, D. B., Carli, F., ... Zavorsky, G. S. (2007). The role of the anesthesiologist in fast-track surgery: From multimodal analgesia to perioperative medical care. *Anesthesia and Analgesia, 104*(6), 1380–1396. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000263034.96885.e1>
- Wijk, L., Franzen, K., Ljungqvist, O., & Nilsson, K. (2014). Implementing a structured Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) protocol reduces length of stay after abdominal hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 93*, 749–756. <https://doi.org/10.1111/aogs.12423>
- Yamada, T., Hayashi, T., Cho, H., Yoshikawa, T., Taniguchi, H., Fukushima, R., & Tsuburaya, A. (2012). Usefulness of enhanced recovery after surgery protocol as compared with conventional perioperative care in gastric surgery. *Gastric Cancer, 15*, 34–41. <https://doi.org/10.1007/s10120-011-0057-x>

TABLOLAR

Tablo 1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=53).

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Yaş aralığı (\bar{X} :32±7.06)	18-25	13	24.5
	26-33	20	37.7
	34-41	14	26.4
	42 ve üzeri	6	11.3
Eğitim düzeyi	Lise	5	9.4
	Ön lisans	7	13.2
	Lisans	39	73.6
	Lisansüstü	2	3.8
Medeni durum	Evli	34	64.1
	Bekar	19	35.9
Çalışılan klinik*	Genel Cerrahi	16	25.8
	Ortopedi	14	22.6
	Kalp-Damar Cerrahi	3	4.8
	Üroloji	2	3.2
	Beyin Cerrahi	13	21.0
	Plastik Cerrahi	7	11.3
	KBB	3	4.8
	Göz Hastalıkları	4	6.5
Hemşire olarak çalışma süresi	0-1 yıl	8	15.1
	2-5 yıl	15	28.3
	6-9 yıl	9	17.0
	10 yıl ve üzeri	21	39.6
Şu an çalışılan klinikteki çalışma süresi	0-1 yıl	27	50.9
	2-5 yıl	21	39.6
	6-9 yıl	3	5.7
	10 yıl ve üzeri	2	3.8

Tablo 2. Hemşirelerin klinik ve bilimsel yönden bazı özellikleri (n=53).

Klinik ve bilimsel yönden bazı özellikler		n	%
Klinikte çalışmayı isteyerek seçme durumu	Evet	25	47.2
	Hayır	28	52.8
Bilimsel etkinliğe katılım	Evet	11	20.8
	Hayır	42	79.2
ERAS Protokolleri'nden haberdar olma	Evet	7	13.2
	Hayır	46	86.8
ERAS Protokollerinin çalışılan klinikte uygulanma durumu	Evet	11	20.8
	Hayır	42	79.2

Tablo 3. Hemşirelerin ameliyat öncesi ERAS protokolleri bilgi düzeylerinin dağılımı (n=53).

ERAS Protokolleri ile ilgili sorular	n	%	
Bilgilendirme ve eğitim	Evet	51	96.2
	Hayır	2	3.8
Rutin bağırsak temizliği	Evet	16	30.2
	Hayır	37	69.8
Karbonhidrattan zengin sıvı yüklemesi	Evet	13	24.5
	Hayır	40	75.5
Premedikasyon	Evet	27	50.9
	Hayır	26	49.1
Antitrombotik profilaksi (Tüm hastalara)	Evet	6	11.3
	Hayır	47	88.7
Antitrombotik profilaksi (endike hastalara)	Evet	24	45.3
	Hayır	29	54.7
Antiembolik çorap (Tüm hastalara)	Evet	11	20.8
	Hayır	42	79.2
Antiembolik çorap (endike hastalara)	Evet	37	69.8
	Hayır	16	30.2
Hastaların aç kalma süresi	Ameliyat öncesi gece 24:00'ten sonra aç	36	67.9
	Son birkaç gün boyunca sıvı gıda ve gece yarısından sonra aç	2	3.8
	Ameliyattan 6 saat önce katı gıdalar, 2 saat öncesinde sıvı gıdalar kesilmeli	1	1.9
	Ameliyattan 6-8 saat önce, oruç tutar gibi	13	24.5
	Diğer...	1	1.9
Profilaktik antibiyotik uygulanma zamanı	Ameliyattan 2 saat önce	3	5.7
	Ameliyattan 1 saat önce	13	24.5
	Ameliyattan 30 dk önce	28	52.8
	Ameliyattan önceki gece	2	3.8
	Uygulanmamalıdır	2	3.8
Bilmiyorum	5	9.4	

Tablo 4. Hemşirelerin ameliyat sırası ERAS protokolleri bilgi düzeylerinin dağılımı (n=53)

Ameliyat sırası ERAS Protokolleri ile ilgili sorular		n	%
Epidural kateter	Evet	6	11.3
	Hayır	47	88.7
Normotermi sağlanması	Evet	44	83.0
	Hayır	9	17.0
Sıvı infüzyonu	Evet	45	84.9
	Hayır	8	15.1
Rutin dren	Evet	5	9.4
	Hayır	48	90.6
Rutin NG tüp	Evet	1	1.9
	Hayır	52	98.1
Mesane kateteri	Evet	10	18.9
	Hayır	43	81.1
Rutin antiemetik profilaksisi	Evet	12	22.6
	Hayır	51	77.4
Anestezi uygulanırken kullanılması gereken ilaçların etki süresi	Kısa	18	34.0
	Uzun	8	15.1
	Bilmiyorum	27	50.9
Tercih edilmesi gereken cerrahi insizyon türü	Mümkün olduğunca küçük insizyon	31	58.5
	Bilmiyorum	20	37.7
	Longitudinal insizyonlar	1	1.9
	Rahat ve emniyet açısından büyük insizyonlar	1	1.9

Tablo 5. Hemşirelerin ameliyat sonrası ERAS protokolleri bilgi düzeylerinin dağılımı (n=53).

ERAS Protokolleri ile ilgili sorular		n	%
Antiemetik ilaç	Evet	26	49.1
	Hayır	27	50.9
Nazogastrik kalma süresi	Ameliyat sonunda çıkartılmalı	2	3.8
	Postop 1.gün çıkartılmalı	4	7.5
	Bağırsak hareketleri gelince	31	58.5
	Bilmiyorum	16	30.2
Sıvı alımına başlanma süresi (hasta entübe değilse)	Gaz çıkışı olunca	17	32.1
	Gaita çıkışı olunca	1	1.9
	Bilmiyorum	5	9.4
	Bağırsak sesleri başlayınca	17	32.1
	Ameliyattan sonraki ikinci saatte	13	24.5
Katı gıda alımına başlanma süresi (hasta entübe değilse)	Gaz çıkışı olunca	17	32.1
	Gaita çıkışı olunca	9	17.0
	Bilmiyorum	5	9.4
	Bağırsak sesleri başlayınca	12	22.6
	Ameliyattan sonraki dördüncü saatte	10	18.9
Mobilizasyon zamanı (hasta entübe değilse)	Ameliyat günü	21	39.6
	Postop 1. Gün	30	56.6
	Bilmiyorum	2	3.8
Gastrointestinalmotilitenin uyarılması ve ileusprofilaksisi için uygulanması gereken(ler)*	Opiatlardan ve aşırı hidrasyondan kaçınılması gerekir	21	37.5
	Epidural analjezi uygulanmalı	2	3.6
	2x1 gr/gün oral magnezyum oksid kullanılmalı	5	8.9
	Bilmiyorum	28	50.0
Ağrı kontrolünde uygulanması gereken(ler)*	Opiatlardan kaçınılmalı	2	3.6
	Epidural analjezi uygulanmalı	12	21.4
	Oral analjeziklerle ağrı kontrolü sağlanmalı	31	55.4
	Bilmiyorum	11	19.6
Taburculuk zamanı*	Yeterli ağrı kontrolü sağlandığında	29	26.4
	İntravenöz (IV) sıvı ihtiyacı ortadan kalktığında	34	30.9
	Hasta tek başına ameliyat öncesindeki kadar mobilize olabildiğinde	34	30.9
	Hastanın eve dönmek için istekli olması durumunda	12	10.9
	Bilmiyorum	1	0.9

Tablo 6. Hemşirelerin eğitim durumları ile ameliyat olan tüm hastalara mesane kateteri takılmasını gerekli bulma durumlarının karşılaştırılması (n=53).

Eğitim durumu		Mesane kateteri				Test
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Lise	3	60	2	40	Fisher's Exact Test p= 0.031 Cramer's V=%36	
Önlisans	2	28.6	5	71.4		
Lisans	5	12.2	36	87.8		

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.