



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KOLOREKTAL CERRAHİ HASTALARINA UYGULANAN
HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME PROTOKOLÜNÜN KONFOR
DÜZEYİNE ETKİSİ**

GÖKÇE KAVALCI

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. SELDA RIZALAR

İSTANBUL-2021

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Gökçe KAVALCI
Tez Başlığı : Kolorektal Cerrahi Hastalarına Uygulanan
Hızlandırılmış İyileşme Protokolünün Konfor Düzeyine Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Unkapanı Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 30.12.2020

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Doç.Dr. Selda RIZALAR

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Esra KÖROĞLU
ÇAMDEVİREN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç.Dr. Sonay GÖKTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gökçe KAVALCI

TEŐEKKÖR

Tez çalışmam boyunca beni destekleyen, bilgi, beceri ve deneyimleri ile çalıőmama ışık tutan özverili, sabırlı, saygıdeğer danışman hocam Sayın Doç. Dr. Selda Rızalar'a saygılarımı sunuyorum. Yüksek lisans eğitimim boyunca beni hep destekleyen ve yalnız bırakmayan sevgili eőime, bugönlere gelmemde en büyük emeği olan ilgilerini ve sevgilerini hep hissettiğim değerli aileme en içten dileklerim ile teőekkör ederim. Yüksek lisans eğitimim boyunca bana motivasyon veren, uzun soluklu bu zorlu süreçte desteklerini hep hissettiğim başta sevgili arkadaşım Tuğba Neslihan őahin olmak üzere genel cerrahi servisindeki tüm çalışma arkadaşlarıma teőekkörü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ	5
4. GENEL BİLGİLER	9
4.1. Kolorektal Kanserler	9
4.1.1. Epidemiyoloji.....	9
4.1.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	11
4.1.3. Evrelendirme	13
4.1.4. Klinik Bulgular ve Tanı	14
4.1.5. Tedavi Yöntemleri	15
4.2. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü	17
4.3. Kolorektal Cerrahide Hemşirelik Bakımı.....	21
4.4. Ameliyat Öncesi Bakım	23
4.5. Ameliyat Sırası Bakım	25
4.6. Ameliyat Sonrası Bakım	27
4.7. Konfor Kavramı	32
4.8. Konfor Kuramı	34
4.8.1. Konfor Kuramının Düzeyleri	35
4.8.2. Konfor Kuramının Boyutları.....	36

5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	38
5.2. Araştırmanın Hipotezi	38
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	38
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemei	39
5.5. Veri Toplama Araçları.....	40
5.5.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu	41
5.5.2. Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Uygulama Kontrol Listesi	41
5.5.3. Standart Bakım Grubu Uygulama Kontrol Listesi.....	41
5.5.4. Perianestezi Konfor Ölçeği ve Boyutları	41
5.5.5. Genel Konfor Ölçeği ve Boyutları.....	42
5.5.6. Görsel Kıyaslama Ölçeği	43
5.6. Araştırmanın Uygulanması.....	44
5.7. Veri Analizi	48
5.8. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri	48
5.8.1. Güçlü Yönleri.....	48
5.8.2. Sınırlı Yönleri	49
5.9. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Durumlar	49
5.9.1. Olumlu Durumlar	49
5.9.2. Olumsuz Durumlar.....	49
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	50
6. BULGULAR	51
7. TARTIŞMA	78
8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	88
9. KAYNAKLAR	90
10. EKLER.....	104

11. ETİK KURUL ONAYI.....	118
12. ÖZGEÇMİŞ.....	120

KISALTMALAR DİZİNİ

- AORN** : Association of PeriOperative Registered Nurses
BT : Bilgisayarlı Tomografi
ERAS : Enhanced Recovery After Surgery (Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme)
ERP : Enhanced Recovery Protocol (Hızlandırılmış İyileşme Protokolü)
ETD : Eras Türkiye Derneği
FTS : Fast Track Cerrahi (Fast Track Surgery)
GKÖ : Genel Konfor Ölçeği
HBP : Hızlandırılmış Bakım Protokolü
HİP : Hızlandırılmış İyileşme Protokolü
KRK : Kolorektal Kanserler
MRI : Manyetik Rezonans Görüntüleme
NGT : Nazogastrik tüp
PKÖ : Perianestezi Konfor Ölçeği
TARD : Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. TNM Evrelendirme Sistemi (63)	14
Tablo 4.2 ERAS Protokollerinin Temel Ögeleri (26)	19
Tablo 6.1. Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özellikleri	51
Tablo 6.2. Deney ve Kontrol Grubunun Hastalığa Ait Özellikleri	53
Tablo 6.3. Hastaların Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ) Boyut ve Düzey Puan Ortalamaları (N=60).....	55
Tablo 6.4. Deney ve Kontrol Grubunun Perianestezi Konfor Ölçeği Puanları.....	56
Tablo 6.5. Deney ve Kontrol Grubunun Genel Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları	59
Tablo 6.6. Hastaların Genel Konfor Ölçeğine (GKÖ) İlişkin Bulgular	60
Tablo 6.7. Kendall ve Spearman Testi	64
Tablo 6.8. Deney Grubu PKÖ ve GKÖ Toplam Puan Ortalamaları, Alt Boyut ve Düzey Puan Ortalamalarının Birbiri ile İlişkisi	66
Tablo 6.9. Kontrol Grubu PKÖ ve GKÖ Toplam Puan Ortalamaları, Alt Boyut ve Düzey Puan Ortalamalarının Birbiri ile İlişkisi	68
Tablo 6.10. Deney ve Kontrol Gruplarının Demografik Değişkenlere Göre GKÖ ve PKÖ Puanları Karşılaştırmaları	71
Tablo 6.11. Deney ve Kontrol Grubunda Ağrı Süresi İçin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	74
Tablo 6.12. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların İyileşme Kriterleri Tablosu.....	76

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Erkeklerde En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide).....	10
Şekil 2. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide).....	11
Şekil 3. Araştırmanın Akış Şeması	40

1. ÖZET

KOLOREKTAL CERRAHİ HASTALARINA UYGULANAN HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME PROTOKOLÜNÜN KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ

Araştırma, kolorektal cerrahi hastalarında hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulamasının hemşirelik bakım konforuna etkisini belirlemek amacıyla klinik deneysel bir çalışma olarak planlandı. Araştırma 1 Ocak-31 Aralık 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulandı. Örneklem elektif şartlarda kolorektal cerrahi geçiren ve en az 72 saat serviste kalan deney grubunda 30 ve kontrol grubunda 30 olmak üzere 60 hasta alındı. Veri toplamada Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu, Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Uygulama Kontrol Listesi, Standart Bakım Uygulama Kontrol Listesi, Perianestezi Konfor Ölçeği(PKÖ), Genel Konfor Ölçeği(GKÖ) ve Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanıldı. Deney grubundaki hastalara hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulandı, kontrol grubundaki hastalara standart bakım uygulandı. Veriler ortalama, standart sapma, frekans, yüzdelik, t testi, Pearson korelasyon analizi, Mann Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi ile test edildi. Çalışmada PKÖ puan ortalaması deney grubunda $4,8\pm 0,521$, kontrol grubunda $3,967\pm 0,761$ bulundu. Deney grubunda PKÖ puan ortalamasının kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($U=246;p=0,001$). Çalışmada GKÖ toplam puan ortalaması deney grubunda $3,067\pm 0,254$, kontrol grubunda $2,7\pm 0,466$ bulundu. Deney grubunda GKÖ toplam puan ortalamasının kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($U=294;p=0,001$). Deney grubunda GKÖ'nün tüm düzey ve boyut puan ortalamalarının kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Deney grubunda GKÖ puanları ile PKÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı ilişki bulundu ($r=373, p=0,042$). Kontrol grubunda GKÖ puanları ile PKÖ puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, anlamlı ilişki bulundu ($r=445, p=0,014$). HİP uygulanan grubun ağrı düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Deney grubundaki hastaların ameliyat sonrası ilk gaz ve gaita çıkış zamanı, ilk oral alım, ilk mobilizasyon süresi, kataterlerin çıkış süresi ve taburculuk süresinin

kontrol grubuna göre daha kısa olduğu tespit edildi. Sonuç olarak kolorektal cerrahi hastalarında HIP uygulaması genel ve perianestezi konfor düzeylerini arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: ERAS, Hemşirelik Bakımı, Kolorektal Cerrahi, Kolorektal Kanserler, Konfor düzeyi

2. ABSTRACT

THE EFFECT OF IMPLEMENTATION OF ENHANCED RECOVERY PROTOCOL ON COLORECTAL SURGERY PATIENTS' COMFORT LEVEL

The study was planned as a clinical experimental study to determine the effect of enhanced recovery protocol on nursing care comfort in colorectal surgery patients. It was conducted between 1 January and 31 December 2019 in 60 patients, 30 in the experimental group and 30 in the control group, who underwent colorectal surgery in the Kocaeli Derince Training and Research Hospital under the University of Health Sciences and stayed in the service for at least 72 hours. The Patient Personal Information Form, Enhanced Recovery Protocol Implementation Checklist, Standard Care Implementation Checklist, Perianesthesia Comfort Scale(PCS), General Comfort Scale(GCS) and Visual Analog Scale were used in data collection. Enhanced recovery protocol was applied to the patients in the experimental group and the patients in the control group were given standard care. Data were tested using mean, standard deviation, frequency, percentage, t test, Pearson correlation analysis, Mann Whitney U test and Spearman correlation analysis. In the study, the mean score of the PCS was found to be $4,8\pm 0,521$ in the experimental group and $3,967\pm 0,761$ in the control group. It was determined that the mean score for the PCS in the experimental group was significantly higher than that in the control group ($U=246$; $p=0,001$). In the study, the mean score of the GCS was found to be $3,067\pm 0,254$ in the experimental group and $2,7\pm 0,466$ in the control group. It was determined that the mean score for the GCS in the experimental group was significantly higher than that in the control group ($U=294$; $p=0,001$). It was determined that the mean scores of all levels and dimensions of the GCS in the experimental group were significantly higher than the control group ($p<0,05$). A weakly significant positive correlation was found between GCS and PCS scores in the experimental group ($r=373$, $p=0,042$). In the control group, a positive, weak, significant relationship was found between the GCS scores and PCS scores ($r=445$, $p=0,014$). It was found that the level of pain in the experimental group were lower when compared to the control group. The first evacuation of flatus and stool and

first oral intake, first mobilization duration, catheters removal period and length of hospital stay of the experimental group were found to be shorter than the control group. As a result, enhanced recovery protocol application in colorectal surgery increases both perianesthesia comfort and general comfort.

Key Words: Colorectal Cancer, Colorectal Surgery, Comfort level, ERAS, Nursing Care

3. GİRİŞ

Son yıllarda teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak sağlık hizmetlerinde de önemli gelişmeler yaşanmıştır. Özellikle cerrahi uygulamalar ve anestezi tekniklerinde yaşanan gelişmeler cerrahi tedavi uygulanan hasta sayısında ciddi bir artışa sebep olmuştur (23). Cerrahide tedavi ve bakıma dair güncel yaklaşımlar ve kanıta dayalı uygulamaların, cerrahi sonrası iyileşmeyi hızlandırılabilceği ve cerrahiye bağılı ölümleri azaltabileceği bilinmektedir. Bu doğrultuda ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla ortaya çıkan kanıta dayalı uygulamalardan biri de Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS) ya da bir diğzer adıyla Hızlandırılmış Cerrahi (Fast Track Surgery - FTS) protokolüdür (25, 69). ERAS grubu 2001 yılında beş Kuzey Avrupa ülkesinden –İskoçya, İsveç, Danimarka, Norveç ve Hollanda- beş uzmanlaşmış Cerrahi Departmanının iş birliği ile kurulmuştur (34). Ülkemizde bu uygulama ERAS Derneği tarafından geliştirilmiş olan Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü (HİP) olarak bilinmektedir. HİP'in temel amacı cerrahi travmanın sebep olduğu metabolik stresi azaltmak, ameliyat sonrası mortalite ve morbiditeyi azaltmak ve hastaların hızlı bir şekilde iyileşmelerini sağlayan işlevlerin geri dönüşünü desteklemektir (33,56,20,39). Kehlet, bu konuda yapılan çalışmalar ve meta analizler bağlamında geleneksel bakıma kıyasla hızlandırılmış iyileşme protokollerinin uygulanmasının sonuçlarını ileus süresinin azalması, kas gücü, egzersiz kapasitesi veya yağsız vücut kütlelerinin iyileşmesi ve gelişmesi, oral enerji ve protein alımının iyileşmesi, kardiyopulmoner morbiditenin azalması, hastanede kalış süresinin azalması, ameliyat sonrası iyileşme süresinin kısılması ve maliyetin azalması olarak ifade etmiştir (44).

Hızlandırılmış iyileşme protokolleri, cerrahi hastasının beklentilerinin yönetimini içerdiği için cerrahlar, anesteziistler, hemşireler ve hastane yöneticileri olmak üzere sağlık bakım ekibinin tüm üyelerinin başarılı bir şekilde örgütlenmesini ve desteğini gerektiren çok disiplinli bir uygulamadır (22,51,23,20). Hemşireliğin temel amacı hasta bakımını sağlamak olduğu göz önüne alındığında, cerrahi hemşireleri bu program kapsamında ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası olmak üzere cerrahi tedavi sürecinin her aşamasında gelişmiş teknik bakım, bakımın uygulanması

ve düzenlenmesi konularında aktif bir rol oynar (20,69,79). Hemşire, HİP ile özellikle hastanın ameliyata iyi hazırlanarak stresinin azaltılmasında, ameliyat sonrası ağrı kontrolünde, normal diyete dönmesinde, erken mobilize olmasında ve olabildiğince erken rehabilitasyonu için psikolojik destek sağlanmasında rol almaktadır (59). Bundan dolayı cerrahi hemşiresi HİP kapsamında yer alan bağımlı ve bağımsız rollerini iyi bilmeli ve bunları hasta bakımına yansıtılabilmelidir (20).

Kolorektal cerrahi kapsamında kolorektal kanserler (KRK) dünya genelinde yaygın olarak görülmektedir. Başta Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa ve diğer Batı ülkelerinde olmak üzere dünyada, kanserle ilişkili morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerinden biridir (28,21). Amerikan Kanser Derneği'ne göre, 2020 yılı için kolorektal kanserlerin yaklaşık 53.200 ölüme sebep olacağı tahmin edilmektedir (7). Avrupa'da ise 2020 yılı verilerine göre kolorektal kanserlerin 156.105 kişinin hayatını kaybetmesine neden olacağı tahmin edilmektedir (32).

HİP ile tanımlanan modern anestezi, analjezi ve bazı destek uygulamalarla birlikte cerrahi travmaya yönelik ortaya çıkması muhtemel metabolik yanıtın azalması hedeflenmektedir. Bu bağlamda, son yıllarda yayınlanmış olan meta analizlerin sonuçlarına bakıldığında da cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokollerinin uygulanmasının cerrahi hastalarının hastanede kalış süresini kısalttığı ve komplikasyonları azalttığı ifade edilmektedir (25). Hızlandırılmış iyileşme protokolü ilk olarak kolorektal cerrahi ameliyatlarında uygulanmış ve uygulamaya dair başarılı sonuçlar elde edilmiştir (44). Yapılan çalışmalar HİP'in amacına ulaştığını ve cerrahi bakım ve tedavi sürecinde geleneksel bakıma kıyasla olumlu sonuçlar ürettiğini göstermektedir. Bu bağlamda, Varadhan ve arkadaşlarının, HİP'in etkinliğini değerlendirmek amacıyla 1966-2009 yılları arası yapılan çalışmaları dâhil ettikleri "Majör Elektif Açık Kolorektal Cerrahi İçin Yollar" isimli meta analizde ameliyat sonrası komplikasyonlarda %50'ye varan azalma sağlandığı ve bakım zamanının %30 azaldığı bildirilmiştir (74). Gustafsson ve arkadaşları tarafından yapılan "Kolorektal Kanser Cerrahisi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri Uygulaması ve Sonuçları" isimli çalışmada HİP'in kullanılmasının cerrahi sonucu iyileştirmede oldukça önemli olduğu rapor edilmiştir (38). Yin ve arkadaşları, dokuz randomize

kontrollü çalışma ile yaptıkları “Elektif Açık Kolorektal Rezeksiyon Altındaki Hastalarda Standart Bakım ve Fast Track Protokollerinin Karşılaştırılması” isimli meta analiz çalışmasında kolorektal cerrahi sonrası gastrointestinal sistemin daha hızlı iyileştiği, komplikasyonların azaldığı, tekrar yatış ve mortalite olmaksızın hastanede kalış süresinin kısaldığı bulunmuştur (82). Esteban ve ark.’nın, kolorektal cerrahide laparoskopik veya açık elektif ameliyat sonrası HİP ve standart bakım protokolünü karşılaştırdıkları çalışmada, multimodal bir rehabilitasyon içerisinde laparoskopik ameliyat geçiren kolorektal kanser hastalarının hastanede kalış süresinin ve morbidite oranının daha düşük olduğu rapor edilmiştir (29). Miller ve arkadaşları çalışmalarında, kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda HİP uygulanmasından sonra geleneksel bakıma kıyasla hızlandırılmış iyileşme grubundaki hastaların hastanede kalış sürelerinin anlamlı bir şekilde kısaldığı, daha az üriner enfeksiyon geliştiği ve tekrar hastaneye yatış oranlarının düştüğünü rapor etmişlerdir (51). Thiele ve arkadaşlarının kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda HİP’in hastanede kalış süresi, komplikasyonlar ve direkt maliyet üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada, hem açık hem de laparoskopik ameliyat geçiren hastalarda HİP’in uygulanmasının hasta memnuniyetini arttırdığı, hastanede kalış süresini, komplikasyon oranlarını ve maliyetleri azalttığını bildirmişlerdir (66). Cortez ve arkadaşları, 2015-2018 yılları arasında tek bir kurumdaki tüm elektif kolorektal rezeksiyonlar üzerine retrospektif bir çalışma yapmış ve HİP’in uygulanmasından önce ve sonra kolon ve rektum cerrahisi hastalarını ayrı ayrı karşılaştırmışlardır. Araştırmacılar bu çalışmada hem kolon hem de rektum cerrahisi geçiren hastalar için HİP’in düzenli beslenmeye geçiş süresini, hastanede kalış süresini ve ayrıca narkotik kullanımını azalttığını belirtmişlerdir (16).

Cerrahi girişimler, hastadan hastaya farklılık gösterse de, birey üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden travmalara sebep olmaktadır (80). Hastalar çeşitli fiziksel ve psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunlar da hastanın konforunun bozulmasına sebep olmaktadır (79,73). Cerrahi girişimin başarı oranını etkileyen ve hastanın iyileşme sürecinde önemli bir rol oynayan en önemli faktörlerden birisi ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakımın özenli ve nitelikli bir biçimde gerçekleştirilmesidir (43). Cerrahi hastalarının iyileşme sürecinde oldukça önemli olan enfeksiyonların, basınç yaralarının, düşmelerin, ilaç uygulama hatalarının önlenmesi

ve hasta şikayetlerinin azaltılması, hastanın konforunun ve hemşirelik bakımı memnuniyetinin olabildiğince artırılması bakım kalitesinin başlıca göstergeleri olarak ifade edilmektedir (80). Bu bağlamda, hastaların konfor durumunu değerlendirmek ve konfor müdahaleleri sağlamak hemşirelik uygulama ve araştırmasının temel taşlarından birisi ve kaliteli bakımın bir parçası olarak görülmektedir. Konfor yaşam kalitesine yönelik oldukça önemli bir unsurdur ve özellikle hemşireler olmak üzere sağlık bakım profesyonelleri tarafından gerçekleştirilen müdahalelerin çoğu konforu artırma amacını taşımaktadır (68).

Kolorektal cerrahi için hazırlanan hızlandırılmış iyileşme protokollerinde yer alan yaklaşımların çoğunda hemşirelik uygulamalarının yer aldığı görülmektedir (23). Hemşire, bu protokolleri uygulayarak özellikle hastada cerrahi stres tepkisinin azaltılmasında, normal diyete dönmesinde, erken mobilize olmasında ve olabildiğince erken rehabilitasyonunda rol almaktadır (59,20). Dolayısıyla protokol kapsamında gerçekleştirilen her bir uygulama hastanın konforunun artmasına katkı sağlama amacı taşımaktadır.

Yapılan araştırmalar kolorektal cerrahide Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri gibi cerrahi tedavi ve bakıma yönelik güncel yaklaşımlar ve kanıta dayalı uygulamaların kullanımının cerrahi sonrası iyileşmeyi hızlandırabileceği ve cerrahiye bağlı ölümleri azaltabileceğini göstermektedir. Bu bağlamda bu tez çalışması cerrahi girişimlerde Hızlandırılmış İyileşme Protokolü'nün kullanılmasının hastanın yaşam kalitesini ve konforunu artırmada etkili olabileceği düşüncesinden yola çıkılarak planlanmıştır. Literatür incelemesi yapıldığında konunun önemine rağmen ülkemizde doğrudan cerrahi sonrası hemşirelik bakım uygulamalarının konfor düzeyine etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma kolorektal cerrahi geçiren hastalarda hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulanmasının hastaların konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kolorektal Kanserler

Kolorektal kanser kolon veya rektumda başlayan kanser türüne verilen isimdir. Bu kanserler başlangıç yerlerine bağlı olarak kolon kanseri veya rektum kanseri olarak adlandırılmaktadır. Ortak birçok özelliğe sahip oldukları için kolon kanseri ve rektum kanseri bir arada gruplandırılmaktadır (6).

4.1.1. Epidemiyoloji

Kolorektal kanserler (KRK) dünya genelinde yaygın olarak görülen kalın bağırsak hastalıklarındandır. Başta Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa ve diğer Batı ülkelerinde olmak üzere dünyada, kanserle ilişkili morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerinden biridir (28,21). Kolorektal kanserlerin %10-15'i inen kolonda, %5-10'u transvers kolonda, %15-20'si çıkan kolon ve çekumda ve %55-60'ı rektosigmoid kolonda yerleşim göstermektedir (17). Kolorektal kanserlerin yaklaşık üçte biri rektum kanseridir (64).

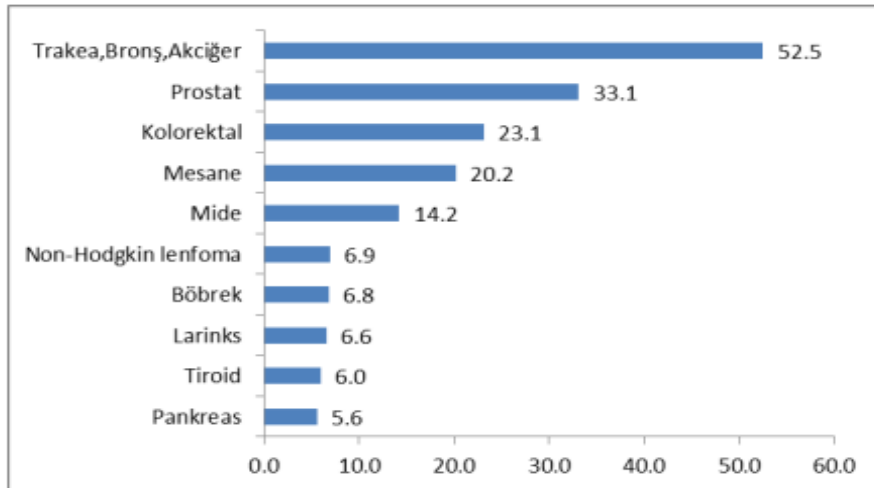
Dünyada en sık görülen kanserler arasında üçüncü sırada yer alan KRK, erkeklerde en sık görülen üçüncü, kadınlarda ise en sık görülen ikinci kanser türüdür (21). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) dünya genelindeki kanser oranlarına göre her yıl ortalama 1 milyon yeni olgu ve 500 bin ölüm rapor edilmektedir (60,28,70). ABD'de, meme ve akciğer kanserinden sonra kadınlarda, prostat ve akciğer kanserinden sonra erkeklerde gelişen ve ölüme yol açan kanserler arasında üçüncü sırada yer almaktadır. İnvazif KRK görülme riski, yaşla birlikte artmaktadır. Olguların %90'ı 50 yaşından sonra ortaya çıkarken en sık rastlandığı yaş grubu 60'lı ve 70'li yaşlardır (28). Amerikan Kanser Derneği'nin ABD'de 2020 yılı için kolorektal kanser vakalarına dair tahmini kolon kanseri için 104.610 ve rektum kanseri için 43.340'tır. Yine 2020 yılı için kolorektal kanserlerin yaklaşık 53.200 ölüme sebep olacağı tahmin edilmektedir (7). Avrupa'da ise 2020 yılı verilerine göre kadınlarda ikinci (%12,2) erkeklerde üçüncü

(%13,2) en sık görülen kanser türü olan kolorektal kanserlerin 156.105 kişinin hayatını kaybetmesine neden olacağı tahmin edilmektedir (32).

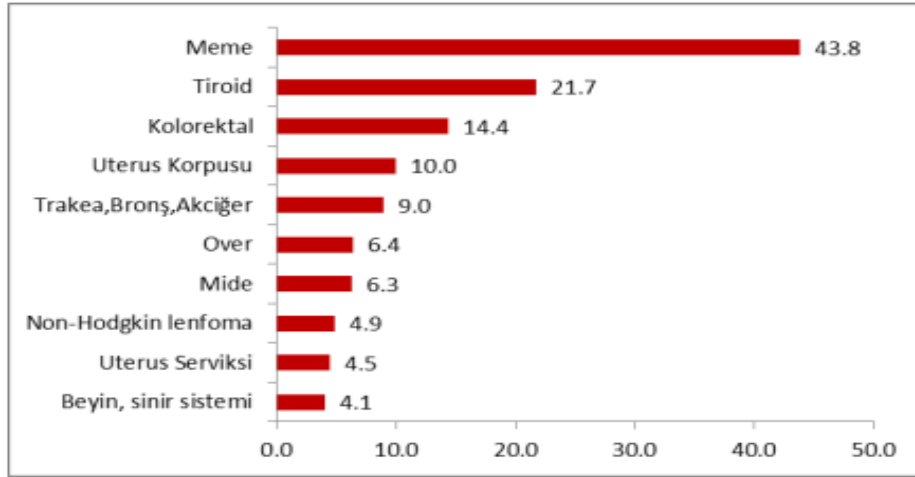
KRK'nin, yaşla beraber her iki cinsiyette de görülme sıklığı artmaktadır ve özellikle 75 yaş üzerinde her iki cinsiyette sık görülen kanser türüdür (28,70). KRK tanısı hastaların sadece % 40'ında erken evrede (lokalize hastalık evresi) konulmaktadır (71,40).

KRK insidansı açısından yüksek risk grubuna giren ülkeler Kuzey Amerika, Avrupa ve Avustralya'da yer alan ülkeler, düşük riskli ülkeler ise Afrika, Asya ve Güney Amerika'da yer alan ülkeler olarak belirlenmiştir. Avrupa ülkeleri arasında ise, Batı Avrupa ülkelerinde risk daha yüksek Güney Avrupa ülkelerinde daha düşük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, KRK gelişim riskinin kırsal kesime göre kentsel bölgelerde daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (28, 40).

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından 2015 yılı itibariyle yayınlanan verilere göre (Şekil 1, Şekil 2), KRK, ülkemizde erkeklerde yüz binde 23,1 kadınlarda yüz binde 14,4 görülme sıklığı ile hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır (41). İnsidanstaki bu farklılıklar coğrafya, diyet ve çevresel faktörler ile açıklanmaktadır (60).



Şekil 1. Erkeklerde En Sık Görülen 10 Kanserın Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)



Şekil 2. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)

ABD’de uygulanan KRK ile ilgili insidans, mortalite ve sağkalım eğilimlerini belirlemeye yönelik *Survey of Epidemiology and End Results* (SEER) programından elde edilen verilere göre, KRK insidansı geçmiş 30 yıl boyunca nisbeten stabil kalmış, ancak son on yılda insidanda ve mortalitede bir azalma eğilimi gözlenmiştir. Mortalitedeki azalma, son dönemde etkin koruyucu tedbirlerin yaygın kullanımına, sigmoidoskopi ve polipektominin daha çok uygulanması, iyi preoperatif evreleme, geniş rezeksiyon uygulama, modern anestetik tekniklere, destek bakıma bağlanmıştır (28,60).

4.1.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

KRK gelişiminde hem genetik faktörler hem de çevresel faktörler rol oynamaktadır (60). Hastalığın etiyolojisinde cinsiyet, ileri yaş, adenomlar, genetik faktörler ve aile öyküsü (familial adenomatoz polipozis ve diğer otozomal dominant gastrointestinal polipozis sendromları), obezite, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları, kronik inflamatuvar bağırsak hastalıkları, radyasyon, diyabetes mellitus gibi eşlik eden bazı kronik hastalıkların varlığı rol oynamaktadır (70,72). KRK aile öyküsü ve diğer risk faktörlerinin etkin bir şekilde değerlendirilmesi ve gaitada gizli kan, sigmoidoskopi, kolonoskopi vb. seçiciliği ve duyarlılığı yüksek tarama

programlarıyla erken dönemde yakalanabilen ve tedavi şansı yüksek bir hastalıktır (70).

Ülkemizde her iki cinsiyet için yaşam boyu KRK gelişme riski % 13.2 civarındadır (70). KRK'nın cinsiyete göre dağılımında farklı sonuçlar mevcuttur. Her iki cinsiyet açısından oranların yakın olduğu bildirilse de, kolorektal kanserlerin epidemiyolojisi üzerine yapılan bazı çalışmalarda erkeklerde kadınlara göre daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (54).

Hasta yaşı, kolorektal kanser gelişiminde en önemli ekzojen faktördür. Araştırmalar KRK sıklığının yaşla arttığını göstermektedir (72). Vakaların sadece %5'i 40 yaşın altında görülürken, % 90'ı 50 yaşından sonra görülmektedir. Kırmızı et, işlenmiş et, etleri çok yüksek ısılarda pişirmek, 30 gr/gün'den fazla alkol tüketimi, tütün kullanımı, şişmanlık, karın bölgesinde yağlanma kolorektal kanser gelişiminde ortaya çıkan risk faktörleridir. Özellikle ülseratif kolitte veya Crohn hastalığında olmak üzere inflamatuvar bağırsak hastalıklarında kolorektal kanser gelişimi artmaktadır (2,8,21,41).

Kolorektal kanser gelişimi açısından en önemli risk faktörü kolorektal polip varlığıdır. Adenomatöz polipler kanserleşme açısından büyük riske sahiptirler. Kanserleşme riski polip sayısı, çapı ve histolojik yapısına bağlı olarak değişir. Dünyada görülen kolorektal kanserlerin çoğu sporadiktir, aile öyküsü olmadan ortaya çıkar ve genellikle yaşlıları etkiler (40).

Kolorektal kansere eğilim yaratan kalıtsal iki sendrom bilinmektedir. Bunlar genellikle Familial adenomatöz polipozis (FAP) zemininde gelişen kanserler ve herediter nonpolipozis kolorektal kanserlerdir (HNPCC) (2,40,41,6,63). Kolorektal kanserlerde görülen genetik değişiklikler protoonkogenlerde değişiklikler, tümör baskılayıcı gen aktivitesinin kaybı ve DNA onarımına katılan genlerdeki anormallikler olmak üzere üç ana başlık altında incelenmektedir (40).

Fiziksel aktivite, süt ürünleri, meyve ve sebze tüketimi ve diyetteki lif içeriği ise koruyucu etki sağlamaktadır. Lifli besinler dışkı kütlesini artırmakta, böylece karsinogenleri ve tümör uyarclarını azaltmakta, mukoza ile temas azaltmakta ve atılımı hızlandırmaktadır. Selüloz bakteriyel enzimlerin düzeyini azaltarak karsinogen ve kokarsinogenlerin aktivasyonunu baskılamaktadır. Diyetteki kalsiyum ve D vitamininin de kolorektal kanser gelişme riskini azaltan faktörler arasında olduğu ifade edilmektedir (40,21).

4.1.3. Evrelendirme

Rektal karsinomlar ilk kez 1932 yılında patolojik olarak Dukes tarafından evrelendirilmiş ve sonra aynı sistem kolon karsinomları için de kullanılmıştır (39). Günümüzde evrelendirmede en çok TNM sınıflaması (Tablo 4.1) olmak üzere TNM ve Dukes evreleme sistemi kullanılmaktadır. Kolorektal kanserde doğru tedavi yönteminin seçilebilmesi için evrelendirme yapılmalıdır. Evrelendirme cerrahi explorasyon ve çıkarılan dokuların incelenmesiyle yapılmaktadır (40). TNM sınıflandırmasının hasta gruplarının prognozunu belirlemede daha iyi bir sınıflandırma olduğu ifade edilmektedir (39).

Tablo 4.1. TNM Evrelendirme Sistemi (63)

Tümör Evresi (T)	AÇIKLAMA
X	Kolon ya da rektumda tümörün olup olmadığı araştırılmamış
T0	Kolon ya da rektumda tümör araştırılmış ama tespit edilememiş
Tis	Karsinoma in situ
T1	Tümör submukozayı invaze etmiş
T2	Tümör muskularis propriayı invaze etmiş
T3	Tümör peritonla kaplı kısımlarda subserozaya ulaşmış, peritonla kaplı olmayan kolon ve rektum kesimlerinde ise perikolik ve perirektal dokuları invaze etmiş
T4	Tümör direk olarak diğer organları invaze etmiş ya da peritonu delmiş
Lenf Nodu Evresi (N)	AÇIKLAMA
Nx	Bölgesel lenf nodu tutulumu araştırılmamış
N0	Lenf nodu metastazı yok
N1	1-3 perirektal ya da perikolik lenf nodu metastazı
N2	4 ve fazla perirektal ya da perikolik lenf nodu metastazı
N3	Ana <u>vasküler</u> yapıların çevresindeki lenf nodlarına metastaz
Uzak Metastaz (M)	AÇIKLAMA
Mx	Uzak metastaz araştırılmamış
M0	Uzak metastaz yok
M1	Uzak metastaz var

4.1.4. Klinik Bulgular ve Tanı

Kolorektal kanserlere ait semptomlar hastalık lokal olarak ilerlediğinde ortaya çıkmaktadır (2). Kolon kanserinde en sık karşılaşılan klinik bulgular; karın ağrısı, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik, hematokezya, güçsüzlük, anemi ve kilo kaybıdır ve yerleşim yerine, büyüklüğüne ve metastaz varlığına göre değişiklik gösterir (39, 60). Erken dönemde hasta asemptomatik olabilir veya yalnızca karında belirsiz bir

şişkinlik ve ağrı olabilir. Rektal yerleşimli tümörlerde bağırsak alışkanlığında değişikliğin yanı sıra rektal dolgunluk, kanama ve tenesmus izlenir (2,64,60). Sol kolonda yerleşmiş tümörlerde kronik kan kaybına bağlı anemi, halsizlik, kilo kaybı ve abdominal kitle gibi eşlik eden bulgular görülebilir (60). Sağ kolon yerleşimli tümörlerde ise kanama ve anemi daha sık görülmektedir (2).

Tanıya yönelik olarak kolorektal kanser taramalarında başvurulan testler görsel testler ve dışkı testleri olarak gruplandırılmaktadır (9). Yapısal testler açısından bakıldığında tanıda kolonoskopi en uygun yöntemdir. Kolonoskopi ile kanser ya da öncü lezyonları doğrudan görerek saptamak ve lokalizasyonu tam olarak belirlemek mümkündür. Kolonoskopi sırasında biyopsi alınabilir veya uygun görüldüğü takdirde lezyon endoskopik olarak tamamen alınabilir (60). Kolonoskopi dışında baryumlu çift kontrast kolon grafisi, fleksibl sigmoidoskopi, BT ve MR, dışkı testleri –gaitada gizli kan testi, dışkı DNA testi- tanıda kullanılan yöntemler arasındadır (60,40,9,39). Rektum kanserleri açısından rektosigmoidoskopi ve fleksibl sigmoidoskopi semptomatik hastalarda biyopsi olanağı sağlayan en uygun tanı yöntemidir (64).

4.1.5. Tedavi Yöntemleri

Kolorektal kanserli hastalarda tedavi yöntemleri tümörün kolon ve rektumdaki yerleşim yerine, boyutuna, evresine, tıkanıklık, delinme, kanama gibi hastanın tümör komplikasyonlarıyla acil başvurularına bağlı olarak belirlenir (4,63,64). Başlıca tedavi yöntemi cerrahi olup diğer yöntemler arasında kemoterapi ve radyoterapi yer almaktadır (39,40,63,64).

Kemoterapi ve Radyoterapi

Kemoterapi kolon kanserlerinde adjuvan amaçlı veya metastatik tümörlerde tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Kolon karsinomları genellikle radyorezistan kabul edilmelerine rağmen yüksek riskli evre II ve tüm evre III kolon kanseri olan hastalara hastalığın lokal kontrolü açısından ameliyat sonrası radyoterapi de kullanılmaktadır (40). Radyoterapi özellikle ileri evrelerde ağrı palyasyonu açısından faydalı bir yöntem olarak görülmektedir (39). Rektal kanserli hastalarda lokal nüks ve metastazların en

aza indirgenmesi için ameliyat öncesinde radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonu verilebilir. Ayrıca radyoterapi rezektabl olmayan tümörlerin rezekte edilebilir boyutlara indirilebilmesi amacıyla da kullanılabilir (40).

Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Cerrahi, kolon ve rektum kanserlerinde temel tedavi yöntemidir (39,64). Cerrahi girişim küratif ya da palyatif olabilir. Yöntem tümörün yerleşim yerine ve büyüklüğüne bağlı olarak belirlenir (40,63). Cerrahi girişimde temel amaç, etkilenen bağırsak segmentini ve lenfatik drenajını tamamen çıkarmaktır. Kolorektal cerrahide mümkün olduğu sürece sfinkter cerrahi uygulanır. Ama tümörün büyüklüğü, yeri ve yayılma derecesine bağlı olarak gerekli görüldüğünde kalıcı veya geçici kolostomi veya ileostomi açılması gerekebilir (40).

Kolorektal tümörün lokalizasyonuna göre uygulanan cerrahi girişimler;

Sağ Kolon Tümörlerinde:

- Küçük tümörler için sağ hemikolektomi
- Büyük ve yayılmış tümörler için çıkan kolonda kolostomi veya ileostomi
- Çekostomi

Sol Kolon Tümörlerinde:

- Küçük tümörler için sol hemikolektomi
- Büyük tümörler için inen kolonda kolostomi

Sigmoid Kolon Tümörlerinde:

- Küçük tümörler için sigmoid kolektomi
- Büyük tümörler için sigmoid kolonda kolostomi
- Büyük tümörler veya anüse yakın kısımlardaki tümörlerde abdominoperineal rezeksiyon ve kolostomi (anüs ve rektum tamamen çıkartılır)

Rektum Tümörlerinde:

- Anastomoz ile birlikte rezeksiyon ya da pull-through prosedürü (normal boşaltımın ve anal sfinkterin korunması)
- Kolon rezeksiyonu ile birlikte geçici kolostomi
- Abdominoperineal rezeksiyon ile birlikte kolostomi (40).

Rektosigmoid ve rektum kanserleri kolorektal kanserler arasında her evrede sağ kalımın en olumsuz olduğu tümörlerdir (64). Kolon-rektum kanserlerinde beş yıllık sağ kalımı belirleyen en önemli faktör hastalığın evresidir (2,39). Hastalığın ilerlemesini belirleyen diğer faktörler, tümörün invazyon derinliği, lenf nodu tutulumu, uzak organ yayılımı, tümörün vasküler ya da lenfatik invazyonu, karsinoembriyonik antijen yüksekliği ve cerrahi sınırdır (2, 39).

4.2. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü

Hızlandırılmış iyileşme protokolü ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmak için ortaya çıkarılan kanıta dayalı multimodal bir bakım modelidir. Genellikle Avrupa’da ameliyat sonrası iyileşmenin hızlandırılması (Enhanced Recovery After Surgery, ERAS), Amerika’da hızlandırılmış süreç fast-track cerrahi (FTC), Türkiye’de ise hızlandırılmış iyileşme protokolleri (HİP) olarak adlandırılmaktadır (69,25).

Komplikasyonsuz majör cerrahi işlemlerden sonra parenteral analjezik ve sıvı ihtiyacı ile mobilizasyondaki kısıtlamalar hastanın hastanede kalış süresini belirleyen faktörlerdir. Yakın geçmişte elde edilen bazı sonuçlar, hastanın normal işlevlerine dönüş ve hastanede kalış süresi kısaldıkça komplikasyon oranının da azaldığını rapor etmektedir. Hasta normal vücut fonksiyonlarına ne kadar hızlı dönerse, hastanede kalış süresi de o kadar azalacağı için cerrahiden kaynaklı gelişecek fonksiyon kaybını minimuma indirmek temel amaç olarak ortaya çıkmaktadır. Bunun sağlanabilmesi için multimodal bir yaklaşıma ve gelenekselleşmiş uygulamalardan kanıta dayalı değişimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle bu durumun ve sonuçlarının bilimsel bir protokol çerçevesinde incelenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla 2001 yılında Kuzey Avrupa ülkelerinden beş merkezin -İskoçya, İsveç, Danimarka, Norveç ve Hollanda- bir araya gelmesiyle bir çalışma grubu oluşturulmuştur. Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme (ERAS) olarak adlandırılan bir protokol geliştirilmiş ve bu merkezlerde uygulanmaya başlamıştır (27). Başlangıçta elde edilen başarılı sonuçlardan dolayı uygulamalar, dünya genelinde kabul görmüştür (45). Günümüzde de bazı merkezler eski klasik bakım protokollerini HİP ile değiştirmeye başlamışlardır. Ancak, protokol sadece kolon cerrahisi üzerine geliştirildiği için diğer cerrahi

girişimler ile ilgili benzer protokollerin geliştirilmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır (27). HİP zamanla birçok cerrahi birim tarafından uygulanmaya başlamıştır (20).

Kolon cerrahisinde fast-track terimi ilk olarak Henrik Kehlet tarafından kullanılmıştır. Kehlet, yukarıda da ifade edildiği üzere, majör kolon ameliyatı geçiren hastaların rehabilitasyon sürecini hızlandırmak için FT veya ERAS olarak bilinen multimodal bir program tasarlamıştır (56). Fast-track kolon cerrahi programı daha az komplikasyonla, daha az maliyetle, daha az postoperatif ağrı ile, daha az hastanede kalış süresi ile, işe ve normal aktivitelere daha hızlı dönüş ile sonuçlanan ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası teknikleri kapsayan global bir perioperatif bakım paketidir. Fast-track programların sonuçları önemli avantajların varlığını göstermiştir (18). Bu fast-track protokollerinin faydaları, güvenliği ve maliyet etkinliğinin geçerliliği çoklu randomize kontrollü çalışmalarda test edilmiştir (22).

Kısaca, HİP'in temel felsefesi, "Hastamın bir gün önce eve gitmesini engelleyen sebep nedir?" sorusunu sorarak cerrahi travmanın sebep olduğu metabolik stresi azaltmak, ameliyat sonrası mortalite ve morbiditeyi azaltmak ve hastaların hızlı bir şekilde iyileşmelerini sağlayan işlevlerin geri dönüşünü desteklemektir (25, 33,56,20,39). Başka deyişle HİP, cerrahiye bağlı travmanın cerrahi süreç boyunca bireylerde sebep olduğu organ fonksiyon bozuklukları ve psikolojik sorunları engelleyerek bu süreci standardize etmek ve en iyi tedavi ve bakımı sağlayarak bireyi en kısa sürede taburcu etmek şeklinde tanımlanmaktadır (20).

HİP'in uygulanmaya başlamasıyla birlikte yapılan araştırmaların sonuçları araştırmacılar tarafından incelenmiş ve ortak sonuçlara dayalı olarak cerrahi bakım sürecini içeren bileşenler sıralanmıştır. Çalışmalar bağlamında cerrahi bakım sürecini etkileyen yaklaşık 20 bakım kriteri ortaya konulmuştur (11,14,18,20, 23,24,25,38,59,69,77).

ERAS Türkiye Derneği sadece kolorektal cerrahi için değil çeşitli bilim dallarına özgü ERAS kılavuzları geliştirildiği için hepsinde ortak olan unsurları bir araya

getirmiş ve temel bileşenleri bağlamında bu yaklaşımları aşağıdaki şekilde tabloştırmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 ERAS Protokollerinin Temel Öğeleri (26)

Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sırası	Ameliyat Sonrası
Hastanın bilgilendirilmesi	Anestezi protokolü	Nazogastrik sondanın kullanımı
Prehabilitasyon		
Preoperatif barsak temizliği	Cerrahi kesilerin seçimi	İdrar kateteri
Preoperatif açlık	İntraoperatif hipotermimin önlenmesi	Kan şekeri yönetimi
Beslenme durumunun değerlendirilmesi ve gerekirse nütisyonel destek	Postoperatif bulantı ve kusmanın multimodal yönetimi	Gastrointestinal motilitenin uyarılması
Preoperatif optimizasyon	Perioperatif sıvı yönetimi	Postoperatif analjezi
Anestezi öncesi medikasyon	Drenlerin kullanımı	Postoperatif beslenme
		Erken mobilizasyon
Tromboemboli profilaksisi		Taburcu
Antimikrobiyal profilaksi		Takip ve sonuçların denetimi
Ameliyat yerinin hazırlığı		

Son yıllarda yapılan çalışmalar ve elde edilen kanıtlar, ameliyat öncesi bağırsak hazırlığı, nazogastrik tüplerin kullanımı, ameliyat sonrası dren yerleştirme, zorunlu yatak istirahati, sıvı ve besin kısıtlaması gibi cerrahi bakıma yönelik birçok geleneksel yaklaşımın gereksiz olduğu ve hatta zararlı olduğunu göstermiştir. Hızlandırılmış iyileşme uygulamalarının benimsenmesi ameliyat sonrası iyileşmenin hızlandırılabilirliğini göstermiştir. Hızlandırılmış cerrahi anestezi, analjezi, cerrahi stresörlerin azaltılması, sıvı dengesi, beslenme, ambulasyon ve minimal invazif cerrahinin de dâhil olduğu alanlarda kanıta dayalı uygulamaların kapsamlı bir şekilde

uygulanması ile iyileşmeyi hızlandırmaya ve morbiditeyi azaltmaya odaklanmaktadır. Günümüzde özellikle kolorektal cerrahi başta olmak üzere ameliyatın kapsamına, ASA sınıflamasına ve cerrahi riske bakmaksızın tüm yetişkin hastalar için HİP'in rutin kullanımını destekleyen birçok çalışma mevcuttur (76). Kolorektal cerrahi hastalarında hızlandırılmış iyileşme programlarına odaklanan randomize kontrollü çalışmaların bir meta analizi spesifik olarak hastanede kalış süresinin ortalama 2.4 gün azaldığını ortaya çıkarmıştır (66).

Ayrıca, geleneksel cerrahi bakım ile ağrı, stres, immobilizasyon ve ileus gibi faktörlerin majör elektif açık kolorektal ameliyatların ardından 10 günden fazla kalış süresine ve %45-48 komplikasyon oranlarına yol açabildiği görülmüştür. Khuri ve arkadaşları, majör cerrahiye giren 100.000'in üzerinde hastadan topladıkları verileri analiz etmiş ve Ulusal Cerrahi Kalite İyileştirme Programı (NSQIP) veri tabanında toplanan 22 tür komplikasyondan herhangi birinin ortaya çıkışını takiben 10 yılda hastanın hayatta kalma medyanını %69 azalttığını göstermiştir. Komplikasyon gelişen hastaların bakım maliyeti de yükselmektedir. Cerrahi bir komplikasyonun ortalama maliyetinin 10.000 ABD doları olduğu tahmin edilmektedir. Araştırma HİP'in ameliyata yönelik stres tepkisini azalttığı, majör cerrahilerde komplikasyonları azalttığı, hastanede yatış süresini ve sağlık bakımı giderlerini azalttığını göstermiştir (51).

Gustafsson ve arkadaşlarının, 2019 yılında yayınladıkları "Elektif Kolorektal Cerrahide Perioperatif Bakım için Kılavuz: HBP (ERAS Society) Topluluğu için Öneriler" başlıklı makalelerinde 2012 ve 2018 yılında yayınlanan kılavuzları temel olarak ERAS maddelerini kanıtların niteliği açısından karşılaştırmışlardır (38). Buna göre, 2018 kılavuzuna 2012 kılavuzunda yer almayan 4 madde eklenmiştir: Ameliyat öncesi beslenme bakımı, anemi yönetimi, ameliyat öncesi ve sonrası sıvı-elektrolit tedavisidir. Ameliyat öncesi bilgilendirme, rehabilitasyon, bulantı ve kusmanın önlenmesi, cerrahi erişim ile ilgili maddeler için kanıt düzeyinin arttığı görülmüştür. Diğer taraftan, anestezi öncesi ilaç tedavisi, ameliyat öncesi açlık süresi ve KH tedavisi, tromboemboli profilaksisi ile ilgili kanıt düzeyinin de düştüğü görülmektedir. Bunların dışında antimikrobiyal profilaksi ve cilt hazırlığında intravenöz antibiyotik

kullanımı için kanıt düzeyi hala yüksekken bağırsak hazırlığı olmaksızın oral antibiyotik kullanımı için kanıt düzeyinin düşük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ameliyat sonrası ileustan korunma konusunda sakız çiğneme ile ilgili kanıtların sınırlı olduğu ifade edilmiştir (24). Kehlet, yapılan çalışmalar ve meta analizler bağlamında kanıta dayalı ERAS protokolü uygulanmasının geleneksel bakıma kıyasla sonuçlarını ile süresinin azalması, kas gücü, egzersiz kapasitesi veya yağsız vücut kütlelerinin iyileşmesi ve gelişmesi, oral enerji ve protein alımının iyileşmesi, kardiyopulmoner morbiditenin azalması, hastanede kalış süresinin azalması, yeniden hastaneye yatma oranında bir etkisinin olmaması, ameliyat sonrası iyileşme süresinin kısalması ve maliyetlerin azalması olarak ifade etmiştir (44).

Hızlandırılmış iyileşme protokolleri, cerrahi hastasının beklentilerinin yönetimine yönelik bir yaklaşım olduğu için cerrahlar, anestezi uzmanları, hemşireler ve hastane yöneticileri vb. olmak üzere sağlık bakım ekibinin tüm üyelerinin başarılı bir şekilde örgütlenmesini ve desteğini gerektiren çok disiplinli bir uygulamadır (22). Cerrahi hemşireleri bu program kapsamında ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası olmak üzere cerrahi tedavi sürecinin her aşamasında gelişmiş teknik bakım, bakımın uygulanması ve düzenlenmesi konularında aktif bir rol oynar (20,69). Bundan dolayı cerrahi hemşiresi HİP kapsamında yer alan bağımlı ve bağımsız rollerini iyi bilmeli ve bunları hastalara yansıtabilmelidir (20).

4.3. Kolorektal Cerrahide Hemşirelik Bakımı

Hemşireliğin profesyonel bir disiplin olarak temel amacı hasta bakımını sağlamaktır (68). Cerrahi hemşireliği ameliyat olacak hastanın ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ve sonrası bakımını içeren hasta bakım uygulamalarını kapsamaktadır (79). Cerrahi uygulamalar hastalarda korku, ağrı, enfeksiyona yatkınlık gibi fizyolojik ve psikolojik değişimlere sebep olmaktadır. Hastaların bu değişimlere hazırlanmaları ve baş edebilmeleri için kaliteli hemşirelik bakımına gereksinimleri vardır. Cerrahi hastalarının iyileşme sürecinde önemli olarak görülen enfeksiyonların, basınç yaralarının, düşmelerin, ilaç uygulama hatalarının önlenmesi ve hasta şikayetlerinin azaltılması, hastanın mümkün olduğunca konforunun ve bakım memnuniyetinin

artırılması bakım kalitesinin başlıca göstergeleri olarak ifade edilmektedir (80). Bu bağlamda, hemşirelik bakımında hızlandırılmış iyileşme protokollerinin uygulaması hemşireliğin gelişimi, yeni politika ve prosedürlerin geliştirilmesi ve kullanımı açısından önemli faydalar sağlamaktadır.

İlk olarak kolorektal cerrahi için geliştirilen bu protokoller kapsamında ameliyat öncesi bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık, ameliyat öncesi hastayı en iyi duruma getirme gibi protokolda yer alan maddelerin çoğunda hemşirelik uygulamalarının yer aldığı görülmektedir (23,69). Cerrahi hemşireleri cerrahi deneyimin üç ayrı dönemi sırasında cerrahi hastalarına bakım sağlamada aktif bir rol oynar. Bu dönemler ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası bakım olarak ifade edilmektedir. Ameliyat öncesi dönem hasta ameliyat konusunda bilgilendirildiğinde ve ameliyatı kabul ettiğinde başlar. Bu evre hastaneye yatmadan önce ve sonra ameliyat hazırlığını içerir. Hasta ameliyat masasına transfer edildiğinde son bulur. Ameliyat sırası dönem hasta ameliyat masasına transfer edildiğinde başlar ve anestezi sonrası bakım ünitesine transfer edildiğinde sona erer. Bu dönemde hemşirelik faaliyetleri hastanın güvenliği, duygusal destek, işlemin kolaylaştırılması, enfeksiyonun önlenmesi ve hastanın anesteziye yönelik uygun fizyolojik tepkisi ve cerrahi müdahaleye odaklanır. Ameliyat sonrası dönem hastanın iyileşme ünitesine transferi ile başlar ve işlevlerine en üst düzeyde geri dönüş sağlanmasıyla sona erer. Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik girişimleri hastanın fizyolojik sistemlerinin desteklenmesine odaklıdır. Cerrahi hemşiresi bakım süreci boyunca cerrahi hastasının gereksinimlerini karşılar. AORN, Perioperatif Hasta Odaklı Model cerrahi hemşiresinin ilgilenmesi gereken dört spesifik alan tanımlamaktadır. Bunlar hasta güvenliği, fizyolojik cevap, davranışsal tepkiler ve sağlık sistemidir (36).

Multidisipliner yaklaşımda, hem fizyolojik hem duygusal ihtiyaçların giderilmesi konusunda hemşirelik bakımı temeldir (3,20,23). Hemşirelerin bağımlı ve bağımsız rollerini kapsayan uygulamaları içeren HİP'de hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları bellidir. Bu bağlamda hemşire hastanın stresinin azaltılmasında, normal diyeteye dönmesinde, erken mobilizasyonunda ve erken rehabilitasyonu için psikolojik destek sağlanmasında özetle cerrahi sürecin izlenmesinde önemli rol

almaktadır (20, 59). Bu nedenle cerrahi servislerde genel hemşire yapılanmasına çok dikkat edilmelidir çünkü hemşirelerin eğitim seviyesi postoperatif morbidite ve mortaliteye önemli şekilde etki etmektedir (3). Bu nedenle cerrahi hemşiresi cerrahideki sahip olduğu bilgilerin yanı sıra yeni yaklaşımları yakından takip etmeli ve bilgisini güncel tutup hastalarına yansıtmalıdır (20). Ancak daha etkin bir perioperatif iyileşme için anestezi uzmanı, cerrah, cerrahi hemşiresi ve fizyoterapistin içinde bulunduğu, işbirliği içerisinde çalışan çok disiplinli bir ekip gerektiği unutulmamalıdır (3).

Literatür incelemesi yapılarak hızlandırılmış iyileşme protokollerinde yer alan hemşirelik bakımı yaklaşımları ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemler baz alınarak açıklanmıştır (11,14, 23,34,38, 46,74,59,69).

4.4. Ameliyat Öncesi Bakım

Ameliyat öncesi dönem hasta ameliyatın gerekliliği konusunda bilgilendirildiğinde ve cerrahi girişim için kararı verildiğinde başlayan ve ameliyathaneye gönderilinceye kadar geçen süreçteki dönemi içermektedir (36,79). Bu evrede hastaneye girişten cerrahi girişime kadar hastanın bireysel gereksinimlerine göre belirlenen ameliyat öncesi hazırlık ve bakımı içermektedir (79). Hızlandırılmış iyileşme protokolleri kapsamında cerrahi hemşirelerin uygulaması gereken bakım yaklaşımları aşağıda açıklanmıştır.

Ameliyat öncesi eğitim

Ameliyat öncesi hazırlıklar, hasta eğitimi ve preoperatif değerlendirme olarak iki kısımda ele alınmaktadır. Hasta eğitimi kapsamında, HİP'in tüm avantajlarını elde edebilmek için hastalara işlem sırasındaki perioperatif bakımlarıyla ilgili hem yazılı hem sözlü bilgi verilmesi önemlidir. Bu bilgilendirme kapsamında, hastanın endişelerini giderme, hastanede kalacağı süre, ameliyat öncesi hazırlık, ağrı, ağız yoluyla beslenme ve ameliyat sonrası karşılaşılabilecek durumlar ve kısıtlamalarla ilgili bilgileri içermelidir (3,23). Verilen bilgiler açık ve net olmalı, hasta her şeyi iyice anlamalı, beslenme ve mobilizasyona aktif bir şekilde katılabilmelidir. Yani hastanın kendisinin iyileşmede nasıl bir rol üstlendiğini anlaması önemlidir (1). Bu eğitsel

çabaların hastanın endişe düzeyini ve ağrı kesici ihtiyacını azalttığı, ameliyat sonrası daha hızlı iyileşme sağladığı, kişisel bakım, fizyolojik ve psikolojik durumunda iyileşme sağladığı, ameliyat sonrası komplikasyonları ve hastanede kalış süresini azalttığı çok sayıda araştırma ile desteklenmektedir (3,79). Preoperatif değerlendirme kapsamında herhangi bir ameliyattan önce kronik sağlık sorunları olan hastalarda organ fonksiyonları güncel öneriler doğrultusunda en iyi duruma getirilmelidir. Ameliyat sonrası solunum ve yara iyileşmesi komplikasyonlarını azaltmak için ameliyat öncesi dönemde en az 4 hafta önce sigaranın bırakılması gerektiği belirtilmelidir. Daha kısa süreler daha az fayda sağlayabilir (38).

Ameliyat öncesi beslenme

Hemşireler ameliyat öncesi dönemde hastaların kolorektal cerrahiye yönelik yayınlanan kılavuzlar çerçevesinde uygun bir şekilde aç kalmalarını sağlamalıdır (69). Ameliyat öncesi açlık süresinin en aza indirgenmesi gerekmektedir (59). Kılavuzlarda bu süre anestezi verilmeden önce sıvı gıdalar için iki saat ve katı gıdalar için altı saat olarak ifade edilmektedir (23, 38, 59,69).

Ayrıca, ameliyata girecek hastalara metabolik tokluk sağlaması için ameliyattan bir gece önceye kadar 800 ml, 2-3 saat öncesinde de 400 ml karbonhidrat yönünden zengin sıvı gıda takviyesi yapılmasının ameliyat sonrası iyilik halini artmasında, insülin direncinin azalmasında ve hastanede kalış süresinin anlamlı bir şekilde kısalmasında etkili olduğu ifade edilmiştir (23,39). Bu uygulama aynı zamanda kas kütlelerinin korunmasını sağlar ve ameliyat sonrası bulantı kusma ve mortalite oranını azaltır, ameliyat sonrası nitrojen ve protein kaybını da azaltır (59,69).

Mekanik bağırsak hazırlığı

Elektif kolon cerrahisinde mekanik bağırsak hazırlığının rutin olarak kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir. Mekanik bağırsak hazırlığı sistemik antibiyotik profilaksi ile hiçbir klinik avantaja sahip değildir, dehidrasyona ve konforsuzluğa sebep olabilir. Bu nedenle kolonoskopi planlanan hastalar dışında kolon cerrahisinde rutin olarak kullanılmamalıdır ancak rektal cerrahide kullanılabilir (38, 39). Ayrıca, bu hazırlığın kolon cerrahisi sonrası ileus gibi komplikasyonları artırabileceği ifade edilmektedir (59).

Premedikasyon

Ameliyat öncesi eğitim, hastanın cerrahi nedeniyle oluşan stresini, anksiyetesini anksiyolitik medikasyon ihtiyacı olmaksızın kabul edilebilir düzeye kadar azaltabilir. Ameliyat öncesi uzun veya kısa etkili sedatif ilaçlarla (özellikle benzodiyazepinler ve özellikle yaşlılarda) farmakolojik anksiyete gidericilerden kaçınılmalıdır (38). Yapılan araştırmalarda sedatif kullanımının ameliyat sonrasında iyileşme sürecini geciktirdiği ifade edilmektedir (39, 59).

Tromboemboli profilaksisi

Tromboemboli için risk faktörlerinin derin ven trombozu (DVT), kardiyovasküler hastalıklar, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve ameliyat sonrası hareketsizlik olduğu görülmüştür (69). Bu durumda hastalara ameliyat sonrası dönemde 28 gün boyunca pnömatik kompresyon çorapları giydirilmeli ve düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımı ile farmakolojik profilaksi sağlanmalıdır (39, 59,69).

4.5. Ameliyat Sırası Bakım

Cerrahi girişimin gerçekleştirilmesini kapsayan bu dönem hastanın ameliyathaneye girmesiyle başlar ve anestezi indüksiyonundan, hastanın ayılma odası veya yoğun bakıma transfer edilmesine kadar olan süreci içermektedir. Bu dönemde hemşirelik bakımı kişinin konforu, mahremiyeti ve psikolojik durumu ile ilgili tüm gereksinimleri kapsamaktadır. Cerrahi alanın kontrolü, asepsi, pozisyonlar ve güvenlik, fiziksel faktörlerin yanı sıra hastanın emosyonel iyilik haline odaklanır (53). Hızlandırılmış iyileşme protokolleri kapsamında cerrahi hemşirelerinin ameliyat sırası bakım kapsamında uygulaması gereken bakım yaklaşımları şunlardır:

Cerrahi kesilerin seçimi

HİP'e göre kesinin şekli ile ilgili bağlayıcı bir unsur olmamakla birlikte mümkün olan en kısa kesinin kullanılması gerektiği ifade edilmektedir (23,39). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme açısından bakıldığında açık kolorektal cerrahiye göre laparoskopik cerrahi sonrası hasta açısından travma ve psikolojik stresin daha az olduğu

görülmüştür. Kolon rezeksiyonları için laparoskopik ve transvers insizyon önerilmektedir (59).

Antimikrobiyal profilaksi ve cilt hazırlığı

Antibiyotik profilaksisi ameliyattan sonra yara yeri enfeksiyonlarını azaltmak için kullanılmaktadır (23). Kolorektal cerrahi geçirecek tüm hastalara tek doz uygulaması olarak ameliyattan 30-60 dakika önce rutin intravenöz anitibiyotik profilaksi verilmelidir. Ayrıca oral mekanik bağırsak hazırlığı alan hastalarda oral antibiyotik verilmelidir. Hemşirelerin ilaç uygulaması yaparken ilacın adı, nasıl hazırlanacağı, hangi sınıfta olduğu ve yan etkileri gibi konularda bilgili olması gereklidir (69). Cilt hazırlığında cilt antisepsisi için antiseptik olarak klorheksidin kullanılmalıdır (38, 59,69). Antiseptik yıkama, rutin tıraş gibi ileri düzey önlemleri desteklemede kanıtlar yetersizdir (38).

Standart anestezi protokolü

Kolon cerrahisinde kullanılacak en uygun anestezi yöntemi ile ilgili kesin bir veri olmamasına rağmen hastanın anesteziden hızlı bir şekilde uyanmasını sağlayacak standart kısa etkili anesteziklerin kullanılması, iyileşmeyi artırmak ve ameliyat sonrası deliryum riskini azaltmak için serebral izleme yapılması ve nöromuskular bloğun düzey ve tam evrilmesinin izlenmesi önerilmektedir (38,39). Hızlı başlangıçlı ve kısa süreli uçucu anestetiklerin, opiatların ve kas gevşeticilerin uygulanması ameliyat sonrası dönemde iyileşme süresini kısaltmaktadır (23). Laparoskopik kolon cerrahisinde torakal epidural analjezi kullanılması önerilmektedir. Kolorektal cerrahide epidural kateterler aracılığı ile sağlanan anestezi ve analjezi insülin direncini azaltmakta, gastrointestinal kanalın sempatik inhibisyonunu engellemekte ve böylece motiliteyi artırmakta, narkotik analjezik kullanımını gereksiz kılmaktadır (59).

Hipotermi önlenmesi

Otuz dakikadan daha fazla sürmesi beklenen tüm ameliyatlarda vücut sıcaklığı mutlaka monitörize edilmelidir (62). Hipotermi vücut ısısının 36 derecenin altına düşmesidir (53). Vücut sıcaklığı 32-36 derece olduğunda hafif, 28-32 derece olduğunda orta ve 28 derecenin altına düştüğünde ise ciddi hipotermi olduğu ifade

edilmektedir (69). Ameliyat sırasında normoterminin korunması ve hipoterminin önlenmesi için vücut ısısının 36 derecenin üzerinde tutulması ve bunun için uygun bir ısıtma cihazı ve ısıtılmış intravenöz sıvıların kullanılması önerilmektedir (59). Sıcak hava üfleme sistemleri kullanırken sıcaklık maksimum olmalı, vücut sıcaklığının 36°C ve üzerinde kalması sağlanmalıdır. Vücut sıcaklığı 37°C ve üzerine çıktığında aktif ısıtma sonlandırılmalıdır (62). Hipoterminin önlenmesi ile kolorektal kanser cerrahisi sonrası enfeksiyon riski, stres tepkisi, cerrahi alan enfeksiyonu, bağırsak hareketlerinin başlama süresi ve hastanede kalış süresi azalmaktadır (69).

Peritoneal Drenler

Hastanın mobilizasyonunu zorlaştıracak için rutin drenajın kullanılması önerilmemektedir (59). Drenlerin rutin kullanımı geleneksel bakımın bir parçasıdır ancak randomize çalışmalardan elde edilen veriler drenlerin rutin olarak kullanılmaması gerektiğini göstermektedir (44). Yayımlanan çalışmaların meta analizleri de benzer şekilde benign veya malign kolorektal hastalıklarda profilaktik drenajın hiçbir ek faydasının olmadığını göstermektedir (14,39). Peritoneal anastomoz lokasyonunun drenaj kullanımını etkilemediği, peritoneal refleksiyon altında anastomozlar için dren kullanılan kanserli veya benign kolorektal hastalığı olan hastaların dreni olmayan hastalarla kıyaslandığında aynı sızıntı, mortalite ve diğer komplikasyon oranlarına sahip olduğu görülmüştür (14). Ayrıca, drenler hastanın mobilizasyonunu engelleyebilmekte ve ağrı kontrolünü güçleştirmektedir (23,39).

Perioperatif intravenöz sıvı yönetimi

Ameliyat sırasında kardiyak fonksiyonlar izlenerek hastalara optimal düzeyde kolloid ve kristaloid olarak adlandırılan sıvılar verilmelidir (50,59). Bu uygulanan intravenöz sıvı yönetiminin amacı hastaların hastanede kalış sürelerinin azaltmak ve gastrointestinal fonksiyonlarının hızlı bir şekilde iyileşmesini sağlamaktır (39, 59).

4.6. Ameliyat Sonrası Bakım

Ameliyat sonrası dönem hastanın ameliyathaneden ayrıldığı andan taburcu oluncaya kadar geçen süreyi içerir. Bu dönemde bakım homeostatik dengenin yeniden

düzenlenmesine, hastanın kendi solunumunu sürdürmesine, ağrıyı kontrol altında tutmaya ve komplikasyonları önlemeye yöneliktir. Doğru girişimler ve dikkatli değerlendirme hastanın normal fonksiyonlarına hızlı, güvenli ve mümkün olduğunca konforlu bir şekilde ulaşmasını sağlar (31). Bu bağlamda HİP kapsamında cerrahi hemşirelerin ameliyat sonrası uygulaması gereken bakım yaklaşımları aşağıda açıklanmıştır.

Nazogastrik tüpler

Nazogastrik tüpler gastrik distansiyon ve kusmadan kaynaklanan ameliyat sonrası rahatsızlığı azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Ancak son dönemde elde edilen verilerin tümü NG tüplerin rutin kullanımının olumludan çok olumsuz etkilerinin olduğunu göstermektedir (38). Ameliyat esnasında takılan nazogastrik tüp hastanın oral beslenmesini geciktireceğinden hasta uyandığı zaman çıkarılmalıdır (23). Sıvı yüklemesi ve nazogastrik dekompresyondan kaçınılmalıdır (59). Nazogastrik tüpler pulmoner morbiditeyi arttırabileceğinden ve gastrointestinal fonksiyonun iyileşmesini yavaşlatabileceğinden rutin kullanılmamalıdır aynı şekilde nazogastrik tüplerin kolorektal cerrahide rutin olarak kullanılmamasını ifade etmiş ve NG tüplerin postoperatif ileus refrakteri geliştiren hastalarda kullanılabileceğini belirtmiştir (14, 44).

Bulantı ve kusmanın kontrolü

Ameliyat sonrası hastayı rahatsız eden ve en sık rastlanan problemlerden olan bulantı ve kusmanın önlenmesi kolorektal cerrahi geçiren hastalar için temeldir. Ameliyat sonrası bulantı ve kusma şiddetli olduğunda dehidrasyonla veya yeterli besin alımına gecikmeli dönüş ile sonuçlanabilir, nazogastrik tüp yerleştirilmesini gerektirebilir, ameliyat sonrası intravenöz sıvı yönetimini arttırabilir, hastanede kalış süresini uzatabilir ve sağlık bakımı maliyetlerini arttırabilir. Ameliyat sonrası bulantı ve kusma profilaksisine yönelik multimodal yaklaşım tüm hastalar için göz önüne alınmalı ve hızlandırılmış iyileşme protokollerine dâhil edilmelidir. 1-2 risk faktörüne sahip hastalar birinci basamak antiemetikleri kullanan iki ilaç kombinasyonlu profilaksi almalıdır. Kolorektal cerrahi ameliyatı olan C 2 risk faktörü olan hastalar 2-3 antiemetik almalıdır. Profilaksiye rağmen, bulantı veya kusma devam ediyorsa,

profilaksi için kullanılanlardan farklı sınıfta ilaçlar içeren multimodal yaklaşım uygulanmalıdır (38).

Ağrı kontrolü

Ameliyat sonrası ağrı, kolon ameliyatı sonrası hastaların iyileşmesinde majör bir faktördür ve hastaların ameliyattan sonra hastanede kalması ile ilgili temel katkı sağlayıcı ilkelerinden birisidir. Geleneksel olarak, hastalara sıklıkla hasta ambulasyonunu kısıtlayan yetersiz ağrı kontrolü sağlayan aralıklı intramuskular veya sübkütan narkotik dozlar verilir (18). Ancak, ameliyat sonrası ağrı kontrolünde opioid analjeziklerin kullanımının gastrointestinal sistem, solunum fonksiyonları ve santral sinir sistemi üzerinde negatif etkilerinin olduğu saptandığı için ağrı kontrolünün mümkün olduğu sürece opioid analjezik kullanılmadan yapılması önerilmektedir (59). Bu nedenle torakal epidural lokal anestezinin uygulanması kolon cerrahisi bakımında kilit bir özelliktir ancak epidural analjezi bu hastalarda ağrı yönetimine multimodal yaklaşımın sadece bir parçasıdır (18).

İleustan korunma

Ameliyat sonrası ileus kolorektal cerrahi sonrası yaygın bir şekilde görülmektedir ve gastrointestinal motilitede gecikme ile birlikte abdominal distansiyon, bulantı, kusma ve ağrıya sebep olmaktadır. Kolorektal cerrahi sonrası hastalarda ameliyat sonrası ileustan korunma sebep olduğu klinik çıktılardan ve hastaların iyileşme ve taburcu olma süresini negatif olarak etkilediğinden dolayı çok önemlidir. İleustan korunma sürecinin yönetiminde erken mobilizasyon ve beslenme, sıvı kısıtlaması, prokinetik ajanlar, minimal invaziv cerrahi, epidural anestezi ve analjezi gibi birçok tedavi ve bakım yaklaşımları kullanılmaktadır (67). Ameliyat sonrası ileustan korunmada torasik epidural anestezi kullanımı, sıvı yüklemesi, NG tüp kullanımından kaçınma, sakız çiğneme, oral magnezyum ve alvipoman kullanımı gibi uygulamalar önerilmektedir (14). Kullanılan laktasifler bağırsağı uyarmakta ve morfin gibi ilaçlarla ilişkilendirilen kabızlığın önlenmesinde yardımcı olmaktadır (59). Topçu ve Öztekin'in, sakız çiğnemenin ameliyat sonrası iyileşme üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada kolorektal cerrahide günde üç defa 15 dakika sakız çiğnemenin ileus gelişme oranını, gaz çıkarma ve defekasyon zamanını azalttığı

belirtilmiştir. Ayrıca sakız çiğnemenin beslenmeye başlama zamanını, ağrı düzeyini azalttığını ve yatış süresini kısalttığı ifade edilmiştir (67).

Komplikasyon yaşamayan hastalar için hastanede kalış süresi büyük oranda ameliyat sonrası ileusun süresine göre belirlenmektedir. İleus çözüldüğünde, hastaların çoğu 1-2 gün içinde taburcu edilmektedir. Ameliyat öncesi beslenme ve bağırsakları hazırlama, analjezik ve anestetik teknikler ve ameliyat öncesi sıvı yönetimi dâhil birçok perioperatif faktör ileusun süresini etkilemektedir. Hızlandırılmış iyileşme programları ameliyat gününde beslenmeyi ve mobilizasyonu kolaylaştırmak amacıyla ileusu minimize etmeyi amaçlamaktadır (51). Ayrıca HİP uygulanan hastaların %90'dan fazlasında paralitik ileusun süresinin 48-72 saate düşürülebileceği, bu oranın geleneksel bakımda 96-120 saat olduğu ifade edilmektedir (44). Terzioğlu ve arkadaşları, "Abdominal Jinekolojik Cerrahi Sonrası İntestinal Motilite Üzerine Multimodal Müdahaleler" başlıklı çalışmalarında, benign abdominal jinekolojik operasyon geçiren hastalarda ameliyat sonrası dönemde erken oral beslenme, mobilizasyon ve sakız çiğnemenin hastanede kalma süresini kısaltmada, hastanın konforunu artırmada ve paralitik ileusun önlenmesinde etkili yöntemler olduğu sonucuna ulaşmışlardır (sakız çiğneme, erken oral hidrasyon ve erken mobilizasyon uygulanan grupta ilk bağırsak sesleri ortalama 4.95 saat sonra, hiçbir uygulamanın yapılmadığı grupta ise ortalama 9.32 saatte alınmış) (65).

Üriner kateterler

Ameliyat sırasında takılan üriner kateterin üriner enfeksiyonu ve mobilizasyonu kısıtlanması gibi sorunlar nedeniyle ameliyat sonrasında erken dönemde çıkarılması önerilmektedir (23,59).

Erken oral beslenmenin sağlanması

Kanıtla dayalı olarak ERAS ortak kılavuzları hızlandırılmış iyileşmeye tabi hastalarda ameliyat sonrası intravenöz sıvıların erken kesilmesini ve erken beslenmeyi desteklemektedir (14). Hastanın ameliyattan sonra ikinci saatte oral sıvı ve dördüncü saatte katı gıda alınması için teşvik edilmelidir (23,39). Ancak erken beslenme ile bakım sağlayan hemşirelerin kusma riskinin arttığı bilincinde olması

gerekmektedir (14,39). Bu nedenle hemşireler hastaların beslenmelerini izlemeli ve riskleri belirlemelidir. Bununla birlikte ameliyat sonrası erken beslenmenin ameliyat sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları, mortalite oranlarını ve hastanede kalış sürelerini azalttığı belirtilmektedir (44, 59).

Erken mobilizasyon

Ameliyat sonrası hastanın mümkün olan en kısa sürede ayağa kaldırılması ve mobilize edilmesi dolayısıyla hareketsizlik komplikasyonlarının önlenmesi, homeostatik dengenin sürdürülmesi ve iyileşmenin hızlandırılması ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımının önemli amaçları arasındadır. Hastanın erken dönemde ayağa kaldırılması, ameliyat ile ilişkili kardiyovasküler ve solunum sistemi komplikasyonlarının azalmasını sağlar, yara iyileşmesini ve bağırsak peristaltizmini destekler, tromboflebit gelişimini önler ve hastanın kısa sürede kendi bakım sorumluluğunu almasını sağlar (83). Uzun süre hareketsiz kalmak iskelet kas kaybı ve güçsüzlük, atelaktazi, insülin direnci, tromboembolik hastalık ve egzersiz kapasitesinin azalması gibi komplikasyonlara sebep olmaktadır (14,39). Ayrıca mobilizasyon emboli riskini azaltır ve bağırsak hareketlerinin erken başlamasına yardımcı olur. Bu bağlamda hemşirelerin görevlerinden birisi de erken mobilizasyona yardımcı olmaktır (69).

Hastanede kalış süresi ve taburculuk kriterleri

Hızlandırılmış iyileşme protokolünde taburculuk kriterleri oral alım, oral analjeziklerle ağrı kontrolünün sağlanabilmesi ve yeterli mobilizasyondur (11,39). Literatürde randomize kontrollü, klinik ve meta-analiz çalışmalarında HİP ile izlenen hastaların hastanede kalış sürelerinin 2 - 2.5 gün azaldığı ve komplikasyonların %30 - 50 oranında azaldığı belirtilmektedir (59). Kehlet’de, hastanede yatış süresinin kolon cerrahisi için 8-12 günden 2-5 güne kadar azaldığını belirtmiştir (44).

İzlem ve Sonuçların Denetimi

Taburcu edilen hastalar 24-48 saat sonra telefonla aranmalı durumu kontrol edilmeli, herhangi bir sorun yoksa ameliyat sonrası 7-10. günler arasında kontrol ve dikiş alımı için hastaneye çağırılmalıdır. Bu hastaların %1-3’ünde anastomoz kaçağı

veya başka komplikasyon riski açısından hastanın her türlü şikayeti dikkate alınmalıdır. Bir sonraki izlem ameliyat sonrası 30. günde yapılabilir (39). Solak Kabataş ve Özbayır, kolorektal cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü hakkında yaptıkları sistematik derlemede, komplikasyon oranını HİP ile izlenen hastalarda %5-40 ve geleneksel bakımla izlenen hastalarda %9.5-60 arasında belirtmektedir. Yazarlar, literatür incelemeleri sonucunda kolorektal cerrahi sonrası komplikasyon gelişme riskinin %10-20 ve ameliyat sonrası hastanede kalış süresinin 6-10 gün olduğunu ifade etmişlerdir (59).

4.7. Konfor Kavramı

Profesyonel bir disiplinin temel amacı meslek uygulamalarını destekleyecek bilimsel bilgiyi sağlamak ve var olan bilginin içeriğini zenginleştirmektir. Bu amaçla hemşirelik disiplinindeki uygulamalara yönelik kavram ve kuram çalışmaları uzun yıllardır devam etmektedir. Hemşirelik model ve kuramları, disiplin uygulamalarını destekleyen, kolaylaştıran ve bunlara rehberlik eden bir nitelikte olup bakımın amacını ve nasıl gerçekleştirileceğini göstermektedir (19).

Hemşireliğin profesyonel bir disiplin olarak temel amacı hasta bakımını sağlamaktır. Hastaların konfor durumunu değerlendirmek ve konfor müdahaleleri sağlamak hemşirelik uygulama ve araştırmasının temel taşlarından birisidir. Konfor hayat kalitesine yönelik oldukça önemli bir unsurdur ve özellikle hemşireler olmak üzere sağlık bakım profesyonelleri tarafından gerçekleştirilen müdahalelerin çoğu konforu artırma amacını taşımaktadır. Bu süreçte hemşirelere yol gösteren konfor kavramıdır (68).

Konfor, fiziksel bir duyguyu, psikolojik bir durumu veya eş zamanlı olarak her ikisini de ifade edebilir (55). Kökeni Fransızca olan ve sözlük anlamıyla günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanan konfor kavramı, “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç” olarak tanımlanmaktadır (19). Hemşirelik disiplininin fonksiyonlarından olan

rahatlatma işlevi üzerine temellenen konfor kuramı Kolcaba tarafından geliştirilmiştir (73).

Hemşirelik kuramlarının dört meta paradigması, insan, çevre, sağlık/hastalık ve hemşirelik olarak ifade edilmektedir. Hemşireler sistematik olarak bakım vermeye başladıktan sonra konfor, bakım, iletişim gibi çeşitli kavramları kullanmaya başlamışlardır. Bu kavramlar, meta paradigmalara ilişkilendirilerek kuram geliştirme çalışmalarının temelini oluşturmuştur (19).

Hemşirelikte hasta, aile ya da toplumun konfor gereksinimlerinin tanımlanması, ihtiyaçlarına dair gerekli önlemlerin alınması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi sürecinden oluşmaktadır (19). Bu bağlamda konfor birçok hemşirelik kuramında kaliteli bakımın bir parçası olarak kabul edilmiştir (86,19). Hemşirelik literatüründe konforla ilgili birçok örnek karşılanan ihtiyaçlara dayandırılmaktadır. Roy ve Orlando (1952) teorilerinde bu bağlamda insanların yeme, dinlenme, uyuma, konfor, refakat, anlayış gibi fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını hemşirelerin karşılamasına odaklanmıştır (47). Bu kapsamda Orlando, kuramında fiziksel ve zihinsel konforu değerlendirmiş ve konforu artıran önlemleri anlatmıştır. Roy'un adaptasyon modelinde de psikolojik konfora ulaşmada konfor önlemlerinden yararlanılmıştır. Peplau'nun kuramında ise konfor temel bir gereksinim olarak kavramsallaştırılmıştır. Watson'un modelinde konfor, sıklıkla bakımın bir değişkeni olarak görülmektedir. Konfor kavramını analiz eden Katharina Kolcaba da bu kavramın üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuş ve orta düzey konfor kuramını geliştirmiştir (19, 86).

Kolcaba, hemşirelik bağlamında konfor kavramını tanımlamadan önce terimin anlamsal analizini yapmıştır. Araştırmacıya göre, modern İngilizcede konfor teriminin anlamları şunlardır (48):

- Konforsuzluktan ferahlama sebebi,
- Konfor durumunun sebebi,
- Rahatlama ve huzurlu bir şekilde ferahlık,
- Ağrıdan, zihinsel acıdan veya diğer konforsuzluklardan kurtulma.

Kolcaba, hemşirelikle ilgili olarak konforun üç sınıfa ayrıldığını ve bunların her birinin konforun spesifik anlamları ile ilişkili olduğunu ifade etmiş, konforun hemşirelik için teknik anlamlarını, durum hissi (sürekli rahatlama ve huzurlu bir şekilde ferahlama durumu), rahatlama hissi (rahatsızlıktan kurtulma) ve yenilenme hissi (güçlenme ve canlılık kazanma) olarak tanımlamıştır (47).

Hemşirelik uygulamasında terapötik ortamlarda çalışan hemşirelerin çevrelerini tasarlar ve organize ederken, hemşirelik hedeflerini belirlerken ve bunları karşılamak için gerekli müdahaleleri seçerken bu üç hissin tamamını göz önüne almaları gerektiğini göstermektedir. Bu süreç terapötik ortamların standardizasyonu ve bunlar içindeki hemşirelik rolü ile bir şekilde basitleştirilebilir. Terapötik ortamlar hastanın durumuna göre farklı birimler şeklindedir. Birinci birimde, çok hasta olanlar için fiziksel ve duygusal olarak uygun şekilde tasarlanan çevrelerdedir (durum hissi). Konfor durumu bu hastalar için uygundur. Elbette bunlar konforsuzluk belirtileri açısından da gözlemlenmektedirler. Konfor boyutları rahatlama amaçlıdır. Terapötik ortamların ikinci birimi aktivite düzeylerini yavaş yavaş kendileri için normal olan düzeylere yükseltme amacı ile iyileşen hastalardır. Bu ortamda hemşireler rahatsızlık durumunu gidermeye konforu artırmaya çalışır (rahatlama hissi) ve üçüncü birim olan bireyi güçlendirmeye ve yeniden canlandırmaya yardım ederek yenilenmesine (yenilenme hissi) katkı sağlar. Üç konfor hissi hemşirelik uygulamasında tüm terapötik ortamlarda uygulanan rahatlama hissiyle işlevsel hale getirilir. Rahatlama hissi birinci birimdeki durum hissi ve üçüncü birimdeki yenilenme hissi ile artırılır (47).

4.8. Konfor Kuramı

Konfor kuramı rahatlatma (comforting) kavramına dayandırılmaktadır. Kolcaba tarafından geliştirilmiştir ve sağlık bakımı ortamlarında sağlık bakımı verenlerin bakış açılarını ve uygulamalarını etkileme potansiyeline sahiptir (68). Hemşirelik girişimlerinin faydası hastanın fiziksel durumu ve davranışı, hastanın fiziksel ve sosyal çevresi, hastanın ve diğerlerinin beyanlarının değerlendirilmesine dayalıdır. Hemşire

konfor ihtiyaçlarına dair kanıt arar ve üç teknik konfor hissinden biri tarafından gösterildiği gibi bu kanıtı istenen çıktılara uygular (47). Özetle, kuramda konfor kavramı fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel ve çevresel boyutta ortaya çıkan sorunların ferahlama, rahatlama ve üstünlük ile üç düzeyde karşılanması ile yaşanan durumdur (86). Üstündağ ve Eti Aslan'ın ifadesiyle konfor kavramı, bütüncül bir yaklaşımla temel insan gereksinimlerinin karşılanması sonucu hissedilen “ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme” olarak açıklanmaktadır (73).

Bu bağlamda aşağıda konfor kuramının düzeyleri ve boyutları alt başlıklar şeklinde daha detaylı olarak açıklanmaktadır.

4.8.1. Konfor Kuramının Düzeyleri

Konfor kuramının rahatlama, ferahlama, üstünlük olmak üzere 3 düzeyi vardır.

Rahatlama: Rahatlama; sakin, rahat ya da huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmıştır. Hastanın rahatlama, memnuniyetten söz etmesi, memnun olduğunu ifade etmesi durumudur. Fiziksel, duygusal deneyimlerden ve çevresel özelliklerden etkilenir (73). Konforun birinci hissine ergonomi alanı kuramsal dayanak sağlamıştır. Ergonominin amacı çevresel manipülasyonla iş performansını artırmaktır. Konfor durumunda çalışanlar daha yüksek verimlilik gösterirler. Ergonomide konfor kuramsal olarak rutin performansı kolaylaştıran rahatlama veya ferahlık durumu olarak tanımlanmıştır (48).

Ferahlama: Ferahlama, bireyin gereksinimlerinin karşılanması sonucu sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durumdur. Özel bir ihtiyacının karşılanması sonucu yaşanır ve eski fonksiyonlara kavuşma veya huzur içinde ölüm için gereklidir (73). Konforun bu hissi ihtiyaçların karşılanması ile ilgili hemşirelik kuramlarından gelmiştir. Orlando'nun kuramı (1961) hemşirelik eylemlerinin hastaların fiziksel ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tasarlanması gerektiğini belirtmektedir ve hemşirelerin hastanın ihtiyaçlarının neler olduğunu nasıl çözümlediklerine odaklanmaktadır (48).

Üstünlük: Konfora ait üstünlük hissi hemşirelikte Paterson and Zderad (1976) tarafından tanımlanmıştır. Araştırmacılara göre konfor, hastanın belli bir zamanda belli bir durumda potansiyeline göre kendi kaderini kontrol etme ve planlamada özgür olduğu durumdur. Bu anlam diğer iki konfor anlamından farklıdır çünkü hemşire-hasta ilişkisinde sıradan güçlerin artmasını gerektirir. Bu his yenilenme olarak adlandırılır (48).

Konfor ihtiyacı tam olarak karşılanan birey, konforun üstünlük derecesi olarak ifade edilen sorunların üstesinden gelme düzeyine ulaşabilmektedirler. Her üç konfor düzeyi hastanın performansını pozitif yönde etkiler ve teorik olarak hastaya güç veren bileşenlerdir (73).

4.8.2. Konfor Kuramının Boyutları

Konfor kuramının boyutları konfor ihtiyacının ortaya çıktığı fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel, çevresel ortamlardır (73).

Fiziksel konfor: Bedensel algılarla ilgilidir. Bireyin fiziksel durumu üzerinde etkili olan dinlenme ve gevşeme, hastalığa karşı yanıtları, beslenme ve homeostazis, bağırsak fonksiyonunun devamlılığı gibi fizyolojik faktörleri içermektedir. Fiziksel konforun geliştirilmesinde en önemli etkenlerden birisi ağrıdır (19, 73, 86).

Sosyokültürel konfor: Bireyin sosyal ve kültürel çevresi ile ilgilidir. Sosyokültürel bakımı oluşturan etkenler arasında bilgi ve danışmanlık verme, ailenin gelenekleri ve alışkanlıklarına duyarlı bakım verme, dini inançlar, finansal destek sistemlerinden yararlanma, kişilerarası iletişimin sağlanması, taburculuğun planlanması, taburculuk eğitimi ve evde bakımın sağlanması yer almaktadır. Sosyokültürel konforu azaltan faktörler arasında ise aileden ayrılma, kültürel geleneklerin önemsenmemesi, bakımın kalitesinin kötü olması, bakımın sürekli olmaması, sosyal güvencesinin olmaması gibi etmenler yer almaktadır (19, 73, 86).

Psikospritiuel konfor: Akılsal ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma ve benzeri ile ilgili duygular gibi bireyin yaşamına anlam veren unsurları kapsamaktadır. Anksiyete, cerrahi girişim uygulanan hastada psikospiritüel konforu azaltan en önemli etken olarak rapor edilmektedir (19, 73, 86).

Çevresel konfor: Çevresel konfor dış etkenler, durumlar ve bunların üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Bu bağlamda ısı, ışık, gürültü, renk, güvenilir çevre, pencereden görülen manzara gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramlar öne çıkmaktadır (73, 86). Çevresel konforu azaltan etkenler arasında soğuk ortam, gürültülü sesler, parlak ışık, ter kokusu gibi kötü kokular, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan sedye ve yataklar yer almaktadır (19).

Özetle konfor kuramına göre hemşireler stresli sağlık bakımı ortamında, bireylerin konfor ihtiyaçlarını tanımlamakta, ihtiyaçlarına yönelik olarak konforu arttırıcı hemşirelik girişimlerini uygulayarak anksiyetenin giderilmesi ya da en aza indirilmesi ve konforda artışı sağlama durumunu değerlendirmektedirler. Hemşirelik bakımında, Kolcaba'nın geliştirdiği konfor kuramı rehberliğinde, bireyin ihtiyaçlarına yönelik veri toplanması, karşılanamayan ihtiyaçlara yönelik konforu arttırıcı hemşirelik girişimlerinin uygulanması ile optimum düzeyde konforun sağlanması yoluyla bireyin yaşam kalitesine katkı sağlanması bir yaklaşım olarak ele alınmalıdır (19).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, kolorektal cerrahi hastalarında hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulamasının konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş klinik deneysel bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Hipotezi

Araştırmanın hipotezleri şu şekilde oluşturuldu:

H₀: Deneysel ve kontrol grubunun ameliyat sonrası konfor düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

H₁: Deneysel ve kontrol grubunun ameliyat sonrası konfor düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

H₂: Perianestezi Konfor Ölçeği ile Genel Konfor Ölçeği puanları arasında korelasyon var mıdır?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Kocaeli ilinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde yatan hastalar üzerinde gerçekleştirildi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniği bir yıl içinde 3500 ayaktan hastaya poliklinik hizmeti, 1000'in üzerinde yatan hastaya tedavi hizmeti vermektedir. Genel cerrahi servisi 46 hasta kapasitelidir. Serviste toplamda 23 oda bulunmaktadır, iki oda toplamda dört yatak postoperatif yoğun bakım ünitesi olarak kullanılmaktadır. Klinikte toplam 25 hemşire çalışmaktadır. Gündüz en az 10 hemşire (servis sorumlusu hariç), gece (16-08) üç hemşire görev yapmaktadır. Klinikte 10 genel cerrahi uzman hekimi, bir cerrahi onkoloji uzman hekimi, bir gastroenterolojik cerrahi uzman hekimi ve yedi genel cerrahi asistan hekimi görev yapmaktadır.

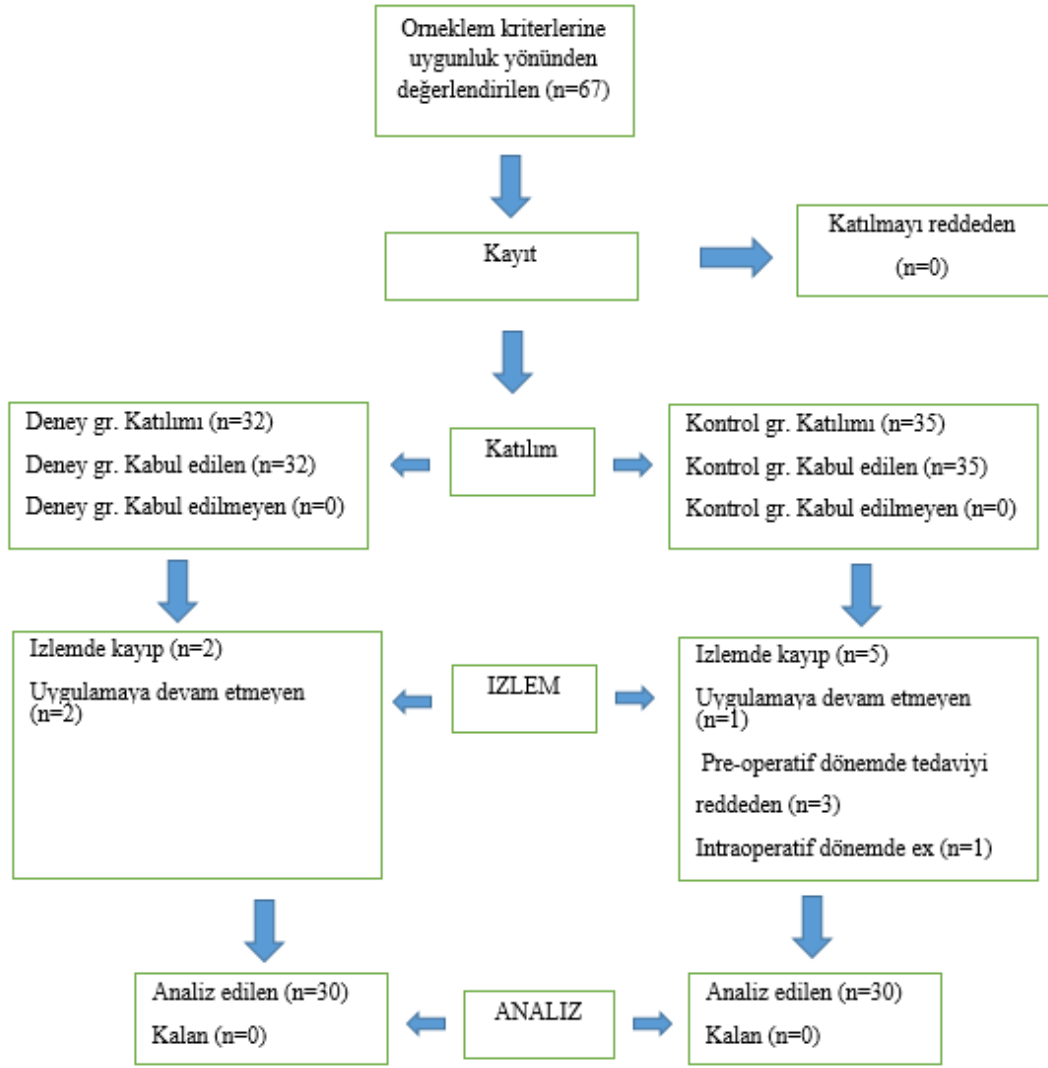
Araştırmanın yapıldığı hastanede genel cerrahi kliniğindeki tüm hekimler kolorektal cerrahi ameliyatı yapmaktadır. Kolorektal cerrahi vakalarında iki farklı yaklaşım sürdürülmektedir. Yan dal uzman hekimleri bazı genel cerrahi uzman hekimleri ve asistan ekibi hızlandırılmış iyileşme protokolüne uygun prosedür izlemektedir. Bazı genel cerrahi hekimleri ve asistan ekibi ise geleneksel uygulamalara devam etmektedir. Her iki gruptaki hastalarda ameliyat sonrası ilk günlerinde servisteki yoğun bakım odalarında takip edilmektedir.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi kliniğindeki hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın uygulanması planlanan hastaneye son bir yıllık süre içerisinde (Ocak-Aralık 2018) başvuru yapan ve kolorektal cerrahi uygulanan vaka sayısının 113 olduğu belirlendi. Çalışmada bir yıllık sürede örneklem seçim kriterlerini karşılayan hastaların araştırma kapsamına alınması planlandı. Örnekleme, deney grubunda 30 ve kontrol grubunda 30 olmak üzere 60 hasta dahil edildi. Araştırmanın akış şeması Şekil 3'te verilmiştir.

Araştırmanın örneklem seçim kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olan
- Okuma yazma bilen
- Mental sorunu olmayan
- Elektif şartlarda kolorektal cerrahi geçiren
- Serviste yatış süresi en az 72 saat olan
- İlaç bağımlılığı olmayan
- Psikiyatrik hastalığı bulunmayan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan
- Evre 2 ve evre 3 kolorektal kanser hastaları araştırmaya alınmıştır.



Şekil 3. Araştırmanın Akış Şeması

5.5. Veri Toplama Araçları

Veriler, veri toplama formu ile toplandı. Veri toplama formu üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda hastaların tanıtıcı ve tıbbi özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından oluşturulan “Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu” (EK-1) yer almaktadır. İkinci kısımda “Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Uygulama Kontrol Listesi” (EK-2) ve standart bakım verilen hastalara yönelik hazırlanan “Standart Bakım Grubu Uygulama Kontrol Listesi” (EK-3) kullanıldı. Üçüncü kısımda ise hastaların konfor düzeyini belirlemek için “Perianestezi Konfor Ölçeği” (EK-4), “Genel Konfor

Ölçeği” (EK-5), ağrı ve bulantının değerlendirilmesinde ise “Görsel Kıyaslama Ölçeği” (EK-6) kullanıldı.

5.5.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu

Tanıtıcı özellikler formu, hastaların tanımlayıcı ve ameliyata ilişkin özelliklerinden oluşan 25 maddelik bir formdur. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin 10 madde, ameliyata ilişkin özelliklerine göre 15 madde içermektedir.

5.5.2. Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Uygulama Kontrol Listesi

Araştırmada deney grubundaki hastalar için ERAS Türkiye Derneği’nden faydalanılarak hazırlanan preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dönemi içeren “Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Uygulama Kontrol Listesi” (EK-2) kullanıldı (26).

5.5.3. Standart Bakım Grubu Uygulama Kontrol Listesi

Araştırmada kontrol grubundaki hastalar için genel cerrahi servisinde standart bakım verilen hastalara yönelik rutin olarak uygulanan “Standart Bakım Grubu Uygulama Kontrol Listesi” (EK-3) kullanıldı.

5.5.4. Perianestezi Konfor Ölçeği ve Boyutları

Kolcaba tarafından konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak geliştirilen Perianestezi Konfor Ölçeği (EK-4) cerrahi hastaları için erken postoperatif dönemde konfor düzeyini belirlemeyi amaçlar. Ölçek bireyin cerrahi girişim öncesi ve sonrası hakkında genel düşünce sürecini yansıtan kendini kavrama ve hislerini sorgulayan 24 maddeden oluşmaktadır. 6’lı Likert tipte ölçek şeklindedir (her bir ifade için “kesinlikle katılmıyorum”dan “kesinlikle katılıyorum”a doğru 1-6 arasında değişen likert tipi puanlama). Olumlu ve olumsuz maddelerden oluşan ölçeğin cevap düzenleri karışık halde verilmiştir. İfadelerin 12’si olumlu (1, 5, 6, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24),

12'si olumsuzdur (2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 22). Puanlamada olumsuz ifadeler tersine çevrilir. Buna göre olumlu maddelerde yüksek puan (6) yüksek konforu, düşük puan (1) düşük konforu, olumsuz ifadelerde düşük puan (1) yüksek konforu, yüksek puan (6) ise düşük konforu göstermektedir. Ölçek değerlendirilirken elde edilen olumsuz puanlar ters kodlanarak olumlu maddelerle toplanır. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek toplam puan 144, en düşük toplam puan ise 24'dür. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-6 dağılımında belirtilir. Düşük puan konforun kötü olduğunu gösterirken, yüksek puan konforun iyi olduğunu göstermektedir (73).

Bu tez çalışmasında, perianestezi konforun değerlendirilmesinde Kolcaba tarafından geliştirilen ve ülkemizde Üstündağ ve Eti Aslan tarafından Türkçe'ye uyarlanan versiyonu (altılı likert tipi) kullanılmıştır (73). Araştırmacılar, ölçeği Türkçe'ye uyarlandıktan sonra geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmış ve elde edilen bulgular sonucunda, ölçeğin 24 maddelik tek boyutlu bir ölçme aracı olarak perianestezi konforu değerlendirmede geçerli ve güvenilir olduğu görülmüştür ($\alpha=0,83$). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,87 olarak bulundu.

5.5.5. Genel Konfor Ölçeği ve Boyutları

Kolcaba (1992a, 2003) konforla ilgili kavramsal çalışmalarının ardından oluşturduğu taksonomik yapıyı ölçmek amacıyla 48 maddeden oluşan dördümlük likert tipte Genel Konfor Ölçeği'ni (GKÖ) (General Comfort Questionnaire (EK-5)) geliştirmiştir. Daha sonraki çalışmalarında ölçeklerin, daha hassas ölçme yapması için altılı likert tipin daha uygun olacağını ifade etmiştir (49).

Konforun kuramsal bileşenlerinden oluşan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulan GKÖ konfor gereksinimlerinin belirlenmesini ve konfor sağlayan hemşirelik girişimleri ile belirlenen konforda artış sağlama durumunun değerlendirilmesini amaçlar. Yukarıda da ifade edildiği üzere ölçek dördümlük likert tipte olup toplam 48 madde içermektedir. Ölçek alt boyutları, ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve sorunların üstünden gelme (15

madde) şeklindedir. Olumlu ve olumsuz ifadelerden oluşan ölçeğin cevap düzenleri karışık halde verilmiştir. Buna göre olumlu maddelerde yüksek puan (4) yüksek konfora, düşük puan (1) düşük konfora, olumsuz ifadelerde ise düşük puan (1) yüksek konfora, yüksek puan (4) ise düşük konfora işaret etmektedir (49).

Bu tez çalışmasında genel konforun değerlendirilmesinde Kolcaba tarafından geliştirilen GKÖ'nün Kuşuoğlu ve Karabacak tarafından Türkçe'ye uyarlanan versiyonu (dörtlü likert tipi) kullanılmıştır (49). Araştırmacılar, ölçeği Türkçe'ye uyarladıktan sonra geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmış ve elde edilen bulgular sonucunda, ölçeğin Türkçe formunun genel konforu değerlendirmede geçerli ve güvenilir olduğu görülmüştür ($\alpha=0,85$). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,90 olarak bulundu.

5.5.6. Görsel Kıyaslama Ölçeği

Görsel Kıyaslama Ölçeği [Visual Analog Scale, VAS] (EK-6) araştırmacının ölçmek istediği subjektif olguya dair iki uç noktayı gösteren terimlerin yer aldığı dikey veya yatay olarak kullanılabilen 10 cm uzunluğunda cetvel şeklinde bir çizgidir. Uygulaması kolay, hastanın anlayabileceği kadar basit ve subjektif duyguları, algıları, duyuları ve semptomları ölçmede geçerli bir yöntem olduğu için sıklıkla kullanılan bir ölçüm aracı haline gelmiştir. Hastalardan hissettikleri duygunun şiddetini bir çizgi ile işaretlemeleri istenir. Hastaların cevapları en düşük uç noktadan itibaren mesafeyi ölçerek puanlandırılır (15). Bu tez çalışmasında ağrı ve bulantının konforu etkileyeceği düşünülerek hastaların ağrı ve bulantı değerlendirmesinde Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanıldı. Görsel kıyaslama ölçeğinin hastaların ağrısının şiddetini ölçmede başarılı bir yöntem olduğu belirtilmektedir (30).

5.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğinde gerçekleştirildi. Araştırmanın yapıldığı klinikte, kolorektal cerrahi geçirecek hastalara iki farklı yaklaşım uygulandığı bilinmektedir. Genel cerrahi hekimlerinin bir kısmının kolorektal cerrahi hastalarına standart uygulamaları, diğer hekimlerin ise hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulamaları gerçekleştirdiği gözlemlenmektedir. Araştırmada kesitsel yöntem kullanılmış olup, ilk 6 ay deney, ikinci 6 ay kontrol grubunun verileri toplandı. Deney grubuna cerrahinin tüm aşamalarında HIP uygulanırken, kontrol grubunu oluşturan hastalara standart bakım uygulandı.

Araştırmanın uygulanması 1 Ocak-31 Aralık 2019 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmacı kolorektal cerrahi geçirecek hastalara kabul sırasında araştırma hakkında hem sözel hem de yazılı olarak bilgilendirdi ve izin aldı. Hastalara ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında hangi izlemlerin nasıl yapılacağı anlatılarak uygulanacak ölçekler tanıtıldı. Görüşmelerde araştırmayı kabul eden hastalar HIP ve standart bakım grubu olarak ayrıldı ve çalışmaya başlandı.

HIP grubu ve standart bakım grubuna ortak olarak uygulanan girişimler;

Ameliyat öncesi eğitim verildi, antimikrobiyal profilaksi yapıldı, premedikasyon uygulanmadı. Ameliyat sırasında hipotermi önlenmesi uygulamaları ve ameliyat sonrası solunum rehabilitasyonu ortak girişimler oldu.

Standart bakım grubu(Kontrol grubu):

Preoperatif dönem uygulamaları;

-Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve katılmayı kabul eden 30 hastaya gönüllü bilgilendirilmiş olur formu imzalatılıp yüz yüze görüşme ve hasta dosyasından alınan veriler ile hasta tanıtıcı özellikler formu dolduruldu.

-Hastalara servis kuralları ve servise uyumu, hijyen, solunum, öksürük, dönme ve ekstremitelerdeki egzersizleri konularında eğitim verildi.

-Hastalara ameliyat öncesi kan transfüzyon hazırlığı başlatıldı.

-Hastalara ameliyattan iki gün öncesinde sulu yumuşak gıdalara geçilerek bağırsak temizliği başlandı. Bağırsak temizliği iki gün boyunca oral laksatif (fosfo soda) ve lavman ile yapıldı.

-Ameliyat öncesi akşam 22:00'da LMWH ile tromboemboli profilaksisi başlatıldı.

-Hastalara cilt hazırlığı konusunda eğitim verildi. Ameliyattan önceki gece duş almaları ve ameliyat alanı tüylü ise jilet yerine elektrikli tıraş makinesi ile bölgeyi temizlemeleri gerektiği anlatıldı. Cilt hazırlığı tamamlanan hastalara taraf bölge işaretlemesi yapıldı.

-Ameliyattan önceki gece 24'den sonra oral alım kesildi, oral karbonhidrat yüklemesi yapılmadı.

-Premedikasyon yapılmadı.

-Hastalara ameliyat sabahı kompresyon çorabı giydirildi ve uygunluğu kontrol edildi.

-Ameliyata inmeden önce hastalara kimlik kontrolü yapıldı. Güvenli cerrahi kontrol listesi hastaya uygun olarak dolduruldu.

Intraoperatif dönem uygulamaları;

-Hasta ameliyata inmeden 30 dakika öncesinde sefalosporin grubu antibiyotiklerle profilaksi başlandı.

-Ameliyat sırasında elektrikli ısıtma örtüsü ile normotermi sağlandı.

-Kısa etkili anestezi ajanları kullanılmadı, genel anestezi uygulandı.

-Hastalara açık cerrahi ve longitudinal kesi uygulandı, cerrahi işlem sırasında hastalara dren, nazogastrik tüp ve idrar katateri yerleştirildi.

Postoperatif dönem uygulamaları;

-Ameliyat sonrası dönemde hastalar ilk gün servisteki yoğun bakım odalarında takip edildi. İlk gün yaşam bulguları takibi, ağrı değerlendirmesi, dren takibi, idrar çıkışı takibi sık aralıklarla yapıldı.

-Hastalara ameliyat sonrası 1. saatte ve günde iki kez düzenli olarak narkotik analjezik uygulandı (Tramadol 100 mg).

-Hastalara düzenli olarak günde iki kez antiemetik uygulandı (Ondansetron 4 mg).

-Hastaların ameliyattan 8-10 saat sonra ilk mobilizasyonları yaptırıldı.

-Solunum rehabilitasyonu (triflow-öksürük egzersizleri-tapotman) ameliyat sonrası 2.saatte başlatıldı ve saat başı uygulandı.

-Hastaların ameliyat sonrası ilk günden itibaren gaz ve gaita çıkış süreleri takip edildi, gaz ve gaita çıkışı olduğunda bildirmeleri söylendi.

-Hastalara gaz çıkışı olduktan sonra sulu yumuşak gıdalarla beslenme başlatıldı. Beslenmeye başlama saatleri kayıt edildi.

-Hastaların dren, nazogastrik tüp ve idrar kataterlerinin çıkış süreleri kayıt edildi. Tüm bu bilgiler standart bakım uygulama kontrol listesine not edildi.

Hastalara ameliyat sonrası 24-48. saatler arasında Perianestezi Konfor Ölçeği, hastalara taburcu olacağı gün ise Genel Konfor Ölçeği uygulandı. Taburculuk eğitimi verildi ve taburculuk günleri kayıt edildi.

Hızlandırılmış iyileşme protokolü grubu(Deney grubu):

Preoperatif dönem uygulamaları;

-Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve katılmayı kabul eden 30 hastaya gönüllü bilgilendirilmiş olur formu imzalatılıp yüz yüze görüşme ve hasta dosyasından alınan veriler ile hasta tanıtıcı özellikler formu dolduruldu.

-Hastalara ameliyat öncesi servise uyum ve servis kuralları, hijyen, solunum, öksürük, dönme ve ekstremitte egzersizleri konularında eğitim verildi. Hastalar protokol detayları hakkında bilgilendirildi.

-Kronik hastalığı olanların ilgili branşlarla konsültasyonları sağlandı, sigara içen hastaların ameliyattan en az 4 hafta öncesi sigarayı bırakmaları konusunda eğitim verildi, preoperatif optimizasyon sağlandı.

-Hastaların NRS 2002 skoruna göre beslenme durumları değerlendirildi, NRS skoru 3 ve üstündeki hastalara enteral beslenme ürünleri ve parenteral besleme başlatıldı.

-HIP grubundaki hiçbir hastaya bağırsak temizliği uygulanmadı.

-Premedikasyon yapılmadı.

-Hastaların ameliyat öncesinde 6 saat aralıklarla kan şekeri düzeyleri kontrol edildi.

-Hastalara ameliyattan önceki gece 24'e kadar 800 ml oral karbonhidrat yüklemesi yapıldı. Ameliyattan 2-3 saat öncesinde 400 ml oral karbonhidrat yüklemesi yapıldı (Fantomalt).

-Tromboemboli profilaksisi ameliyat öncesi akşam 20:00'da LMWH ile yapıldı.

- Hastalara cilt hazırlığı konusunda eğitim verildi. Ameliyat sabahı duş almaları ve ameliyat alanı tüylü ise jilet yerine elektrikli tıraş makineleri ile bölgeyi temizlemeleri gerektiği anlatıldı. Cilt hazırlığı tamamlanan hastalara taraf bölge işaretlemesi yapıldı.
- Hastalara berrak sıvılar için 2 saat, katı gıdalar için 6 saatlik açlık süresi uygulandı.
- Ameliyat sabahı kompresyon çorabının uygunluğu kontrol edildi, giydirildi.
- Ameliyata inmeden önce hastalara kimlik kontrolü yapıldı, güvenli cerrahi kontrol listesi dolduruldu.

Intraoperatif dönem uygulamaları;

- Sefalosporin grubu antibiyotik ile ameliyattan 30 dakika öncesinde antimikrobiyal profilaksi başlatıldı.
- Ameliyat sırasında elektrikli ısıtma örtüsü ile normotermi sağlandı.
- Kısa etkili anestezi ajanları kullanıldı, epidural anestezi uygulandı (Remifentanil, Propofol).
- Hastalara laparoskopik cerrahi yöntemle insizyon minimum düzeyde tutuldu.
- Çalışmada 12 hastaya dren yerleştirildi, dren yerleştirilen hastaların en geç ameliyat sonrası 3. gününde drenleri çekildi. Deney grubunda 4 hastaya nazogastrik tüp takıldı en geç ameliyat sonrası 2. gün çekildi Hastaların tamamına idrar katateri yerleştirildi, idrar kataterleri mobilize olduktan sonra çekildi.

Postoperatif dönem uygulamaları;

- Ameliyat sonrası ilk gün hastalar servisteki yoğun bakım odalarında takip edildi. İlk gün hastalara yakın yaşam bulguları takibi, ağrı değerlendirilmesi, dren takibi, idrar çıkışı takibi yapıldı.
- Hastaların ağrı düzeyi VAS ile değerlendirildi. Epidural analjezi ile hasta kontrollü ağrı yönetimi sağlandı. Ağrı kontrolü için epidural kataterden Bupivakain, Fentanyl verildi. Epidural katater, epidural hematoma önlemek için LMWH uygulamasından 12 saat sonra ameliyat sonrası 48. saatte alındı. Epidural katater çekildikten sonra ağrı kontrolü parasetamol ile sağlandı (4mg/gün).
- Hastalara ameliyat sonrası ilk gün saat başı ameliyat sonrası diğer günlerde dört saatte bir bulantı ve kusma değerlendirilmesi VAS ile yapıldı, lüzum hali antiemetik uygulandı (Ondansetron 4 mg- 4x1 LH).

-Hastaların ameliyattan 4-6 saat sonra ilk mobilizasyonları yaptırıldı. Ameliyat sonrası 0. gün 2 saat, ameliyat sonrası 1. gün ve sonrasında 6 saat yatak dışı mobilizasyon sağlandı.

- Hastalara dört saatte bir gaz ve gaita çıkışları soruldu, gaz ve gaita çıkış süreleri kayıt edildi.

- Hastalara ameliyat sonrası 6-8.saatlerinde sulu yumuşak gıdalarla oral alım başlatıldı.

-Solunum rehabilitasyonu (triflow-öksürük egzersizleri-tapotman) ameliyat sonrası 2. saatte başlatıldı ve saat başı uygulandı. Tüm bu bilgiler HİP uygulama kontrol listesine not edildi.

Hastalara ameliyat sonrası 24-48. saatler arasında Perianestezi Konfor Ölçeği, taburculuk gününde ise Genel Konfor Ölçeği uygulandı. Taburculuk eğitimi verildi ve taburculuk günleri kayıt edildi.

5.7. Veri Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde öncelikle sürekli değişkenler için normallik testi yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak $ORT \pm SS$, frekans ve yüzde kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız örneklem t testi, Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

5.8. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

5.8.1. Güçlü Yönleri

-Araştırmada deneysel tasarım tipi kullanıldı.

-Araştırma sonucunda elde edilen veriler, uzman bir istatistikçi tarafından SPSS programında değerlendirildi.

-Hızlandırılmış İyileşme Protokolü'nün kanıta dayalı güncel bir uygulama olması ve bu gruptaki hastalara cerrahinin tüm aşamalarında hemşire, cerrah, anestezi uzmanı, diyetisyen tarafından multidisipliner yaklaşımda bulunulması.

-Deneysel bir çalışma olduğu için bulguların uygulama alanında kullanımının sağlanabilmesi.

5.8.2. Sınırlı Yönleri

-Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğinde yatan, çalışmaya katılmayı kabul eden, elektif şartlarda ameliyat olan hastaların katılımı ile gerçekleştirildiğinden elde edilecek sonuçlar yalnızca bu örneklem grubundaki özellikleri taşıyan hastalara genellenebilir.

-Vaka sayısının az olması. Acil şartlarda kolorektal cerrahi geçiren hastaların denetimi zor olacağından örneklem grubuna alınamaması ve örneklemin tek merkezden alınmış olması.

-Bir önceki yıla göre kolorektal kanser hastalarının müracaatının yaklaşık yarı yarıya azalması.

5.9. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Durumlar

5.9.1. Olumlu Durumlar

-Araştırmanın yürütüldüğü klinikte çalışan sağlık ekibi üyeleri ile hasta ve hasta yakınları arasında olumlu iş birliği sağlandı ve sürdürüldü.

-HİP uygulaması multidisipliner yaklaşım gerektirdiğinden ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında cerrah, diyetisyen, anestezi uzmanı ile olumlu iş birliği sağlandı ve sürdürüldü.

-Serviste çalışan tüm hemşireler ameliyat sonrası mobilizasyon, solunum ve öksürük egzersizleri, beslenme konularında hastalara yardımcı oldu.

5.9.2. Olumsuz Durumlar

-Araştırmanın uygulanması sırasında ilk ayda vaka sayısının az olması.

-Veri toplama aşamasından sonra toplamda üç hastanın uygulamaya devam etmek istememesi, üç hastanın tedaviyi reddetmesi ve bir hastanın ameliyat sırasında kaybedilmesi.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14/11/2018 tarihinde 10840098 sayılı etik kurul onayı alınmış bunu takiben Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin bağlı olduğu Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden 04/12/2018 tarihli 10444 sayılı izin (EK-10) alınmıştır.

Bu araştırma, araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilerek ve ardından yazılı bilgilendirilmiş onamları (EK-7) alınarak yürütülmüştür.

Perianestezi Konfor Ölçeği'nin Türkçe formunun kullanılabilmesi için ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Üstündağ ve Eti Aslan tarafından ve Genel Konfor Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun kullanılabilmesi için ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Kuğuoğlu ve Karabacak tarafından yazılı izin alınmıştır (EK-8 ve EK-9).

Ayrıca elde edilen verilerin bilimsel amaçlı olarak isim verilmeksizin yayınlanacağı açıklanmış, araştırma sırasında yapılan işlemler için hasta yakınından ücret istenmeyeceği veya hastanın sosyal güvenlik kuruluşunun herhangi bir araştırma gideri yüklenmeyeceği konusunda garanti verilmiştir.

6. BULGULAR

Tablo 6.1. Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Toplam		Deney Grubu		Kontrol Grubu		
Yaş			X	SS	X	SS	
			55,367±	16,437	56,067±	14,748	t-,174 p=0,863
Cinsiyet	n	%	n	%	n	%	
Kadın	39	65	18	60	21	70	x ² =0,659 p=0,589
Erkek	21	35	12	40	9	30	
Medeni durum	n	%	n	%	n	%	
Evli	47	78,3	22	73,3	25	83,3	x ² =0,884 p= 0,532
Bekar	13	21,7	8	26,7	5	16,7	
Eğitim düzeyi	n	%	n	%	n	%	
Okur-yazar	13	21,7	5	16,7	8	26,7	x ² =3,150 p=0,594
İlkokul	21	35	9	30	12	40	
Lise	17	28,3	10	33,3	7	23,3	
Y.okul	1	1,7	1	3,3			
Fakülte	8	13,3	5	16,7	3	10	
Meslek	n	%	n	%	n	%	
Memur	14	23,3	10	33,3	4	13,3	x ² =6,048 p=0,299
Serbest meslek	7	11,7	3	10	4	13,3	
Emekli	13	21,7	7	23,3	6	20	
Ev hanımı	12	20	5	16,7	7	23,3	
İşçi	13	21,7	4	13,3	9	30	
Öğrenci	1	1,7	1	3,3			
Sosyal Güvence	n	%	n	%	n	%	
Var	57	95	29	96,7	28	93,3	x ² =0,351 p=1,000
Yok	3	5	1	3,3	2	6,7	
Sigara alışkanlığı	n	%	n	%	n	%	
Var	52	86,7	25	83,3	27	90	x ² =0,577 p=0,706
Yok	8	13,3	5	16,7	3	10	

Araştırma kapsamına alınan bireylerin demografik özellikleri Tablo 6.1'de görülmektedir. Deney grubunda yaş ortalaması $55,367 \pm 16,437$, kontrol grubunda $56,067 \pm 14,748$ olup deney ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında fark bulunmadı ($t = -0,174$, $F = 0,307$, $p = 0,863$, $p > 0,05$).

Katılımcıların deney grubunda %60'ı, kontrol grubunda %70'i kadındır. Cinsiyet yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p > 0,05$).

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında deney grubunda %73,3'ü, kontrol grubunda %83,3'ü evlidir, medeni durum yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p > 0,05$).

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; deney grubunda %16,7'sinin, kontrol grubunda %26,7'sinin okuryazar olduğu, deney grubunda %30'unun, kontrol grubunda %40'ının ilköğretim mezunu olduğu, deney grubunda %33,3'ünün, kontrol grubunda %23,3'ünün lise mezunu olduğu, deney grubunda %3,3'ünün yüksekokul mezunu olduğu, deney grubunda %16,7'sinin, kontrol grubunda %10'unun fakülte mezunu olduğu belirlendi. Eğitim düzeyleri bakımından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde; deney grubunda %33,3'ünün, kontrol grubunda %13,3'ünün memur olduğu, deney grubunda %10'unun, kontrol grubunda %13,3'ünün serbest meslekte çalıştığı, deney grubunda %23,3'ünün, kontrol grubunda %20'sinin emekli olduğu, deney grubunda %16,7'sinin, kontrol grubunda %23,3'ünün ev hanımı olduğu, deney grubunda %13,3'ünün, kontrol grubunda %30'unun işçi olduğu, deney grubunda %3,3'ünün öğrenci olduğu belirlendi. Meslek düzeyleri bakımından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Katılımcıların sosyal güvenceleri incelendiğinde; deney grubunda %96,7'sinin, kontrol grubunda %93,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Sosyal güvence bakımından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Katılımcıların sigara alışkanlığı incelendiğinde; deney grubunda %83,3'ünün, kontrol grubunda %90'ının sigara kullandığı belirlendi. Sigara kullanma bakımından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 6.2. Deney ve Kontrol Grubunun Hastalığa Ait Özellikleri

Hastalığa Ait Özellikler	Toplam		Deney Grubu		Kontrol Grubu		
Operasyon Türü	n	%	n	%	n	%	
Kolon Cerrahisi	30	50	15	50	15	50	$\chi^2=0,000$
Rektum Cerrahisi	30	50	15	50	15	50	$p=1,000$
ASA Sınıflaması	n	%	n	%	n	%	
ASA 1	10	16,7	5	16,7	5	16,7	$\chi^2=0,361$
ASA 2	18	30	10	33,3	8	26,7	$p=0,966$
ASA 3	21	35	10	33,3	11	36,7	
ASA 4	11	18,3	5	16,7	6	20	
Hastaneye Yatış Deneyimi	n	%	n	%	n	%	
Var	45	75	20	66,7	25	83,3	$\chi^2=2,222$
Yok	15	25	10	33,3	5	16,7	$p=0,233$
Kronik hastalık	n	%	n	%	n	%	
Var	39	65	20	66,7	19	63,3	$\chi^2=0,073$
Yok	21	35	10	33,3	11	36,7	$p=1,000$
Ameliyat Deneyimi	n	%	n	%	n	%	
Var	36	60	17	56,7	19	63,3	$\chi^2=0,288$
Yok	24	40	13	43,3	11	36,7	$p=0,792$
Ameliyat Kararını Veren	n	%	n	%	n	%	
Hasta	15	25	4	13,3	11	36,7	$\chi^2=8,234$
Aile	5	8,3	3	10	2	6,7	$p=0,082$
Hekim	18	30	8	26,7	10	33,3	
Hasta ve aile	11	18,3	6	20	5	16,7	
Hekim ve aile	11	18,3	9	30	2	6,7	
Ameliyat bilgilendirmesi	n	%	n	%	n	%	
Yapıldı	48	80	26	86,7	22	73,3	$\chi^2=1,667$
Yapılmadı	12	20	4	13,3	8	26,7	$p=0,333$
Bilgilendirme yapan	n	%	n	%	n	%	
Yapılmadı	12	20	4	13,3	8	26,7	$\chi^2=11,722$
Hekim	10	16,7	8	26,7	2	6,7	$p=0,009$
Hemşire	15	25	11	36,7	4	13,3	
Hekim ve hemşire	23	38,3	7	23,3	16	53,3	
Bilgilendirmenin yeterliliği	n	%	n	%	n	%	
Evet	33	55	20	66,7	13	43,3	$\chi^2=3,485$
Hayır	15	25	5	16,7	10	33,3	$p=0,196$
Kısmen	12	20	5	16,7	7	23,3	
Hemşirelik bakımından memnuniyet	n	%	n	%	n	%	
Evet	56	93,3	28	93,3	28	93,3	$\chi^2=0,000$
Hayır	4	6,7	2	6,7	2	6,7	$p=1,000$
Refakatçi	n	%	n	%	n	%	
Var	45	75	24	80	21	70	$\chi^2=0,800$
Yok	15	25	6	20	9	30	$p=0,552$

Araştırma kapsamına alınan bireylerin hastalığa ait özellikleri Tablo 6.2’de görülmektedir. Deney ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların %50’si kolon

cerrahisi %50'si rektum cerrahisi geçirmiştir. Operasyon türü yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Katılımcılardan deney grubunda %16,7'sinin, kontrol grubunda %16,7'sinin ASA 1; deney grubunda %33,3'ünün, kontrol grubunda %26,7'sinin ASA 2; deney grubunda %33,3'ünün, kontrol grubunda %36,7'sinin ASA 3; deney grubunda %16,7'sinin, kontrol grubunda %20'sinin ASA 4'de olduğu bulundu. ASA sınıflaması yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Katılımcılardan deney grubunda %66,7'si, kontrol grubunda %83,3'ü daha önce hastaneye yatmıştır. Hastaneye yatış deneyimi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Araştırmaya alınan bireylerden deney grubunda %66,7'sinin, kontrol grubunda %63,3'ünün kronik hastalığa sahip olduğu belirlendi. Kronik hastalık yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Katılımcılardan daha önce ameliyat geçirenler deney grubunun %56,7'si, kontrol grubunun %63,3'ü olarak bulundu. Ameliyat deneyimi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Katılımcıların ameliyat kararı verme durumları incelendiğinde, deney grubunda %13,3'ünün, kontrol grubunda %36,7'sinin kendisinin verdiği; deney grubunun %10'unun, kontrol grubunun %6,7'sinin ailenin verdiği; deney grubunun %26,7'sinin, kontrol grubunun %33,3'ünün hekimin verdiği; deney grubunun %20'sinin, kontrol grubunun %16,7'sinin hasta ve ailenin birlikte karar verdiği; deney grubunun %30'unun, kontrol grubunun %6,7'sinin hekim ve ailenin birlikte karar verdiği bulundu. Ameliyat kararı veren gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan hastalardan deney grubunun %86,7'sine, kontrol grubunda %73,3'üne ameliyat bilgilendirilmesi yapılmıştır. Ameliyat bilgilendirmesi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Katılımcıların deney grubunda %26,7'sinin, kontrol grubunda %6,7'sinin hekimden; deney grubunda %36,7'sinin, kontrol grubunda %13,3'ünün hemşireden; deney grubunda %23,3'ünün, kontrol grubunda %53,3'ünün hekim ve hemşireden birlikte eğitim aldığı belirlendi. Bilgilendirme alan gruplar arasında istatistiksel olarak fark vardır ($\chi^2=11,722$, $p<0,05$, $p=0,009$).

Katılımcılardan bilgilendirme düzeyini deney grubunun %66,7'sinin, kontrol grubunun %43,3'ünün yeterli; deney grubunun %16,7'sinin, kontrol grubunun %33,3'ünün yetersiz; deney grubunun %16,7'sinin, kontrol grubunun %23,3'ünün kısmen yeterli bulduğu belirlendi. Bilgilendirme yeterliliği ile ilgili değerlendirmede gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Katılımcıların deney grubunda %93,3'ünün, kontrol grubunda %93,3'ünün hemşirelik bakımından memnun oldukları belirlendi. Katılımcıların hemşirelik bakım memnuniyetlerini değerlendirmede gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Deney grubundaki hastaların %80'inin, kontrol grubundaki hastaların %70'inin, refakatçısı olduğu bulundu. Katılımcıların refakatçi bulundurması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 6.3.Hastaların Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ) Boyut ve Düzey Puan Ortalamaları(N=60)

	X ± SS	(Min.-Max.)
Fiziksel Konfor	2,57± 0,59	1-4
Psikosprituel Konfor	3,19± 0,56	1,54-4
Çevresel Konfor	2,90± 0,57	2-4
Sosyokültürel Konfor	2,90± 0,30	2-3
GKÖ	2,88± 0,41	2-4
Ferahlama	2,65± 0,48	2-3
Rahatlama	2,90± 0,44	2-4
Üstünlük	3,07± 0,58	2-4
PKÖ	4,27± 0,94	2-6

Hastaların Genel Konfor Ölçeği boyut ve düzey puan ortalamaları Tablo 6.3'de verilmiştir. Çalışmamızda konfor boyutlarından, Fiziksel Konfor puan ortalaması $2,57± 0,6$, Psikospiritüel Konfor puan ortalaması $3,19±0,5$, Çevresel Konfor $2,90±0,5$ Sosyokültürel Konfor $2,90±0,3$ bulundu. Genel Konfor puan ortalaması $2,88±0,4$

bulundu. Konfor Düzeylerinden, Ferahlama $2,65\pm 0,4$, Rahatlama $2,90\pm 0,4$, Üstünlük $3,07\pm 0,5$ bulundu. Perianestezi Konfor Ölçeği puan ortalaması $4,27\pm 0,9$ bulundu.

Tablo 6.4. Deney ve Kontrol Grubunun Perianestezi Konfor Ölçeği Puanları

Maddeler	Grup	X ± SS	min-max	U*	p
PKÖ1 Sakindim.	Deney	4,467 ± 1,795	1-6	371,5	0,227
	Kontrol	3,867 ± 2,063	1-6		
PKÖ2 Üşüyordum.	Deney	4,000 ± 2,117	1-6	253,5	0,003
	Kontrol	2,300 ± 1,622	1-6		
PKÖ3 Yabancı bir ortamdı.	Deney	2,700 ± 1,878	1-6	395,5	0,390
	Kontrol	2,300 ± 1,745	1-6		
PKÖ4 İçinde bulunduğum durumdan rahatsızdım.	Deney	3,800 ± 1,919	1-6	276	0,007
	Kontrol	2,500 ± 2,080	1-6		
PKÖ5 Ailem/arkadaşlarım bu durumun üstesinden gelmemde yardımcı oldu.	Deney	5,733 ± 0,583	4-6	352	0,068
	Kontrol	4,800 ± 1,864	1-6		
PKÖ6 Ameliyattan önce anestezi uzmanı ile konuşma fırsatım oldu.	Deney	4,467 ± 2,097	1-6	408	0,497
	Kontrol	4,267 ± 2,100	1-6		
PKÖ7 Mahremiyetime saygı gösterilmedi.	Deney	4,967 ± 1,790	1-6	357	0,123
	Kontrol	4,067 ± 2,116	1-6		
PKÖ8 Çok endişeliydim.	Deney	3,933 ± 2,050	1-6	272	0,007
	Kontrol	2,533 ± 1,776	1-6		
PKÖ9 Hemşirem duygularımı önemsemedi.	Deney	5,233 ± 1,654	1-6	287,5	0,007
	Kontrol	4,067 ± 1,964	1-6		
PKÖ10 Gürültü rahatsız ediciydi.	Deney	5,033 ± 1,450	1-6	274,5	0,006
	Kontrol	3,733 ± 1,946	1-6		

PKÖ11	Deney	5,267 ± 1,461	1-6		
Hemşirem nazikti.	Kontrol	5,300 ± 1,022	2-6	399	0,374
PKÖ12	Deney	4,300 ± 1,557	1-6		
Anesteziye ilişkin daha çok bilgiye gereksinimim vardı.	Kontrol	2,533 ± 1,737	1-6	200,5	0,000
PKÖ13	Deney	5,233 ± 1,569	1-6		
Kontrolümü kaybettim	Kontrol	4,033 ± 2,189	1-6	288	0,008
PKÖ14	Deney	4,967 ± 1,650	1-6		
Çevremdeki genel hava güven vericiydi.	Kontrol	4,500 ± 1,697	1-6	380	0,263
PKÖ15	Deney	4,667 ± 1,845	1-6		
Bakım kalitem yetersizdi.	Kontrol	3,967 ± 1,884	1-6	322	0,047
PKÖ16	Deney	5,167 ± 1,488	1-6		
İsteklerim yerine getirildi.	Kontrol	4,733 ± 1,701	1-6	387	0,297
PKÖ17	Deney	4,667 ± 1,845	1-6		
Öz-saygım korunmadı.	Kontrol	3,967 ± 1,884	1-6	322	0,047
PKÖ18	Deney	5,233 ± 0,971	3-6		
Hızlı bir iyileşme süreci öngörebiliyordum.	Kontrol	4,000 ± 2,017	1-6	311	0,029
PKÖ19	Deney	5,567 ± 0,728	3-6		
Buradaki ortamın güvenli olduğunu hissettim.	Kontrol	4,833 ± 1,511	1-6	335	0,056
PKÖ20	Deney	5,700 ± 0,535	4-6		
Bana uygulanan bakım kendimi güvende hissetmemi sağladı.	Kontrol	4,667 ± 1,709	1-6	295	0,006
PKÖ21	Deney	4,700 ± 1,985	1-6		
Uyumaktan korkmuyordum.	Kontrol	4,267 ± 1,999	1-6	375	0,226
PKÖ22	Deney	4,300 ± 1,822	1-6		
İlaç uygulanan/serum verilen bölge ağrılıydı.	Kontrol	2,700 ± 1,784	1-6	240,5	0,002
PKÖ23	Deney	5,733 ± 0,521	4-6		
Burada aldığım bakımdan memnunum.	Kontrol	5,100 ± 1,213	1-6	311,5	0,017
PKÖ24	Deney	5,733 ± 0,521	4-6		
Hemşire benimle çok ilgilendi.	Kontrol	5,067 ± 1,258	2-6	332,5	0,038
PKÖ TOPLAM	Deney	4,800 ± 0,521	4-6		
	Kontrol	3,967 ± 0,761	2-5	246	0,001

*Mann Whitney U Test

Deney ve kontrol grubunun Perianestezi Konfor Ölçeği puanları Tablo 6.4'de görölmektedir*.Aşağıda açık ifadeleri bulunan ve tabloda istatistiksel bulguları yer alan maddelerin deney grubu ortalamaları kontrol grubuna göre yüksek çıkmıştır.

PKÖ 2: Üşüyordum.

PKÖ 4: İçinde bulunduğum durumdan rahatsızdım.

PKÖ 8: Çok endişeliydim.

PKÖ 9: Hemşirem duygularımı önemsemedi.

PKÖ 10: Gürültü rahatsız ediciydi.

PKÖ 12: Anesteziye ilişkin daha çok bilgiye gereksinim vardı.

PKÖ 13: Kontrolümü kaybettim.

PKÖ 15: Bakım kalitem yetersizdi.

PKÖ 17: Öz-saygım korunmadı.

PKÖ 18: Hızlı bir iyileşme süreci öngörebiliyordum.

PKÖ 19: Buradaki ortamın güvenli olduğunu hissettim.

PKÖ 20: Bana uygulanan bakım kendimi güvende hissetmemi sağladı.

PKÖ 22: İlaç uygulanan/serum verilen bölge ağrılıydı.

PKÖ 23: Burada aldığım bakımdan memnunum.

PKÖ 24: Hemşire benimle çok ilgilendi.

Tablo 6.5. Deney ve Kontrol Grubunun Genel Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları

GKÖ	Grup	X ± SS	min-max	U*	p
GKÖ Toplam	Deney	3,067 ± 0,254	3-4	294	0,001
	Kontrol	2,700 ± 0,466	2-5		
GKÖ Boyutları					
Fiziksel Konfor	Deney	3,000 ± 0,263	2-4	101	0,000
	Kontrol	2,133 ± 0,507	1-5		
Psikospritiüel Konfor	Deney	3,533 ± 0,507	3-4	274	0,004
	Kontrol	3,000 ± 0,743	2-4		
Çevresel Konfor	Deney	3,133 ± 0,434	2-4	269	0,001
	Kontrol	2,667 ± 0,606	2-4		
Sosyokültürel Konfor	Deney	3,000 ± 0,000	1-1	360	0,010
	Kontrol	2,800 ± 0,407	2-3		
GKÖ Düzeyleri					
Ferahlama	Deney	3,000 ± 0,000	3-3	135	0,000
	Kontrol	2,300 ± 0,466	2-3		
Rahatlama	Deney	3,100 ± 0,305	3-4	284	0,000
	Kontrol	2,700 ± 0,466	2-3		
Üstünlük	Deney	3,300 ± 0,535	2-4	279	0,002
	Kontrol	2,833 ± 0,531	2-4		

*Mann Whitney U Test

Tablo 6.5'e göre GKÖ toplam puan ortalaması deney grubunda 3,067±0,254, kontrol grubunda 2,700±0,466 olarak belirlendi, iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulundu (U=294,000, p=0,001, p<0,05). Deney grubunun GKÖ tüm alt boyut ve düzey puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu (p<0,05).

Tablo 6.6. Hastaların Genel Konfor Ölçeğine İlişkin Bulgular

Semptomlar	Grup	Ort ± SS	(min-max)	U*	p
GKÖ1 Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum.	Deney Kontrol	3,33 ± 0,802 2,66 ± 0,922	1-4 1-4	266	0,004
GKÖ2 Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum.	Deney Kontrol	3,16 ± 0,834 2,33 ± 1,093	1-4 1-4	257	0,003
*GKÖ3 Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum.	Deney Kontrol	1,46 ± 0,776 2,10 ± 1,029	1-4 1-4	289,5	0,010
GKÖ4 Yardıma gereksinim duyduğum güvenebileceğim kişiler var.	Deney Kontrol	3,90 ± 0,305 3,70 ± 0,702	3-4 1-4	402	0,252
*GKÖ5 Egzersiz yapmak istemiyorum.	Deney Kontrol	3,53 ± 0,860 2,73 ± 1,143	1-4 1-4	264	0,003
*GKÖ6 Durumum beni bunaltıyor.	Deney Kontrol	3,40 ± 1,003 2,13 ± 1,137	1-4 1-4	191	0,000
GKÖ7 Kendimi güvende hissediyorum.	Deney Kontrol	3,53 ± 0,860 3,43 ± 0,774	1-4 2-4	405,5	0,436
*GKÖ8 Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum.	Deney Kontrol	2,70 ± 1,236 2,00 ± 1,259	1-4 1-4	316,5	0,038
GKÖ9 Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum.	Deney Kontrol	3,93 ± 0,254 3,56 ± 0,728	3-4 2-4	341	0,017
GKÖ10 Sevdiğimi bilmek beni mutlu ediyor.	Deney Kontrol	4,00 ± 0,000 3,80 ± 0,407	4-4 3-4	360	0,010
GKÖ11 Bulduğum ortamdan memnunum.	Deney Kontrol	3,70 ± 0,535 3,03 ± 0,999	1-4 1-4	282,5	0,005
*GKÖ12 Gürültü dinlenmemi engelliyor.	Deney Kontrol	3,43 ± 0,817 2,60 ± 1,276	1-4 1-4	288	0,010
*GKÖ13 Kimse beni anlamıyor.	Deney Kontrol	3,76 ± 0,626 2,73 ± 1,230	1-4 1-4	234,5	0,000
*GKÖ14 Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum.	Deney Kontrol	3,36 ± 0,809 2,03 ± 1,098	1-4 1-4	168	0,000
GKÖ15 Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim.	Deney Kontrol	3,73 ± 0,640 3,63 ± 0,765	1-4 1-4	430,5	0,688

*GKÖ16 Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum.	Deney Kontrol	2,36 ± 1,273 3,06 ± 1,112	1-4 1-4	307,5	0,027
GKÖ17 İnancım korkusuz olmama yardım ediyor.	Deney Kontrol	3,73 ± 0,691 3,46 ± 0,860	1-4 1-4	322	0,047
*GKÖ18 Burada olmaktan hoşlanmıyorum.	Deney Kontrol	2,50 ± 1,196 2,20 ± 1,243	1-4 1-4	374	0,139
*GKÖ19 Şu anda kabızım.	Deney Kontrol	3,86 ± 0,346 2,50 ± 1,408	3-4 1-4	212	0,000
*GKÖ20 Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum.	Deney Kontrol	2,76 ± 1,073 2,13 ± 1,196	1-4 1-4	295	0,006
*GKÖ21 Bu oda beni ürkütüyor.	Deney Kontrol	3,80 ± 0,610 2,73 ± 1,258	2-4 1-4	312,5	0,036
*GKÖ22 Bundan sonra olacaklardan korkuyorum.	Deney Kontrol	3,30 ± 0,952 2,26 ± 1,337	1-4 1-4	222	0,000
GKÖ23 Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var.	Deney Kontrol	3,93 ± 0,254 3,73 ± 0,640	3-4 1-4	257,5	0,003
*GKÖ24 Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum.	Deney Kontrol	2,53 ± 1,042 1,60 ± 1,003	1-4 1-4	332,5	0,038
*GKÖ25 Açım.	Deney Kontrol	2,16 ± 1,367 1,43 ± 1,006	1-4 1-4	389	0,126
*GKÖ26 Doktorumu daha sık görmek istiyorum.	Deney Kontrol	1,50 ± 0,820 1,43 ± 0,774	1-4 1-4	221	0,000
GKÖ27 Bu odanın ısısı iyi	Deney Kontrol	3,80 ± 0,610 3,63 ± 0,718	1-4 1-4	315,5	0,015
*GKÖ28 Çok yorgunum	Deney Kontrol	2,46 ± 1,167 1,83 ± 1,085	1-4 1-4	309	0,029
GKÖ29 Ağrımla başa çıkabiliyorum.	Deney Kontrol	3,43 ± 0,728 2,63 ± 1,129	1-4 1-4	267	0,004
GKÖ30 Bulduğum ortam beni rahatlatıyor.	Deney Kontrol	3,56 ± 0,626 2,70 ± 1,149	2-4 1-4	261,5	0,003
GKÖ31 Memnunum	Deney Kontrol	3,76 ± 0,430 3,26 ± 0,944	3-4 1-4	324	0,027
*GKÖ32 Bu yatak rahatsız	Deney Kontrol	3,40 ± 0,932 3,10 ± 0,995	1-4 1-4	363,5	0,160
GKÖ33 Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor.	Deney Kontrol	3,06 ± 0,980 2,40 ± 1,102	1-4 1-4	297	0,019

*GKÖ34 Özel eşyalarım burada değil.	Deney Kontrol	2,73 ± 1,311 2,30 ± 1,317	1-4 1-4	370	0,212
*GKÖ35 Kendimi buraya ait hissetmiyorum.	Deney Kontrol	2,43 ± 1,165 1,70 ± 1,055	1-4 1-4	290	0,012
GKÖ36 Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum.	Deney Kontrol	3,40 ± 0,814 2,56 ± 1,165	1-4 1-4	268	0,004
GKÖ37 Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta atarak beni hatırlıyor.	Deney Kontrol	3,76 ± 0,626 3,36 ± 0,850	1-4 1-4	326	0,023
GKÖ38 İnançlarım bana huzur veriyor.	Deney Kontrol	3,86 ± 0,571 3,60 ± 0,855	1-4 1-4	376	0,078
*GKÖ39 Sağlığım hakkında daha fazla bilgi istiyorum.	Deney Kontrol	1,30 ± 0,596 1,23 ± 0,504	1-4 1-4	432,5	0,718
*GKÖ40 Kendimi kontrol edemiyorum.	Deney Kontrol	3,56 ± 0,817 2,93 ± 1,258	1-4 1-4	333	0,049
*GKÖ41 Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum.	Deney Kontrol	3,06 ± 1,112 2,70 ± 1,236	1-4 1-4	373,5	0,232
*GKÖ42 Bu oda berbat kokuyor.	Deney Kontrol	3,66 ± 0,711 3,30 ± 0,952	1-4 1-4	353	0,085
GKÖ43 Tek başınayım ama yalnızlık çekmiyorum.	Deney Kontrol	2,00 ± 1,203 1,96 ± 1,217	1-4 1-4	446,5	0,955
GKÖ44 Kendimi huzurlu hissediyorum.	Deney Kontrol	3,43 ± 0,728 2,86 ± 1,137	1-4 1-4	295	0,006
*GKÖ45 Kederliyim.	Deney Kontrol	3,43 ± 0,817 2,56 ± 1,278	1-4 1-4	333,5	0,064
GKÖ46 Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim.	Deney Kontrol	3,60 ± 0,724 3,40 ± 0,894	1-4 1-4	406	0,435
GKÖ47 Burada yaşamak kolay	Deney Kontrol	2,43 ± 1,223 1,96 ± 1,189	1-4 1-4	349,5	0,118
*GKÖ48 Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum.	Deney Kontrol	1,03 ± 0,183 1,30 ± 0,702	1-2 1-4	374	0,044

*Negatif İfadeler

Deney ve kontrol grubunun Genel Konfor Ölçeği toplam ve alt ölçek puanları Tablo 6.6'da yer almaktadır. Tablo 6.6'daki istatistiksel sonuçlara göre aşağıda yer alan maddelerin deney grubu ortalamaları kontrol grubuna göre yüksek çıkmıştır.

GKÖ 1: Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum.

GKÖ 2: Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum.

GKÖ 5: Egzersiz yapmak istemiyorum.

GKÖ 6: Durumum beni bunaltıyor.

GKÖ 8: Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum.

GKÖ 9: Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum.

GKÖ 10: Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor.

GKÖ 11: Bulduğum ortamdan memnunum.

GKÖ 12: Gürültü dinlenmemi engelliyor.

GKÖ 13: Kimse beni anlamıyor.

GKÖ 14: Ağrılarımı katlanmakta güçlük çekiyorum.

GKÖ 17: İncim korkusuz olmama yardım ediyor.

GKÖ 19: Şu anda kabızım.

GKÖ 20: Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum.

GKÖ 21: Bu oda beni ürkütüyor.

GKÖ 22: Bundan sonra olacıklardan korkuyorum.

GKÖ 23: Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var.

GKÖ 24: Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığımı hissediyorum.

GKÖ 26: Doktorumu daha sık görmek istiyorum.

GKÖ 27: Bu odanın ısısı iyi.

GKÖ 28: Çok yorgunum.

GKÖ 29: Ağrıyla başa çıkabiliyorum.

GKÖ 30: Bulduğum ortam beni rahatlatıyor.

GKÖ 31: Memnunum.

GKÖ 33: Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor.

GKÖ 35: Kendimi buraya ait hissetmiyorum.

GKÖ 36: Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum.

GKÖ 37: Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor.

GKÖ 40: Kendimi kontrol edemiyorum.

GKÖ 44: Kendimi huzurlu hissediyorum.

Aşağıda açık ifadeleri bulunan ve Tablo 6.6'daki istatistik sonuçlarına göre yer alan maddelerde kontrol grubu ortalamaları deney grubuna göre daha yüksek çıkmıştır.

GKÖ 3: Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum.

GKÖ 16: Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum.

GKÖ 48: Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum.

Değişkenlerin bağımlı ve bağımsız olması dikkate alınmaksızın aralarındaki ilişkinin yönünü ve derecesini gösteren nanparametrik testlerden Spearman ve Kendall korelasyon katsayıları -1 ile + 1 arasında değer alırlar.

Tablo 6.7. Kendall ve Spearman Testi

			PKÖ	GKÖ
Kendall's tau_b	PKÖ	Korelasyon Katsayısı	1,000	,450**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	60	60
	GKÖ	Korelasyon Katsayısı	,450**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	60	60
Spearman's rho	PKÖ	Korelasyon Katsayısı	1,000	,482**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	60	60
	GKÖ	Korelasyon Katsayısı	,482**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	60	60

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).

Tablo 6.7'ye göre örneklem grubumuz kontrol grubu, deney grubu ve toplam her iki grup birlikte ele alındığında p değeri $0,000 < 0,05$ olduğu için H_0 hipotezi red edilir. Kendall korelasyon katsayısı 0,450 olduğundan değişkenler arasındaki ilişki pozitif yönlü ve zayıf düzeydedir. PKÖ ve GKÖ arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma değişkenlerinden genel konfor alt boyutları olan fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel konforun; konfor düzeyleri olan ferahlama, rahatlama ve üstünlük değişkenleri ile arasındaki korelasyon değerleri Tablo 6.8'de görülmektedir.

Korelasyon aralığı;

0,00-0,25 olduğunda ilişki düzeyi çok zayıf,

0,26-0,49 ilişki düzeyi zayıf,

0,50-0,69 ilişki düzeyi orta,

0,70-0,89 ilişki düzeyi yüksek

0,90-1,00 ilişki düzeyi çok yüksek olarak yorumlanır.

Değişkenler birlikte artıyor veya azalıyorsa pozitif yönde, değişkenlerden biri artarken diğeri azalıyorsa ise negatif yönde bir ilişki vardır.

Tablo 6.8. Deney Grubu PKÖ ve GKÖ Toplam Puan Ortalamaları, Alt Boyut ve Düzey Puan Ortalamalarının Birbiri ile İlişkisi

	Ort.	SS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.PKÖ	4,7667	,89763	-								
2.GKÖ	3,0667	,25371	,373*	1							
3.RAHATLAMA	3,0667	,36515	,154	,695**	1						
4.ÜSTÜNLÜK	3,3000	,53498	,151	,356	,247	1					
5.FERAHLAMA	.a	.a	.a	.a	.a	.a	1				
6.Fiziksel Konfor	2,9333	,36515	,161	,422*	,552**	,282		1			
7.Sosyokültürel Konfor	.a	.a	.a	.a	.a	.a	a	.a		1	
8.Psikospiritüel Konfor	3,7000	,46609	-,091 p=0,634	,175 p=0,355	,324 p=0,081	,235 p=0,211		,081		1	
9.Çevresel Konfor	3,1667	,46113	,014 p=0,942	,491** p=0,006	,341 p=0,065	,629** p=0,000		,478** p=0,008		,241 p=0,20	1

a. En az bir değişken sabit olduğu için hesaplanamaz.

* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).

Tablo 6.8'e göre yapılan çalışmada deney grubunda yer alan katılımcıların genel konfor ölçeğine verdikleri cevaplar ile perianestezi konfor ölçeğine verdikleri cevaplar

arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.373$, $p=0,042$).

GKÖ-rahatlama ile *GKÖ-toplam* arasında katılımcıların verdikleri cevaplara göre pozitif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.695$, $p=0,000$).

GKÖ-fiziksel konfor ile *GKÖ-toplam* arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.422$, $p=0,020$).

GKÖ-çevresel konfor ile *GKÖ-toplam* arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.491$, $p=0,006$).

GKÖ-rahatlama ile *GKÖ-fiziksel konfor* arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.552$, $p=0,002$).

GKÖ-üstünlük ile *GKÖ-çevresel konfor* arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.629$, $p=0,000$).

GKÖ-ferahlama ile *GKÖ-toplam* arasında anlamlı ilişki yoktur.

GKÖ-sosyokültürel konfor ile *GKÖ-toplam* arasında anlamlı ilişki yoktur.

GKÖ-fiziksel konfor ile *GKÖ-çevresel konfor* arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.478$, $p=0,008$).

Tablo 6.9.Kontrol Grubu PKÖ ve GKÖ Toplam Puan Ortalamaları, Alt Boyut ve Düzey Puan Ortalamalarının Birbiri ile İlişkisi

	Ort.	SS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.PKÖ	4,0000	,83045	-								
2.GKÖ	2,7000	,46609	,445* p=0,014	1							
3.RAHATLAMA	2,7333	,44978	,554** p=0,001	,757** p=0,000	1						
4.ÜSTÜNLÜK	2,8333	,53067	,313 p=0,092	,767** p=0,000	,385* p=0,036	1					
5.FERAHLAMA	2,3000	,46609	,178 p=0,346	,429* p=0,018	,395* p=0,31	,349 p=0,059	1				
6.Fiziksel Konfor	2,2000	,55086	,226 p=0,230	,510** p=0,004	,362* p=0,049	,590** p=0,001	,698** p=0,000	1			
7.Sosyokültürel Konfor	2,8000	,40684	,306 p=0,100	,400* p=0,028	,452* p=0,012	,479** p=0,007	,327 p=0,077	,492** p=0,006	1		
8.Psikospiritüel Konfor	2,8333	,59209	,281 p=0,133	,687** p=0,000	,604** p=0,000	,567** p=0,001	,437* p=0,016	,423* p=0,020	,286 p=0,125	1	
9.Çevresel Konfor	2,6333	,55605	,149 p=0,431	,625** p=0,000	,423* p=0,020	,604** p=0,000	,173 p=0,361	,360 p=0,051	,274 p=0,142	,122 p=0,520	1

Tablo 6.9'a göre yapılan çalışmada kontrol grubunda yer alan katılımcıların genel konfor ölçeğine verdikleri cevaplar ile perianestezi konfor ölçeğine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.445$, $p=0,014$). Katılımcıların *GKÖ-rahatlama* düzeyine verdikleri cevaplar ile *PKÖ'ne* verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.554$, $p=0,001$).

Katılımcıların *GKÖ-rahatlama* düzeyine verdikleri cevaplar ile *GKÖ-toplamda* verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=.757$, $p=0,000$). Katılımcıların *GKÖ-üstünlük* düzeyine verdikleri

cevaplar ile *GKÖ-toplamına* verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.767$, $p=0,000$). Katılımcıların *GKÖ-ferahlama* düzeyine verdikleri cevaplar ile *GKÖ-toplamına* verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.429$, $p=0,018$). Katılımcıların *GKÖ-fiziksel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-toplama* verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.510$, $p=0,004$). Katılımcıların *GKÖ-sosyokültürel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-toplamına* verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.400$, $p=0,028$). Katılımcıların *GKÖ-psikospiritüel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-toplama* verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.687$, $p=0,000$). Katılımcıların *GKÖ-çevresel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-toplama* verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.625$, $p=0,000$).

Katılımcıların *GKÖ-üstünlük* düzeyine verdikleri cevaplar ile *GKÖ-rahatlama* düzeyine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=.385$, $p=0,036$). Katılımcıların *GKÖ-ferahlama* düzeyine verdikleri cevaplar ile *GKÖ-rahatlama* düzeyine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=.395$, $p=0,031$). Katılımcıların *GKÖ-fiziksel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-rahatlama* düzeyine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.362$, $p=0,049$). Katılımcıların *GKÖ-sosyokültürel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-rahatlama* düzeyine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=.452$, $p=0,012$). Katılımcıların *GKÖ-psikospiritüel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-rahatlama* düzeyine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=.604$, $p=0,000$). Katılımcıların *GKÖ-çevresel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ- rahatlama* düzeyine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.423$, $p=0,020$).

Katılımcıların *GKÖ-fiziksel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-üstünlük* düzeyine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.590$, $p=0,001$). Katılımcıların *GKÖ-sosyokültürel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ- üstünlük* düzeyine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=.479$, $p=0,007$). Katılımcıların *GKÖ-psikospiritüel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-üstünlük* düzeyine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.567$, $p=0,001$). Katılımcıların *GKÖ-çevresel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-üstünlük* düzeyine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.604$, $p=0,000$).

Katılımcıların *GKÖ-fiziksel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-ferahlama* düzeyine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.698$, $p=0,000$). Katılımcıların *GKÖ-psikospiritüel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-üstünlük* düzeyine verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.437$, $p=0,016$).

Katılımcıların *GKÖ-sosyokültürel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-fiziksel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.492$, $p=0,006$). Katılımcıların *GKÖ-psikospiritüel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar ile *GKÖ-fiziksel konfor* boyutuna verdikleri cevaplar arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=.423$, $p=0,020$).

Tablo 6.10. Deney ve Kontrol Gruplarının Demografik Değişkenlere Göre GKÖ ve PKÖ Puanları Karşılaştırmaları

		GKÖ		PKÖ	
		Deney	Kontrol	Deney	Kontrol
Değişkenler		X+SS	X+SS	X+SS	X+SS
Cinsiyet	Kadın	3,056±,236	2,762±,436	4,778±,943	4,048±,865
	Erkek	3,083±,289	2,556±,527	4,750±,866	3,889±,782
	<i>t, p</i>	<i>-,277,0,784</i>	<i>1,033,,321</i>	<i>,083,0,934</i>	<i>,493,0,628</i>
Sigara Alışkanlığı	Var	3,080±,277	2,704±,465	4,720±,936	3,926±,829
	Yok	3,000±0,000	2,667±,577	5,000±,707	4,667±,577
	<i>t, p</i>	<i>1,445,,161</i>	<i>,107,,923</i>	<i>-,762,,471</i>	<i>-2,005,,138</i>
Sosyal Güvence	Var	3,069±,258	2,679±,475	4,759±,912	3,929±,813
	Yok	3,000±	3,000±	5,000±	5,000±0,000
	<i>t, p</i>	<i>-----</i>	<i>-3,576,,001</i>	<i>-----</i>	<i>-6,971,,000</i>
Ameliyat Deneyimi	Var	3,077±,0,272	2,682±,0,477	4,000±,0,909	4,000±,0,873
	Yok	3,000±,000	2,750±,463	4,000±,0,000	4,000±,0,756
	<i>t, p</i>	<i>1,443,,161</i>	<i>-,354,,729</i>	<i>4,963,,000</i>	<i>,000,1,000</i>
Hastaneye Yatış Deneyimi	Var	3,059±,242	2,579±,507	4,882±,993	3,947±,911
	Yok	3,077±,277	2,909±,301	4,615±,768	4,901±,,701
	<i>t, p</i>	<i>-0,187,,853</i>	<i>-2,236,,034</i>	<i>,831,,413</i>	<i>-,483,,633</i>
Kronik Hastalık	Var	3,050±,224	2,640±,490	4,750±,967	3,880±,833
	Yok	3,100±,316	3,000±,000	4,800±,789	4,600±,548
	<i>t, p</i>	<i>-,447,,662</i>	<i>-3,674,,001</i>	<i>-,151,,881</i>	<i>-2,431,,0,40</i>
Ameliyat Bilgilendirmesi	Yapıldı	3,077±,272	2,682±,477	4,885±,909	4,000±,873
	Yapılmadı	3,000±,000	2,750±,463	4,000±,000	4,000±,756
	<i>t, p</i>	<i>1,443,,161</i>	<i>-,354,,729</i>	<i>4,963,,000</i>	<i>,000,1,000</i>

Deney ve kontrol gruplarında *cinsiyet* değişkenine göre GKÖ toplam puanları karşılaştırıldığında deney grubunda kadınların GKÖ ortalaması 3,05 erkeklerinki 3,08 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur. Kontrol grubunda kadınların ortalaması 2,76 erkeklerinki 2,55 iki grup arasında anlamlı fark yoktur. Deney ve kontrol gruplarında kadın ve erkeklerin PKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı.

Deney ve kontrol gruplarında *sigara alışkanlığı* değişkenine göre GKÖ toplam puanları karşılaştırıldığında deney grubunda kullananların GKÖ ortalaması 3,08 kullanmayanlarıinki 3,00 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur. Kontrol grubunda kullananların ortalaması 2,70 kullanmayanlarıinki 2,67 iki grup arasında anlamlı fark yoktur. Deney ve kontrol gruplarında sigara kullanan ve kullanmayanların PKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı.

Deney ve kontrol gruplarında *sosyal güvence* değişkenine göre GKÖ toplam puanları karşılaştırıldığında deney grubunda sosyal güvencesi olanların GKÖ ortalaması 3,07 sosyal güvencesi olmayanların ortalamaları 3,00 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur. Kontrol grubunda sosyal güvencesi olanların ortalaması 2,68 olmayanlarıinki 5,00 iki grup arasında anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda sosyal güvencesi olanların GKÖ puanı sosyal güvencesi olmayanlardan anlamlı şekilde düşüktür. Deney ve kontrol gruplarının sosyal güvence değişkenine göre PKÖ puanları karşılaştırmasında t testinde; $t=6,971$, $p=0,000$, $p<0,05$ olduğundan varyanslar eşit değildir. Kontrol grubunda sosyal güvencesi olmayanların ortalaması 5,00 olanlarıinki 3,93 bulundu.

Deney ve kontrol gruplarında *ameliyat deneyimi* değişkenine göre GKÖ toplam puanları karşılaştırıldığında deney grubunda ameliyat geçirenlerin GKÖ ortalaması 3,08 ameliyat geçirmeyenlerin ortalamaları 3,00 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur. Kontrol grubunda ameliyat geçirenlerin ortalaması 2,68 ameliyat geçirmeyenlerin 2,75 iki grup arasında anlamlı fark yoktur. Deney grubunda PKÖ ortalamaları arasında fark vardır; kontrol grubunda ameliyat geçirenlerin ve geçirmeyenlerin ortalaması 4,00 olup gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Deney ve kontrol gruplarında *hastaneye yatış deneyimi* değişkenine göre GKÖ toplam puanları karşılaştırıldığında deney grubunda daha önce hastane yatışı olanların GKÖ ortalaması 3,06 yatışı olmayanların ortalamaları 3,08 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur. Kontrol grubunda hastane yatışı olanların ortalaması 2,58 olmayanlarınki 2,91 iki grup arasında anlamlı fark vardır ($t=2,236$, $p=0,034$, $p<0,05$). Deney ve kontrol gruplarında hastaneye yatış deneyimi değişkenine göre PKÖ toplam puanları karşılaştırıldığında deney grubunda daha önce hastanede yatanların PKÖ ortalaması 4,88 yatmayanların ortalamaları 4,61 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur. Kontrol grubunda daha önce hastane yatışı olanların PKÖ ortalaması 3,95 yatışı olmayanların ortalamaları 4,90 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur.

Deney ve kontrol gruplarında *kronik hastalık* değişkenine göre GKÖ toplam puanları karşılaştırıldığında deney grubunda kronik hastalığı olanların GKÖ ortalaması 3,05 kronik hastalığı olmayanların ortalamaları 3,10 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur. Kontrol grubunda kronik hastalığı olanların ortalaması 2,64 olmayanlarınki 3,00 iki grup arasında anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda kronik hastalığı olanların genel konfor düzeyi olmayanlara göre daha düşüktür ($t=3,674$; $p=0,001$). Deney ve kontrol gruplarında kronik hastalık değişkenine göre PKÖ toplam puanları karşılaştırıldığında deney grubunda kronik hastalığı olanların PKÖ ortalaması 4,75 olmayanların ortalamaları 4,80 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur. Kontrol grubunda kronik hastalığı olanların PKÖ ortalaması 3,88 olmayanların ortalamaları 4,60 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur.

Deney ve kontrol gruplarında *ameliyat bilgilendirmesi* değişkenine göre GKÖ toplam puanları karşılaştırıldığında deney grubunda ameliyat bilgilendirmesi yapılanların GKÖ ortalaması 3,08 ameliyat bilgilendirmesi yapılmayanların ortalamaları 3,00 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur. Kontrol grubunda ameliyat bilgilendirmesi yapılanların ortalaması 2,68 ameliyat bilgilendirmesi yapılmayanların ortalamaları 2,75 iki grup arasında anlamlı fark

yoktur. Deney ve kontrol gruplarında ameliyat bilgilendirmesi değişkenine göre PKÖ toplam puanları karşılaştırıldığında deney grubunda ameliyat bilgilendirmesi yapılanların PKÖ ortalaması 4,88 yapılmayanların ortalamaları 4,00 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır ($t= 4,963$, $p=0,000$, $p<0,05$). Kontrol grubunda ameliyat bilgilendirmesi yapılanların PKÖ ortalaması 4,00 yapılmayanların ortalamaları 4,00 bulundu. İki grubun puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 6.11.Deney ve Kontrol Grubunda Ağrı Süresi İçin Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

<i>Değişkenler</i>	<i>DENEY GRUBU</i>	<i>KONTROL GRUBU</i>	<i>t ; p</i>
	<i>X±SS</i>	<i>X±SS</i>	
<i>Ağrı 1. saat</i>	<i>4,67±1,321</i>	<i>6,30±1,822</i>	<i>-3,974,; 0,000</i>
<i>Ağrı 2. saat</i>	<i>4,37±1,217</i>	<i>6,13±1,888</i>	<i>-4,306 ; 0,000</i>
<i>Ağrı 4. saat</i>	<i>3,77±1,167</i>	<i>5,70±1,841</i>	<i>-4,860,; 0,000</i>
<i>Ağrı 8. saat</i>	<i>3,23±1,304</i>	<i>5,53±1,888</i>	<i>-5,488 ; 0,000</i>
<i>Ağrı 12. saat</i>	<i>2,47±1,279</i>	<i>5,20±1,864</i>	<i>-6,621 ; 0,000</i>
<i>Ağrı 24. saat</i>	<i>1,90±1,213</i>	<i>4,70±1,932</i>	<i>-6,721 ; 0,000</i>
<i>Ağrı 48. Saat</i>	<i>1,33±1,184</i>	<i>4,30±1,744</i>	<i>-7,705 ; 0,000</i>
<i>Ağrı 72. saat</i>	<i>0,83±0,912</i>	<i>3,80±1,749</i>	<i>-8,233 ; 0,000</i>

Tablo 6.11'e göre bağımsız örneklem t testi için ağrı sürelerini gösteren değişkenler sürekli değişken olduğu için normallik testi uygulanmış ve değişkenin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir.

Ameliyat sonrası birinci saatte deney grubunun ağrı düzeyi ortalaması kontrol grubundan düşük çıkmıştır ($t= -3,974$, $F=4,655$, $p=0,000$, $p< 0,05$).

Ameliyat sonrası ikinci saatte deney grubunda ağrı düzeyi ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır ($t=-4,306$, $F=5,150$, $p=0,000$, $p< 0,05$).

Ameliyat sonrası dördüncü saat ağrı düzeyi deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır ($t=-4,86$, $F=5,491$, $p=0,000$, $p< 0,05$).

Ameliyat sonrası sekizinci saat ağrı düzeyi ortalaması deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır ($t=-5,488$, $F=5,128$, $p=0,000$, $p< 0,05$).

Ameliyat sonrası deney grubunda 12. saat ağrı düzeyi ortalaması kontrol grubu hastalarına göre daha düşük çıkmıştır ($t= -6,621$, $F=4,364$, $p=0,000$, $p< 0,05$).

Ameliyat sonrası deney grubunda 24. saat ağrı düzeyi ortalaması, kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır ($t=-6,721$, $F=6,167$, $p=0,000$, $p< 0,05$).

Ameliyat sonrası deney grubunda 48. saat ağrı düzeyi ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır ($t= -7,705$, $F=4,766$, $p=0,000$, $p< 0,05$).

Ameliyat sonrası deney grubunda 72. saat ağrı düzeyi ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır ($t=-8,233$, $F=10,376$, $p=0,000$, $p< 0,05$).

Normal Dağılım Göstermeyen Değişkenlerin Mann-Whitney U Testi Analizi

İlk gaz çıkış süresi, ilk defekasyon süresi, ameliyat sonrası ilk sıvı gıda başlanma süresi, ilk mobilizasyon süresi, NG tüp çıkış süresi, dren çıkış süresi, idrar katateri çıkış süresi ve taburculuk süresi değişkenleri normal dağılım göstermedikleri için deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 6.12. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının İyileşme Kriterlerinin Karşılaştırılması

İyileşme Süreci	DENEY GRUBU			KONTROL GRUBU			İstatistiksel Değerleme		
	X	± SS	(min-max)	X	± SS	(min-max)	Z	U	p
İlk Gaz Çıkış Süresi (saat)	8,13	± 4,71	(4-24)	31,4	± 32,2	(4-168)	-5,241	96,5	0,000
İlk Defekasyon Süresi (saat)	13,74	± 14,72	(8-72)	84,4	± 77,8	(18-360)	-6,226	30,5	0,000
İlk Sıvı Başlama (saat)	9,07	± 5,86	(6-24)	75,8	± 52,5	(8-240)	-6,336	25,5	0,000
Mobilizasyon (saat)	6,77	± 1,74	(4-12)	11,8	± 2,62	(8-18)	-6,083	44,5	0,000
NG çıkış süresi (gün)	1,13	± 0,35	(1-2)	2,83	± 1,18	(1-6)	-6,043	69	0,000
Dren çıkış süresi (gün)	1,57	± 0,77	(1-3)	4,86	± 1,89	(1-8)	-5,679	70,5	0,000
İdrar katateri çıkış süresi (saat)	5,23	± 2,57	(2-14)	11,2	± 6,31	(3-24)	-4,128	178	0,000
Taburculuk (gün)	4,93	± 2,41	(3-10)	8,10	± 2,71	(5-15)	-4,873	125	0,000

Tablo 6.12'ye göre ilk gaz çıkış süre ortalamaları karşılaştırıldığında deney grubunda ilk gaz çıkış süresinin kontrol grubundan kısa olduğu belirlendi (U=96,500, p=0,000, p< 0,05).

Deney ve kontrol grubunun ilk defekasyon süre ortalamaları karşılaştırıldığında deney grubunda ilk defekasyon süresinin kontrol grubundan kısa olduğu belirlendi (U=30,500, p=0,000, p< 0,05).

Deney ve kontrol grubunun ameliyat sonrası ilk sıvı başlama süreleri karşılaştırıldığında deney grubunda sürenin kontrol grubuna göre daha kısa olduğu bulundu (U=25,500, p=0,000, p< 0,05).

Deney ve kontrol grubunun ameliyat sonrası ilk mobilizasyon süresi karşılaştırıldığında deney grubunun ilk mobilizasyon süre ortalamasının kontrol grubundan kısa olduğu belirlendi (U=44,500, p=0,000, p< 0,05).

Deney ve kontrol grubunda NG tüp çekilme süreleri karşılaştırıldığında deney grubunda NG tüp çekilme süresi kontrol grubundan daha kısa bulundu (U=69,000, p=0,000, p< 0,05).

Deney ve kontrol grubunda dren çekilme süreleri karşılaştırıldığında deney grubunda dren çekilme süresi daha kısa bulundu (U=70,500, p=0,000, p< 0,05).

Deney ve kontrol grubunun idrar katateri çekilme zamanı karşılaştırıldığında deney grubunun idrar katateri çekilme süresi kontrol grubuna göre daha kısa bulundu (U=178,000, p=0,000, p< 0,05).

Deney ve kontrol grubunun taburculuk zamanı karşılaştırıldığında kontrol grubunun taburculuk süreleri deney grubuna göre daha uzun bulundu (U=125,000, p=0,000, p< 0,05).

7. TARTIŞMA

Cerrahi uygulama kararlarının alınması ve uygulama sonrası hastaların yaşamış olduğu ağrı, enfeksiyon riski, fizyolojik ve psikolojik şikayetlerde kaliteli hemşirelik bakımı son derece önem arz etmektedir. Yapılan iyileşme protokolleri ile büyük ölçüde hasta şikayetlerinin azaltılması, hastanın konforunun ve bakım memnuniyetinin artırılması mümkün olmaktadır. Hızlandırılmış iyileşme protokolleri hemşirelik bakımında kanıta dayalı bir bakımın sağlanması hemşireliğin gelişimi, yeni politika ve prosedürlerin geliştirilmesi ve kullanımı açısından önemli faydalar sağlamaktadır. Bu araştırmada hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulanan kolorektal cerrahi hastalarının ameliyat sonrası konfor düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgisi ışığında ele alınarak tartışılmıştır.

Bu çalışmada hastaların deney grubunda %60'ı, kontrol grubunda %70'i kadın olduğu belirlenmiştir. Ayrıca cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal güvence ve sigara alışkanlığı yönünden gruplar arasında istatistiksel bir farkın olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 6.1). Yıldız Fındık ve Soydaş Yeşilyurt'un cerrahi hastalarının ameliyat sonrası hemşirelik bakım kalitesi algısını araştırdığı çalışmada, çalışmaya katılan hastaların ($n=271$), %55'inin kadın ($n=149$) olduğu belirlenmiştir (80). Bu çalışmada da, araştırmanın bulgularıyla benzer şekilde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, daha önce hastanede yatmış olma ve daha önce ameliyat deneyimi yaşamış olmanın hastaların bakım kalitesini algılama düzeylerine istatistiksel olarak anlamlı bir etki göstermediği rapor edilmiştir.

Çalışmamıza katılan bireylerin yaş ortalaması deney grubu için 55.367 ± 16.437 ve kontrol grubu için $56,067\pm 14,748$ olarak bulunmuştur (Tablo 6.1). KRK'nin, yaşla beraber her iki cinsiyette de görülme sıklığının arttığı bilinen bir gerçektir (28,70). Thiele ve arkadaşlarının, kolorektal cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolünün hastanede kalış süresi, komplikasyonlar ve maliyetler üzerine etkisini araştırdığı çalışmada, standart bakım grubunda yer alan 98 hasta için yaş ortalaması 58.0 ± 14.2 ve HİP grubunda yer alan 109 hasta için yaş ortalaması 58.0 ± 15.2 olarak bulunmuştur (66). Yıldız Fındık ve Soydaş Yeşilyurt'un cerrahi hastaların ameliyat sonrası hemşirelik bakım kalitesi algısını araştırdığı çalışmada ($n=271$) çalışmaya

katılan bireylerin yaş ortalamalarının 55.54 ± 14.59 olduğu belirlenmiştir (80). Çalışmamızda ortaya çıkan yaş ortalaması literatür bulgusu ile uyumludur. Bunun yanı sıra araştırmada yaş değişkenine göre bağımsız gruplar t testinde, $t = -1.174$, $F = 0.307$, $p = 0.863$, $p > 0.05$ olduğundan yaş değişkenine göre deney ve kontrol grubunun farklılık göstermediği bulunmuştur.

Çalışmada hastalığa ilişkin operasyon türü, ASA sınıflaması, hastaneye yatış deneyimi, kronik hastalık, ameliyat deneyimi, ameliyat kararını veren kişi, ameliyat bilgilendirmesi, ameliyat bilgilendirmesini yapan kişi, bilgilendirmenin yeterliliği, hemşirelik bakımından memnuniyet, refakatçi bulundurma için yapılan ki kare testinde sadece ameliyat bilgilendirmesini yapan grupta ($\chi^2 = 11.722$ ve $p = 0.009$) deney ve kontrol grubunda farklılık tespit edilmiştir (Tablo 6.2). Ameliyat bilgilendirmesi yapan gruplar içinde sadece doktordan bilgilendirme alan grupların genel konfor ölçeği, ferahlama, rahatlama, üstünlük, fiziksel konfor, psikospiritüel konfor, çevresel konfor düzeylerinde sadece hemşireden, hemşire ve doktordan birlikte bilgilendirme alan gruplara göre ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Ancak literatürde hızlandırılmış iyileşme protokollerinin uygulanması bağlamında ameliyat bilgilendirmesinin doktorlar ve/veya hemşireler tarafından yapılmasının hastanın konfor düzeyini nasıl etkileyeceğine dair bir bulguya rastlanmamıştır. Literatürde var olan araştırmalar genel olarak bilgilendirmenin hastaların anksiyete düzeylerini, hastanede kalış sürelerini azalttığını ve hasta memnuniyetini arttırdığını rapor etmektedir (35,78,89). Bilgilendirmeye özellikle önem verilerek multimodal bir yaklaşım ile hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulanan hastalarla, standart bakım uygulanan elektif kolorektal rezeksiyon gerçekleştirilen hastalar arasında bir karşılaştırma yapan Forsmo ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri randomize kontrollü çalışmada, hastalara yapılacak olan ameliyat öncesi bilgilendirmenin hastanede kalış süresi ve ameliyat sonrası çıktılar üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu belirtmişlerdir (35). HİP grubuna dahil olan hastalara HİP hemşiresi tarafından ameliyat öncesi bir ya da iki konsültasyon yapılmış ve hastalar HİP bakımının ilkelerine dair detaylı olarak bilgilendirilmişlerdir. Standart bakım grubuna kıyasla HİP grubundaki hastaların hastanede kalış süreleri anlamlı bir şekilde kısalmış, sekiz günden beş güne inmiştir. Ayrıca Wongkietkachorn ve arkadaşları, uygulanacak girişime ilişkin hekimin detaylı

ve hasta merkezli bilgilendirme yapmasının hastaların hazırlıklı olmasını ve memnuniyetini arttırdığını belirtmişlerdir (78).

Çalışmamızda Genel Konfor Ölçeği toplam puan ortalaması deney grubunda $3,067 \pm 0,254$, kontrol grubunda $2,700 \pm 0,466$ olarak belirlendi, iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ($U=294,000$, $p=0,001$, $p<0,05$). Deney grubunun GKÖ tüm alt boyut (fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel) ve düzey (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Çalışmamızda Perianestezi Konfor Ölçeği toplam puan ortalaması deney grubunda $4,800 \pm 0,521$, kontrol grubunda $3,967 \pm 0,761$ olarak belirlendi, iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ($U=246,000$, $p=0,001$, $p<0,05$). Hastaların konfor düzeyinin deney grubunda daha yüksek olduğunu gösteren bu veriler H1 hipotezimizi doğrulamaktadır. Konfor yaşam kalitesine yönelik oldukça önemli bir unsur olduğu için cerrahi hemşireliğinde hastaların konfor durumunu değerlendirmek ve bu konuda gerekli müdahaleleri sağlamak hemşirelik uygulama ve araştırmasının temel taşlarından birisi ve kaliteli bakımın bir parçası olarak görülmektedir (68). Kolorektal cerrahi için hazırlanan hızlandırılmış iyileşme protokollerinde yer alan yaklaşımların çoğunda hemşirelik uygulamalarının yer aldığı görülmektedir (23). Hemşire, bu protokolleri uygulayarak hastanın konforunun artmasına katkı sağlama amacı taşımaktadır. Ancak literatür incelemesi yapıldığında konunun önemine rağmen ülkemizde doğrudan cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokollerine dayalı hemşirelik bakım uygulamalarının konfor düzeyine etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Günümüzde özellikle kolorektal cerrahi başta olmak üzere ameliyatın kapsamına, ASA sınıflamasına ve cerrahi riske bakmaksızın tüm yetişkin hastalar için HIP'in rutin kullanımı destekleyen birçok çalışma mevcuttur (76). Kolorektal cerrahi hastalarında hızlandırılmış iyileşme programlarına odaklanan randomize kontrollü çalışmaların bir meta analizispesifik olarak hastanede kalış süresinin ortalama 2.4 gün azaldığını ortaya çıkarmıştır (66). Bu tez çalışmasında ulaştığımız bulgular ışığında, hızlandırılmış iyileşme uygulamalarının benimsenmesi ile kolorektal cerrahi sonrası hastalarda hem erken ameliyat sonrası dönemde geçerli olan perianestezi konfor düzeyinin hem de genel konforun artırılabilceğini söyleyebiliriz. Hızlandırılmış iyileşme protokollerinin kullanımı ile hedeflenen iyileşme kriterlerine ulaşılması, hastanede

yatış süresinin kısaltılması, hastaların çok yönlü iyileşmesinin sağlanması ve sonuçta hastanın konfor düzeyinin arttırılabileceğini söylememiz mümkündür. Literatür incelendiğinde, kolorektal cerrahinin yanı sıra diğer cerrahilerde de hızlandırılmış iyileşme protokollerinin hastanın konfor düzeyi üzerindeki etkisine dair çalışmalara rastlanmıştır. Yu ve arkadaşları, prediktif hemşirelik eğitimi sürecinin onkoloji departmanındaki hastaların konfor düzeyi ve yaşam kalitesi üzerinde etkisini araştırdıkları çalışmalarında cerrahi veya radyoterapi/kemoterapi tedavisi için kabul edilen 168 kanser hastasını rutin kanser bakımı ve prediktif hemşirelik bakımı verdikleri kontrol ve gözlem gruplarında incelemişlerdir. Araştırmalarında hastalara hastaneye kabulden sonra ve taburcu olmadan önce Kolcaba'nın genel konfor ölçeğini ve yaşam kalitesi ölçeğini uygulamışlardır. Çalışmalarının sonucunda prediktif hemşirelik eğitimi sürecinin kanser hastalarının günlük yaşam aktivitelerini ve konfor düzeylerini ve böylece zihinsel durumlarını ve yaşam kalitelerini anlamlı bir şekilde iyileştirebildiğini rapor etmişlerdir (84).

Çalışmamızda deney grubundaki hastalarda ilk saatten sonra 2, 4, 8, 12, 24, 48 ve 72.saatte yapılan ağrı ölçümlerinde puan ortalamaları kontrol grubundan daha düşük bulundu. Yapılan literatür incelemesinde genel konfor ölçeği uygulanan hastaların ağrı ölçümlerinde farklılık olup olmadığına yönelik çok az çalışmaya rastlanmıştır. Tan ve arkadaşları, kronik süpüratif otitis medianın perioperatif döneminde ERAS ve cerrahi sonrası konvansiyonal iyileşme arasındaki etkinlik ve güvenliği karşılaştırdıkları ve timpanoplasti ve/veya mastoidektomi için planlamanın yapıldığı 84 hastayı dahil ettikleri çalışmalarında, hastaların preoperatif anksiyetesi, postoperatif ağrı ve konfor düzeyini Öz-değerlendirme Anksiyete Ölçeği, Görsel Analog Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği sonuçlarına göre belirlemeye çalışmışlardır (61). Araştırmanın sonuçlarına göre, postoperatif komplikasyonlar, postoperatif hastanede kalış süresi ve hastanede kalış maliyeti açısından ERAS grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Araştırmacılar, ERAS'ın kronik süpüratif otitis medianın perioperatif döneminde ağrıyı azaltabileceğini ve konforu artırabileceğini rapor etmişlerdir. Bulgularımız da bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Deney ve kontrol grubunun ameliyat sonrası ilk gaz çıkış süreleri farklılık göstermektedir. Deney grubunda ilk gaz çıkışı süresi kontrol grubuna göre daha kısa bulunmuştur (U=96,500, p=0,000, p<0,05). Bunun yanı sıra deney ve kontrol grubunun ilk defekasyon süresi ortalamaları karşılaştırıldığında deney grubunda ilk defekasyon süresinin kontrol grubuna göre daha kısa olduğu belirlenmiştir (U=30,500, p=0,000, p<0,05). Vignali ve arkadaşlarının, laparoskopik rektal rezeksiyon gerçekleştirilen 135 kontrol, 162 müdahale grubu hasta üzerinde yaptıkları araştırmada ameliyat sonrası ERAS protokolü uygulanan grubun standart bakım uygulanan gruba göre bağırsak fonksiyonlarında daha hızlı bir iyileşme gösterdiği saptanmıştır (75). İlk gaz çıkışı HİP grubunda 2.1 gün sonra gerçekleşirken, standart bakım grubunda 3.3 gün sonra gerçekleşmiştir. İlk bağırsak hareketi HİP grubunda 4.7 gün sonra standart bakım grubunda 5.7 gün sonra gerçekleşmiştir. Topçu ve Öztekin'in, sakız çiğnemenin ameliyat sonrası iyileşme üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada kolorektal cerrahide günde üç defa 15 dakika sakız çiğnemenin ileus gelişme oranını, gaz çıkarma ve defekasyon zamanını azalttığı belirtilmiştir. Ayrıca sakız çiğnemenin beslenmeye başlama zamanını, ağrı düzeyini azalttığını ve yatış süresini kısalttığı ifade edilmiştir (67). Benzer şekilde, Terzioğlu ve arkadaşları, "Abdominal Jinekolojik Cerrahi Sonrası İntestinal Motilite Üzerine Multimodal Müdahaleler" başlıklı çalışmalarında, benign abdominal jinekolojik operasyon geçiren hastalarda ameliyat sonrası dönemde erken oral beslenme, mobilizasyon ve sakız çiğnemenin hastanede kalma süresini kısaltmada, hastanın konforunu artırmada ve paralitik ileusun önlenmesinde etkili yöntemler olduğu sonucuna ulaşmışlardır (65). Çalışma bulgularına göre, ilk bağırsak sesleri sakız çiğneme, erken oral hidrasyon ve erken mobilizasyon uygulanan hasta grubunda ortalama 4.95 saat sonra, rutin bakım verilen grupta ise ortalama 9.32 saat sonra alınmıştır. İlk gaz çıkarma en erken sakız çiğneme, erken oral hidrasyon ve erken mobilizasyon uygulanan grupta 13.3 saat, en geç rutin bakım grubunda 30.4 saat sonra gerçekleşmiştir. İlk defekasyon süresi deney grubunda ameliyattan 25.4 saat sonra, rutin bakım grubunda 77.8 saat sonra olarak gerçekleşmiştir. Yin ve arkadaşlarının, elektif kolorektal rezeksiyon geçiren hastalarda HİP ve standart bakım uygulamasını karşılaştırdıkları bir meta analiz çalışmasında, hastanede toplam kalış süresi, ilk gaz çıkarma süresi, ilk defekasyonu süresi ve ilk oral

beslenme süresinin HİP uygulanan hastalarda daha kısa olduğu rapor edilmiştir (82). Bu sonuçlar araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda deney grubunda ameliyat sonrası ilk sıvı başlanma süresi kontrol grubuna göre daha kısa bulundu. Braga ve arkadaşlarının, pankreatikoduodenektomi ameliyatı uygulanan hastalara yapılan ERAS protokolü uygulamasında deney grubunun kontrol grubuna göre daha erken oral beslenmeye geçtiklerini rapor ettikleri görülmektedir (13). Bayar ve arkadaşları, majör karaciğer rezeksiyonu planlanan 40 hastanın 20'sine klasik bakım yöntemleri, 20'sine ise HİP uygulamış ve HİP uygulanan grupta sulu ve katı gıdaya başlama zamanlarında iyileşme olduğunu gözlemlemişlerdir (10). Gündoğdu ve arkadaşları, ERAS protokolünün kolorektal cerrahi sonuçlarına etkisini inceledikleri çalışmalarında hastaların ameliyat sonrası dönemde daha erken oral gıdaya başlandığı rapor edilmiştir (11). Yin ve arkadaşları da, "Elektif Açık Kolorektal Rezeksiyon Altındaki Hastalarda Standart Bakım ve Fast Track Protokollerinin Karşılaştırılması" isimli meta analiz çalışmasında, ilk oral beslenme sürelerinin (2 randomize kontrollü çalışma, n=158) HİP protokolü uygulanan hastalarda daha kısa olduğunu rapor etmişlerdir. (82). Çalışma bulgularımız Yin ve ark.'nın bulguları ile benzerdir.

Deney ve kontrol grubunun iyileşme sürecinde mobilizasyon süresi bulguları karşılaştırılmış ve HİP uygulanan deney grubunda ilk mobilizasyon süre ortalamasının kontrol grubuna göre daha kısa olduğu belirlenmiştir ($U=44,500$, $p=0,000$, $p<0,05$). Literatür incelemesi yaptığımızda Braga ve arkadaşlarının, pankreatikoduodenektomi ameliyatı uygulanan hastalara yapılan ERAS protokolü uygulamasında deney grubunun kontrol grubuna göre daha erken mobilize olduğunu ($p<0.001$) rapor ettikleri görülmektedir (13). Bulgularımız bu çalışma sonuçları ile aynı yöndedir. Bayar ve arkadaşlarının çalışmasında, majör karaciğer rezeksiyonu planlanan 40 hastanın 20'sine klasik bakım yöntemleri, 20'sine ise HİP uygulamış ve HİP uygulanan hastalarda ameliyat sonrası mobilizasyon süresinin kısaldığı gözlemlenmiştir (10).

Deney ve kontrol grubunda nazogastrik (NG) tüp çıkış süreleri karşılaştırılmış ve deney grubunda NG tüp çıkarılma süresi kontrol grubuna göre daha kısa bulunmuştur

(U=69,000, p=0,000, p<0,05). Ameliyat esnasında takılan nazogastrik tüp hastanın oral beslenmesini geciktireceğinden hasta uyandıgı zaman çıkarılmalıdır (23). Sıvı yüklemesi ve nazogastrik dekompresyondan kaçınılmalıdır (59). Jottard ve arkadaşları, Hollanda'da 2007 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada elektif kolon cerrahi sonrası nazogastrik dekompresyondan kaçınmanın mümkün olup olmadığını incelemişlerdir (42). Çalışmada hastaların 1079'u araştırmanın retrospektif kısmını oluşturmuş, 827 hastada HİP uygulanmıştır. Araştırma, hastanelerin çoğunda HİP programı uygulanmadan önce ameliyat sonrası nazogastrik tüpün rutin olarak kullanıldığını göstermiştir, retrospektif inceleme grubundaki hastaların %88.3'ünde nazogastrik tüp takıldığı belirlenmiştir. Sadece bir hastane dışındaki diğer hastanelerde tüp ortalama 2.5 gün sonra çıkarılmaktaydı. Ancak HİP'in 26 hastanede yapılandırılmış bir şekilde uygulanmaya başlanmasıyla birlikte ameliyat sonrası nazogastrik tüp takılı hastaların oranın %9.6'ya (p<0.0001) düştüğü rapor edilmiştir.

Araştırmamızda deney ve kontrol grubunun dren çıkış süreleri farklılık göstermektedir. Kontrol grubunun dren çıkarılma süresi deney grubuna göre daha uzun bulunmuştur (U=70,500, p=0,000, p<0,05). Drenlerin rutin kullanımı geleneksel bakımın bir parçasıdır ancak randomize çalışmalardan elde edilen veriler hastanın mobilizasyonunu zorlaştıracığı için rutin drenajın kullanılması önerilmemektedir (44,59). Yayınlanan çalışmaların meta analizleri de benzer şekilde benign veya malign kolorektal hastalıklarda profilaktik drenajın hiçbir ek faydasının olmadığını göstermektedir (39). Zhao ve arkadaşları, radikal prostatektomi uygulanan hastalarda ERAS'ın klinik etkinliğini sistematik bir inceleme ve meta analiz yöntemiyle araştırdıkları çalışmalarında, dört çalışmada (n=457) drenlerin çıkarılma zamanını rapor etmişler, ERAS protokolünün drenleri çıkarma zamanını anlamlı bir şekilde azalttığını bildirmişlerdir (87). Fındık, Topçu ve Vatansever, abdominal, boyun, göğüs ve açık kalp cerrahisi geçirmiş hastalarda ameliyat sonrası süreçte drenlerin ağrı, konfor ve anksiyete üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, Sayısal (Numerik) Ağrı Ölçeğini ve Genel Konfor Ölçeğini kullanmışlardır (81). Araştırmanın sonuçlarına göre, uygulanan cerrahilerin ve drenlerin hastaların konfor düzeyini azalttığı ve ağrı düzeyini arttırdığı ayrıca ağrı ve konforsuzluğun hastaların anksiyetesini arttırdığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubunun idrar katateri çıkış sürelerinde farklılık bulundu. HİP grubunda idrar kataterinin daha kısa sürede çıkarıldığı belirlendi. (U=178,000, p=0,000, p<0,05). Literatür incelendiğinde görülmektedir ki, ameliyat sırasında takılan idrar kateterinin üriner enfeksiyonu ve mobilizasyonu kısıtlanması gibi sorunlar nedeniyle ameliyat sonrasında erken dönemde çıkarılması önerilmektedir (23,59). Bu nedenle standart bakım protokollerine kıyasla HİP kapsamında üriner kateterler daha erken çıkarılmaktadır. Zaouter ve arkadaşları yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, ameliyattan sonra idrar katateri birinci gün çıkarılan ve dördüncü gün çıkarılan majör karın ya da göğüs ameliyatı geçiren hastalarda enfeksiyon oranları incelenmiş ve katateri erken çıkarmanın idrar yolu enfeksiyonu riskini önemli ölçüde (erken çıkarılan grupta n=2 (%2), standart grupta n=15 (%14) azalttığı bulunmuştur (85). Grass ve arkadaşları, ERAS protokolü kullanarak kolorektal cerrahide ameliyat sonrası idrar tutma ile ilgili çalışmalarında (n=513) kataterin erken çıkarılmasını içeren ERAS protokolü kapsamında kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda idrar tutma oranlarının düşük olduğunu (%14) rapor etmişlerdir (37). Bayar ve arkadaşları, majör karaciğer rezeksiyonu planlanan 40 hastanın 20'sine klasik bakım yöntemleri, 20'sine ise HİP uygulamış ve HİP uygulanan hastalarda idrar katateri çekme zamanlarında iyileşme olduğunu gözlemlemişlerdir (10). HİP uygulanan hastalarda idrar katateri çıkarılma süresinin kısaldığına ilişkin çalışma bulgularımız yapılan araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Deney ve kontrol grubunun hastanede kalış süreleri farklılık göstermektedir. Kontrol grubunun taburculuk süreleri deney grubuna göre daha uzun bulunmuştur (U=125,000, p=0,000, p<0,05). Literatür incelendiğinde randomize kontrollü, klinik ve meta-analiz çalışmalarında HİP ile izlenen hastaların hastanede kalış sürelerinin 2-2.5 gün azaldığı ve komplikasyonların %30-50 oranında azaldığı belirtilmektedir (59). Cortez ve arkadaşları, 2015-2018 yılları arasında tek bir kurumdaki tüm elektif kolorektal rezeksiyonlar üzerine retrospektif bir çalışma yapmış ve HİP'in uygulanmasından önce ve sonra kolon cerrahisi ve rektum cerrahisi geçiren hastalarını ayrı ayrı karşılaştırmışlardır (16). Araştırmacılar bu çalışmada hem kolon cerrahisi hem de rektum cerrahisi geçiren hastalar için HİP'in hastanede kalış süresini azalttığı

belirtilmektedir. Vignali ve arkadaşları, laparoskopik rektal rezeksiyon gerçekleştirilen hastalar (SB için n=135, HİP için n= 162) üzerinde yaptıkları araştırmada, hastaların hastanede toplam kalış sürelerinin ameliyat sonrası HİP uygulanan grupta (ortalama 9.8 gün) standart bakım uygulanan gruba göre (ortalama 12.3 gün) daha kısa olduğunu rapor etmişlerdir. (p=0.01)(75). Thiele ve arkadaşlarının, kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda HİP'in hastanede kalış süresine etkisini inceledikleri çalışmada, hem açık hem de laparoskopik ameliyat geçiren hastalarda HİP'in uygulanmasının hastanede kalış süresini azalttığı bildirilmiştir (66). Alcantara-Moral ve arkadaşları, İspanya'da kolon kanseri için elektif cerrahide fast-track protokolüne uygunluk üzerine yaptıkları kesitsel çalışmada 25 hastaneden standart bakım grubunda (non-fast-track) 173 ve fast track grubunda 190 hastanın verilerini analiz etmişlerdir. Araştırmacılar, fast track grubundaki hastalar için ortalama hastanede kalış süresi 6.2 (± 5.1) gün iken, standart bakım grubundaki hastaların hastanede kalış süresi 7.3 (± 5.1) gün olarak rapor edilmiş, ayrıca fast track protokolüne daha fazla uyumun morbiditede herhangi bir artış olmadan daha kısa taburculuk süresi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (6). Yin ve arkadaşlarının dokuz randomize kontrollü çalışma ile yaptıkları "Elektif Açık Kolorektal Rezeksiyon Altındaki Hastalarda Standart Bakım ve Fast Track Protokollerinin Karşılaştırılması" isimli meta analiz çalışmasında kolorektal cerrahi sonrası gastrointestinal sistemin daha hızlı iyileştiği, komplikasyonların azaldığı, tekrar yatış ve mortalite olmaksızın hastanede kalış süresinin kısaldığı bulunmuştur (82).Relph ve arkadaşlarının, vajinal histerektomi ameliyatı uygulanan hastalarla ilgili çalışmasında hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulanan 45 deney ve standart bakım uygulanan 45 kontrol grubu hastada taburculuk süresinin (SB ortalama 42.9 saat, HİP uygulanan 23.5 saat) kısaldığı gözlemlenmiştir (p<0.001) (57). Kolorektal cerrahi uygulanan 142 hasta üzerinde Miller ve arkadaşlarının yapmış olduğu, "Hızlandırılmış İyileşme Protokolünün Ardından Kolorektal Cerrahide Azalan Hastanede Kalış Süresi" adlı çalışmada (Standart bakım grubu için n=99, HİP grubu için n=142), HİP uygulanan hastalarda hastanede kalış süresinin 5 gün (p<0.001),standart bakım uygulanan hastalarda ise bu sürenin ortalama 7 gün olduğu rapor edilmiştir (51). Esteban ve arkadaşlarının, kolorektal cerrahide laparoskopik veya açık elektif ameliyat sonrası HİP ve standart bakım protokolünü karşılaştırdıkları çalışmada, multimodal bir rehabilitasyon

içerisinde hem laparoskopik ameliyat geçiren kolorektal kanser hastalarının hastanede kalış süresinin (SB: ortalama 9 gün, HİP: ortalama 5 gün) hem de açık ameliyat geçiren hastaların hastanede kalış süresinin (SB: ortalama 10 gün, HİP: ortalama 6 gün) daha düşük olduğunu rapor etmişlerdir ($p<0.001$) (29). Elektif kolorektal cerrahi hastalarında ameliyat sonrası erken oral beslenme ile geleneksel beslenmeyi karşılaştırdıkları bir meta analiz çalışmasında Zhuang ve arkadaşları, 587 hastanın dahil edildiği yedi randomize kontrollü çalışmada erken oral beslenmenin geleneksel oral beslenmeye kıyasla hastanede kalış süresinive ameliyat sonrası komplikasyonlarının tümünü önemli ölçüde azalttığını bulmuşlardır (88). Bayar ve arkadaşları majör karaciğer rezeksiyonu planlanan 40 hastanın 20'sine klasik bakım yöntemleri, 20'sine ise HİP uygulamış ve HİP uygulanan hastalarda hastanede kalış sürelerinin kısaltıldığını gözlemlemişlerdir (10). Terzioğlu ve arkadaşları, "Abdominal Jinekolojik Cerrahi Sonrası İntestinal Motilite Üzerine Multimodal Müdahaleler" başlıklı çalışmalarında, benign abdominal jinekolojik operasyon geçiren hastalarda ameliyat sonrası dönemde erken oral beslenme, mobilizasyon ve sakız çiğnemenin hastanede kalış süresini kısaltmada etkili yöntemler olduğu sonucuna ulaşmışlardır (65). Gündoğdu ve arkadaşları da "ERAS Protokolü Kolorektal Cerrahi Sonuçlarımızı Etkiledi mi?" adlı çalışmalarında hastaların postoperatif dönemde hastanede kalış sürelerinde kısalma görüldüğünü rapor etmişlerdir (11). Tüm bu sonuçlar, araştırmamızda hastanede kalış süresine dair elde ettiğimiz bulgularımızı desteklemektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kolorektal cerrahi geçiren hastalarda hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulanmasının hastaların konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgulara göre sonuçlar ve öneriler aşağıda yer almaktadır.

8.1. Sonuçlar

Çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun kadın cinsiyetten, evli, yaklaşık üçte birinin ilköğretim, üçte birinin lise mezunu olduğu, tama yakınının sosyal güvencesi olduğu, yaklaşık yarısının memur ya da ev hanımı olduğu, çoğunluğunun sigara içtikleri belirlendi. Hastaların konfor düzeyinin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki durum, sosyal güvence, sigara içmelerine göre konfor düzeyinde farklılık olmadığı ($p>0,05$) bulundu.

Hastaların yarısının kolon yarısının rektum cerrahisi geçirdiği, yaklaşık üçte biri ASA2 üçte birinin ASA3 grubunda olduğu, yarısından fazlasının kronik hastalığa sahip olduğu ve daha önce ameliyat deneyiminin olduğu, yatış deneyiminin olduğu, ameliyat kararını dörtte birinin hastanın kendisi, yaklaşık üçte birinin hekim tarafından, %18,3'ünün hasta ve ailesi tarafından, %8,3'ünün ailesi tarafından verildiği, %80 ine ameliyat hakkında bilgilendirme yapıldığı, yaklaşık yarısının bilgilendirmeyi yeterli bulduğu, %93,3'ünün hemşirelik bakımından memnun olduğu, yaklaşık üçte ikisinin refakatçısı olduğu saptandı. Operasyon türü, ASA sınıfı, kronik hastalık, önceki yatış deneyimi, önceki ameliyat deneyimi, ameliyat kararının kendisi ya da hekim tarafından verilmesi, bilgilendirme yapılması, bilgilendirmeyi yeterli bulması, bakımdan memnuniyeti, refakatçısının olması durumlarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Deney grubunda PKÖ puan ortalamasının kontrol grubundan daha yüksek olduğu, deney grubunda GKÖ tüm düzey ve boyut puan ortalamalarının kontrol grubundan yüksek olduğu, **bu sonucun araştırmanın H1 hipotezini doğruladığı bulundu.** PKÖ ve GKÖ arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde korelasyon olduğu, **bu sonucun araştırmanın H2 hipotezini doğruladığı bulundu.** Deney grubunda GKÖ ve PKÖ puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, anlamlı ilişki bulundu. Kontrol

grubunda GKÖ ve PKÖ puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, anlamlı ilişki bulundu.

Hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulanan hastalarda ağrı düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ($p<0,05$) belirlendi. Hastaların ilk gaz ve gaita çıkış sürelerinin, ameliyat sonrası ilk oral alım sürelerinin, ilk mobilizasyon sürelerinin hastanede kalış sürelerinin deney grubunda kontrol grubundan daha kısa olduğu görüldü. Deney grubunda NG tüp, dren, idrar katateri çekilme süresinin kontrol grubuna göre daha kısa olduğu sonuçlarına ulaşıldı ($p<0,05$).

8.2. Öneriler

- Çalışmamızdan da elde ettiğimiz sonuca göre HİP konforu arttırdığından cerrahi servislerde kanıt temelli bir uygulama olarak yerini alması ve tüm hastalara uygulanması,
- Hemşirelere, HİP uygulamaları ve konfor temelli bakım konusunda eğitimlerin verilmesi,
- Ekip üyeleri arasında HİP konusunda farkındalığın artırılması,
- Hızlandırılmış iyileşme protokolüyle ilgili multidisipliner bir ekip oluşturulması ekibin protokolün aşamalarını izlemesi ve sonuçların paylaşılmasının sağlanması,
- Hastaların HİP ile ilgili ayrıntılı bilgilendirilmesi sözlü eğitimlerin yazılı broşür, afişlerle desteklenmesi hastaların protokole aktif katılım ve uyumunun sağlanması,
- Ameliyat öncesi ve sonrası hastaların konfor düzeylerinin belirlenmesi ve hemşirelik bakım uygulamalarının planlanmasında kullanılması ekibin bu konuda uyumlu çalışması ve eğitimlerin düzenlenmesi,
- Hemşirelerin hastaların daha hızlı iyileşmesine yönelik yaptıkları hizmetlerin ilanlar, hasta bilgilendirme notları, memnuniyet anketleri ile daha çok hasta ve hasta yakınlarına bildirilmesi,
- Araştırmanın örneklem sayısı yükseltılarak yapılması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Aasa, A., M. Hovbäck and C. Berterö, (2013). The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care, *Journal of Clinical Nursing*, (22), 11-12, 1604-1612. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12110>
2. Akçalar Yıldırım, S. (2013). Kolorektal Kanser Metastaz Tedavisinde Radyofrekans Ablasyon: Uzun Dönem Klinik Sonuçları. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji ABD, Uzmanlık Tezi.
<http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/978/8a49ae62-3b83-453c-816b-5cd62b0a5371.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Akın, L. (2010). Kolorektal Kanserlerde Fast-Track Cerrahi (s. 733-757) (içinde) Kolon ve rektum kanserleri. Editörler Prof. Dr. Adil BAYKAN Prof Dr. Abdullah ZORLUOĞLU Prof. Dr. Ethem GEÇİM Prof. Dr. Cem TERZİ. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul, 2010. ISBN: 978-605-88965-0-5. <https://tkrcd.org.tr/uploads/2019/10/kolon-ve-rektum-kanserleri.pdf>
4. Alabaz, Ö., ve Parsak, C. (2010). Kolorektal Cerrahide Komplikasyonlar ve Önlemleri (s.661-670) (içinde) Kolon ve rektum kanserleri. Ed. Prof. Dr. Adil BAYKAN Prof Dr. Abdullah ZORLUOĞLU Prof. Dr. Ethem GEÇİM Prof. Dr. Cem TERZİ. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul, 2010. ISBN: 978-605-88965-0-5. <https://tkrcd.org.tr/uploads/2019/10/kolon-ve-rektum-kanserleri.pdf>
5. Alcantara-Moral M, Serra-Aracil X, Gil-Egea MJ, Frasson M, Flor-Lorente B, Garcia-Granero E. (2014). Observational cross-sectional study of compliance with the fast track protocol in elective surgery for colon cancer in Spain. *Int J Colorectal Dis* 2014, 29(4):477-83.

6. American Cancer Society (2020). Colorectal Cancer.
<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/what-is-colorectal-cancer.html>. Erişim Tarihi: 1 Mart 2020.
7. American Cancer Society (2020a). Key Statistics for Colorectal Cancer.
<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/key-statistics.html> Erişim Tarihi: 1 Mart 2020.
8. American Cancer Society (2020b). Colorectal Cancer Risk Factors.
<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>. Erişim Tarihi: 1 Mart 2020.
9. American Cancer Society (2020c). Colorectal Cancer. Detection Diagnosis Staging and Screening Tests.
<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/screening-tests-used.html>. Erişim Tarihi: 1 Mart 2020.
10. Bayar Özlem Öndeş, Refik Bademci, Ulaş Sözüner, Acar Tüzüner, Kaan Karayalçın (2013), Major Karaciğer Rezeksiyonunda ERAS Protokolü, Okmeydanı Tıp Dergisi 29(3):135-142.
11. 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): 149-152.
<https://www.turkjsurg.com/full-text-pdf/1001/tur>
12. Buğra, D., (t.y.). Anatomi (17-30) içinde, Kolon, Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları.
<https://tkrcd.org.tr/uploads/2019/10/kolon-rektum-ve-anal-bolge-hastalıkları.pdf>

13. Braga M, Pecorelli N, Ariotti R, Capretti G, Greco M, Balzano G, Beretta L. (2014). Enhanced recovery after surgery pathway in patients undergoing pancreaticoduodenectomy. *World J Surg*,38(11):2960-6.
14. Carmichael, J.C., Keller, D.S., Baldini, G., Bordeianou, L., Weiss, E., Lee, L., Boutros, M., McClane, J., Feldman, L.S., Steele, S.R. (2017). Clinical Practice Guidelines for Enhanced Recovery After Colon and Rectal Surgery From the American Society of Colon and Rectal Surgeons and Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. *Dis Colon Rectum* 2017, 60: 761–784 DOI:10.1097/DCR.0000000000000883
https://fascrs.org/ascrs/media/files/downloads/Clinical%20Practice%20Guidelines/clinical_practice_guidelines_for_enhanced_recovery-3.pdf
15. Cline ME, Herman J, Show F, Marton RD (1992) Standardization of the visual analogue scale, *Nurs Res*, 41(6):378-379.
16. Cortez, A.R., Kassam, A., Levinsky, N.C., Jung, A.D., Daly, M.C., Shah, Ş.A., Rafferty, J.F., Paquette, I.M. (2019). Enhanced recovery protocol improves postoperative outcomes and minimizes narcotic use following resection for colon and rectal cancer, *Surgery Open Science*, Volume 1, Issue 2, October 2019, Pages 74-79, <https://doi.org/10.1016/j.sopen.2019.05.007>
17. Coşkun, A. (t.y.). *Kolon Kanseri*.
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/kolon_kanseri.pdf
18. Counihan, T.C. and Favuzza, J. (2009). Perioperative Management and Anesthesia Fast Track Colorectal Surgery, *Clin Colon Rectal Surg.*, 22(1): 60–72. doi: 10.1055/s-00291202888.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2780234/pdf/ccrs22060.pdf>

19. Çınar Yücel, Ş. (2011). Kolcaba'nın Konfor Kuramı Kolcaba's Comfort Theory, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 27(2): 79-88.

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/825497>.

20. Çilingir, D. ve Candaş, B. (2017). Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü ve Hemşirenin Rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 20 (2), 137-143.

<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/348666>

21. Çürük, G.N. ve Yüceler Kaçmaz, H. (2017). Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 6(4), 224-233.

<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/388827>

22. DeBarros, M., Steele, S.R., (2013). Perioperative Protocols in Colorectal Surgery, Clin Colon Rectal Surg 2013,26:139–145.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3747291/pdf/10-1055-s-00331351128.pdf>

23. Demirhan, P. ve Pınar, G. (2014). Postoperatif İyileşmenin Hızlandırılması ve Hemşirelik Yaklaşımları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. Cilt:2, Sayı:1, 43-52.

<https://www.researchgate.net/publication/331940137>

[Postoperatif_Iyilesmenin_Hizlandirilmesi_ve_Hemshirelik_Yaklasimlari/link/5cc880ee4585156cd7bd8dce/download](https://www.researchgate.net/publication/331940137/figure/fig/1/figure-fig1/15156cd7bd8dce/Postoperatif_Iyilesmenin_Hizlandirilmesi_ve_Hemshirelik_Yaklasimlari/link/5cc880ee4585156cd7bd8dce/download)

24. Eras Society (2019). ERAS list of guidelines.

<https://erassociety.org/guidelines/list-of-guidelines/>

25. Eras Türkiye Derneği (ETD) (2019). ERAS nedir?
<http://eras.org.tr/page.php?id=9>
26. Eras Türkiye Derneği (ETD) (2019a). ERAS protokollerinin temel öğeleri.
<http://eras.org.tr/page.php?id=10&saglikCalisani=true>
27. Ersoy E, Gündoğdu H. Cerrahi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması. Ulusal Cerrahi Dergisi 2007, 23: 35-40
<https://www.turkjsurg.com/full-text-pdf/28/tur>
28. Ertürk, S. (2010). Kolorektal Kanserler: Epidemiyoloji, Etiyolojide Rol Oynayan Etkenler, Tarama ve Kemoprevansiyon. İçinde Kolon ve Rektum Kanserleri. Ed. A. Baykan, A. Zorluoğlu, E. Geçim, ve C. Terzi. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği 1. Baskı. İstanbul: Seçil Ofset. ISBN: 978-88965-0-5.
29. Esteban, F., Cerdan, F. J., Garcia-Alonso, M., Sanz-Lopez, R., Arroyo, A. et al. (2014). A multicentre comparison of a fast track or conventional postoperative protocol following laparoscopic or open elective surgery for colorectal cancer surgery. Colorectal Disease, 16(2), 134–140. doi:10.1111/codi.12472.
30. Eti Aslan, F. (2004). Ameliyat Sonrası Ağrı Değerlendirmesinde Görsel Kıyaslama Ölçeğiyle Basit Tanımlayıcı Ölçeğin Duyarlık ve Seçiciliği. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 8(1),1-6.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/26499/278822>
31. Eti Aslan, F. (2017). Ameliyat Sonrası Bakım. 281-308. İçinde Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ed. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan. Cilt:1., 4. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
32. European Cancer Information System (2020).
<https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

33. Fathy, M., Khedre, M.M., Nagaty, M.A.M., ve Zaghoul, N.Z. (2018). Enhanced Recovery Proocols Versus Traditional Methods After Resection And Reanadtomosis in Gastrointestinal Surgery in Pediatric Patients. *Annals Of Pediatric Srugery*, 14, 214-217. DOI:10.1097/01.XPS.0000544636.85711.
34. Fearon, K. C. H., Ljungqvist, O., Von Meyenfeldt, M., Revhaug, A., Dejong, C. H. C., Lassen, K., Kehlet, H. (2005). Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clinical Nutrition*, 24(3), 466–477. doi:10.1016/j.clnu.2005.02.002.
35. Forsmo HM, Pfeffer F, Rasdal A et al. (2016). Compliance with enhanced recovery after surgery criteria and preoperative and postoperative counselling reduces length of hospital stay in colorectal surgery: results of a randomized controlled trial. *Colorectal Dis* 18: 603–611.
36. Goodman, T. ve Spry, C. (2007). *Essentials of Perioperative Nursing*, Jones & Bartlet Learning Co. USA.
http://samples.jblearning.com/9781284079821/9781284157994_CH01_001_014.pdf
37. Grass F, Sliker J, Frauche P et al. (2017). Postoperative urinary retention in colorectal surgery within an enhanced recovery pathway. *J Surg Res* 207: 70–76.
38. Gustafsson, U., Scott, M., Schwenk, W., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis N, et al. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations 2018. *World J Surg.*, 43: 659–695.
<https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>.
39. Gündoğdu, H. (2013). Ameliyat Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması, 118-125. *İçinde Temel Cerrahi*. Ed. İ. Sayek. Cilt I., 4. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

40. Gürçayır, D. (2016). Kolorektal Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Güncellenmesi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. Tez no. 437740. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi>

41. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2018). Türkiye Kanseri İstatistikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını: Ankara.

https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf

42. Jottard K, Hoff C, Maessen J et al. (2009). Life and death of the nasogastric tube in elective colonic surgery in the Netherlands. Clin Nutr 2009, 28: 26–8.

43. Karabulut, N ve Çetinkaya, F. (2011). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler ve Motivasyon Düzeyleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 14(1), 14-23.

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29492>

44. Kehlet, H. (2008). Fast-track colorectal surgery. The Lancet, Volume 371, Issue 9615, 791-793. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60357-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60357-8).

45. Kehlet, H. (2015). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS): good for now, but what about the future? Canadian Journal of Anesthesia 62: 99–104.

DOI 10.1007/s12630-014-0261-3

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12630-014-0261-3.pdf>

46. Khan, S., Gatt, M., Horgan, A., Anderson, I., & MacFie, J. (2009). Guidelines for implementation of enhanced recovery protocols. Association of Surgeons of Great Britain and Ireland, 1-24.

<https://pdfs.semanticscholar.org/7960/2827d47ea07452ec326b4448304dc1bc8714.pdf>

47. Kolcaba, K. ve Kolcaba, R. (1991). An analysis of comfort. *Journal of Advanced Nursing* 16(11), 1301–1310.

<https://www.researchgate.net/publication/21402816>

48. Kolcaba, K. (1991). A taxonomik structure for the concept comfort. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 4: 237-240.

https://mafiadoc.com/a-taxonomic-structure-for-the-concept-comfort-semantic-scholar_59d1221a1723ddade2c40bf0.html

49. Kuşuoğlu, S. ve Karabacak, Ü. (2008). Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(61), 16-23.

50. Liddle, C. (2013). Postoperative care 1: principles of monitoring postoperative patients. *Nursing Times*, 109: 22, 24-26.

51. Miller T.E., Thacker J.K., White W.D., et al. (2014). Reduced length of hospital stay in colorectal surgery after implementation of an enhanced recovery protocol. *AnesthAnalg*, 118:1052-1061.

https://dukespace.lib.duke.edu/dspace/bitstream/handle/10161/8598/Miller%20et%20al._Reduced%20Length%20of%20Hospital%20Stay%20in%20Corectal%20Surgery.pdf.jsessionid=949CD5D9C8B5251FBCDCC2645BCDAE3A?sequence=1

52. Ni, C.Y., Y. Yang, Y.Q. Chang, H. Cai, B. Xu, F. Yang, W.Y. Lau, Z.H. Wang, W.P. Zhou. (2013). Fast-track surgery improves postoperative recovery in patients undergoing partial hepatectomy for primary liver cancer: A prospective randomized controlled trial, *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, Volume 39, Issue 6, 542-547, ISSN 0748-7983, <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2013.03.013>.

53. Özbayır, T. (2017). Ameliyat Dönemi Bakım. 241-280. *İçinde Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ed. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan. Cilt 1., 4. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

54. Özkan, O., Kaya, U., Güner, A., Cevizci, S., Özkul, F., Sezer, C., & Reis, E. (2012). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde kolorektal kanser hastalarının demografik dağılımı ve hastalık özellikleri. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2012,5(3):132-135.
http://www.journalagent.com/ptd/pdfs/PTD_5_3_132_135.pdf
55. Pearson E.J.M. (2009). Comfort and its measurement – A literature review. *Disability and rehabilitation. Assistive technology.* 4 (5), 301-310.
<http://dx.doi.org/10.1080/17483100902980950>
https://www.researchgate.net/publication/26329357_Comfort_and_its_measurement_-_A_literature_review
56. Pellegrino, L., Lois, F., Remue, C., Forget, P., Crispin, B, Leonard, D., Jamart, J., Kartheuser, A., (2012). Insights into fast-track colon surgery: a plea for a tailored program, *Surg Endosc* 27(4). DOI 10.1007/s00464-012-2572-1.
57. Relph S, Bell A, Sivashanmugarajan V, Munro K, Chigwidden K, Lloyd S, Yoong W. (2014). Cost effectiveness of enhanced recovery after surgery programme for vaginal hysterectomy: a comparison of pre and post-implementation expenditures. *Int J Health Plann Manage*, 29 (4): 399-406.
58. Sayek, İ. ve Ayduñ, H. O. (2013). Kolon Kanseri, 1409-1417. İçinde Temel Cerrahi. Ed. İ. Sayek. Cilt I., 4. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
59. Solak Kabataş, M. ve Özbayır, T. (2016). Kolorektal Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü: Sistemik Derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 5 (3), 120-132.
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/220051>
60. Soytürk, M. (2005). Kolorektal Kanseri Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. 7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi.
<http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/7/7.28.pdf>

61. Tan J-Q, Chen Y-B, Wang W-H, Zhou S-L, Zhou Q-L, Li P. Application of Enhanced Recovery After Surgery in Perioperative Period of Tympanoplasty and Mastoidectomy. *Ear, Nose & Throat Journal*. June 2020.

doi:10.1177/0145561320928222.

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0145561320928222>

62. TARD (2013). Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği. İstenmeyen Perioperatif Hipoterminin Önlenmesi Rehberi (Uygulama Kılavuzu). *Turk J Anaesth Reanim*, 41: 188-190. DOI: 10.5152/TJAR.2013.64.

http://www.journalagent.com/tard/pdfs/TARD_41_5_188_190.pdf

63. Tarhan, Ö. (2020). Kolon Kanseri.

<https://www.turkcerrahi.com/makaleler/kolon-rektum-ve-anus/#kolon-kanseri>

64. Terzi, C. (2013). Rektum Kanseri, 1418-1458. İçinde *Temel Cerrahi*. Ed. İ. Sayek. Cilt I., 4. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

65. Terzioglu, F., Şimsek, S., Karaca, K., Sariince, N., Altunsoy, P., & Salman, M. C. (2013). Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynaecologic surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1917–1925. doi:10.1111/jocn.12172

66. Thiele R.H., Rea K.M., Turrentine F.E., et al. (2015). Standardization of care: impact of an enhanced recovery protocol on length of stay, complications, and direct costs after colorectal surgery. *J Am Coll Surg*. 2015,220: 430-443.

[https://www.journalacs.org/article/S1072-7515\(15\)00012-5/pdf](https://www.journalacs.org/article/S1072-7515(15)00012-5/pdf)

67. Topçu, S. Y., & Öztekin, S. D. (2016). Effect of gum chewing on reducing postoperative ileus and recovery after colorectal surgery: A randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 23, 21-25.

doi: 10.1016/j.ctcp.2016.02.001.

68. Tosun, B., Aslan, Ö., Tunay, S., Akyüz, A., Özkan, H., Bek, D., Açüksöz, S. (2015). Turkish Version of Kolcaba's Immobilization Comfort Questionnaire: A Validity and Reliability Study *Asian Nursing Research* 9, 278-284.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2015.07.003>.
[https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(15\)00067-5/pdf](https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(15)00067-5/pdf)
69. Tunç Tuna, P. ve Kurşun, Ş. (2018). Kolorektal Cerrahisinde Hızlandırılmış Bakım Protokolleri ve Hemşirelik Bakımı, *11(2)*, 180-188.
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/752812>
70. Turan, E., Yalçın, B.M., Yücel, İ., ve Ünal, M. (2012). İlk Kez Tanı Konan Kolorektal Kanser Hastalarının Epidemiyolojik Özellikleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 16 (4), 169-177.
http://www.turkailehekderg.org/wp-content/uploads/2014/04/TAHD_2012004004.pdf
71. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları (t.y.). Kolorektal Kanser Taramaları.
<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/kolorektal.pdf>.
Erişim Tarihi: 1 Mart 2020.
72. Ünal, G.Ü., Coşgun, G., Korkut M., vd (2019). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Veri Tabanındaki Kolorektal Kanserli Olguların Epidemiyolojik ve Genel Sağ Kalım Özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*. 58 Ek sayı. 68-77.
<http://egetipdergisi.com.tr/tr/download/article-file/912193>
73. Üstündağ, H. ve Eti Aslan, F. (2009). Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *Türkiye Klinikleri*, 2 (2), 94-99.
<https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-perianestezi-konfor-olceginin-turkceye-uyarlamasi-58693.html>

74. Varadhan, K. K., Neal, K. R., Dejong, C. H., Fearon, K. C., Ljungqvist, O., & Lobo, D. N. (2010). The enhanced recover after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: A meta-analysis of randomized trials. *Clinical Nutrition*, 29, 434-440.
75. Vignali, A., Elmore, U., Cossu, A., Lemma, M., Cali, B., de Nardi, P., & Rosati, R. (2016). Enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway vs traditional care in laparoscopic rectal resection: a single-center experience. *Techniques in Coloproctology*, 20(8), 559-566. <https://doi.org/10.1007/s10151-016-1497-4>.
76. West MA, Horwood JF, Staves S, Jones C, Goulden MR, Minford J, et al. (2013). Potential benefits of fast-track concepts in paediatric colorectal surgery. *J Pediatr Surg*, 48: 1924–1930. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2013.02.063>.
77. Wind, J., Polle, S. W., Fung Kon Jin, P. H. P., Dejong, C. H. C., Von Meyenfeldt, M. F., Ubbink, D. T., et al. (2006). Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *British Journal of Surgery*, 93, 800-809. doi:10.1002/bjs.5384.
78. Wongkietkachorn A, Wongkietkachorn N, Rhunsiri P (2017). Preoperative needs-based education to reduce anxiety, increase satisfaction, and decrease time spent in day surgery: a randomized controlled trial. *World J Surg*. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4207-0>.
79. Yavuz, M. (2017). Ameliyat Öncesi Bakım. 225-240. *İçinde Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ed. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan. Cilt 1., 4. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
80. Yıldız Fındık, Ü. ve Soydaş Yeşilyurt, D. (2017). Cerrahi Hastaların Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakım Kalitesi Algısı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20 (3), 195-200. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/771770>

81. Yıldız Fındık, Ü., Yıldızeli Topçu, S. ve Vatansever, Ö. (2013). Effects of Drains on Pain, Comfort and Anxiety in Patients Undergone Surgery. *International Journal of Caring Sciences* September-December 2013 Vol 6 Issue 3.
82. Yin X, Zhao Y, Zhu X. (2014). Comparison of fast track protocol and standard care in patients undergoing elective open colorectal resection: a meta-analysis update. *Appl Nurs Res*, 27(4): 20-6. doi:10.1016/j.apnr.2014.07.004.
83. Yolcu, S., Akın, S. ve Durna, Z., (2016). Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hareket Düzeyleri ve Hareket Düzeyleri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*,13 (2): 129-138.
https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_13_2_129_138.pdf
84. Yu, Y., Hu, L., Chen, X., Ge, M., Zhu, H., & Yan, Y. (2017). The Impact of the Predictive Nursing Education Process on Degree of Comfort and Quality of Life for Patients in the Oncology Department. *Iranian journal of public health*, 46(9), 1231–1236.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5632325/>
85. Zaouter C, Kaneva P, Carli F (2009). Less urinary tract infection by earlier removal of bladder catheter in surgical patients receiving thoracic epidural analgesia. *Reg Anesth Pain Med* 34: 542–548.
86. Zengin, N. (2010). Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2010,14(2).
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/438426>
87. Zhao, Yurong & Zhang, Shaobo & Liu, Bianjiang & Li, Jie & Hong, Hanxia. (2020). Clinical efficacy of enhanced recovery after surgery (ERAS) program in patients undergoing radical prostatectomy: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Surgical Oncology*. doi: 10.1186/s12957-020-01897-6.

88. Zhuang CL, Ye XZ, Zhang CJ et al. (2013). Early versus traditional postoperative oral feeding in patients undergoing elective colorectal surgery: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Dig Surg* 30: 225-232.

<https://www.karger.com/Article/Pdf/353136>

89. Ziehm S, Rosendahl J, Barth J et al. (2017). Psychological interventions for acute pain after open heart surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 7:CD009984.

10. EKLER

EK-1 HASTA TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

EK-1: HASTA TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

Bu çalışma, kolorektal cerrahi hastalarında hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulamasının ameliyat sonrası konfor düzeyine etkisini belirlemek için yapılmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları bilimsel amaçlı kullanılacaktır, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışmaya verdiğiniz katkı için teşekkür ederiz.

Araştırmacı
Hemşire Gökçe Kavalcı
Tel:0538 270 66 94

Hastanın tanıtıcı ve ameliyata ilişkin özellikleri :

1. Grubu: Deney Grubu () Kontrol Grubu ()
2. Uygulanacak Operasyon: Kolon Cerrahisi () Rektum Cerrahisi ()
ASA: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
3. Hastanın Adı Soyadı: Protokol No:
4. Hastaneye Kabul Tarihi:
5. Yaş:
6. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
7. Medeni durum: Evli () Bekar ()
8. Eğitim durumu: () Okur-yazar () İlkokul () Lise () Yüksekokul () Fakülte
9. Meslek: () Memur () İşçi () Öğrenci () Ev hanımı () Serbest meslek () Emekli
10. Sosyal Güvence: () Yok () Var
11. Sigara alışkanlığı: () Yok () Var
12. Daha önce hastaneye yatış () Evet () Hayır
13. Kronik hastalık () Yok () Var
14. Daha önce ameliyat geçirme () Hayır () Evet
15. Ameliyat kararını kim verdi? () Ben () Ailem () Doktorum () Ben ve ailem
() Doktorum ve ailem
16. Ameliyat hakkında bilgilendirme yapıldı mı? () Evet () Hayır
17. Ameliyat hakkında kim tarafından bilgilendirildiniz? () Doktor () Hemşire () Doktor
ve Hemşire
18. Ameliyatınız hakkında verilen bilgiler sizce yeterli miydi? () Evet () Hayır ()
() Kısmen

EK-1 DEVAMI

19.Verilen bilgiler yeterli değilse en çok hangi konuda önceden daha iyi bilgilendirilmek isterdiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Anestezi Ameliyathane ortamı
 Ameliyat sonrası kalacağım yer Ameliyat sonrası yaşayabileceğim sorunlar
 Evde yaşayabileceğim sorunlar Diğer

20.Şimdiye kadar size verilen hemşirelik bakımından memnun musunuz?

- Evet Hayır ise neden

21.Hastanede yanınızda kalan size yardım edebilecek refakatçi var mı? Yok Var

22.İlk mobilizasyon süresi (Ameliyat sonrası/ saat):

23.İdrar katateri kalış süresi (Ameliyat sonrası/ saat):

24.Dren kalış süresi: (Ameliyat sonrası/ saat):

25.Post-op Narkotik analjezik: verilmedi() verildi () adı dozu.....

LH () DÜZENLİ ()

EK-2 HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME PROTOKOLÜ UYGULAMA KONTROL LİSTESİ

EK-2 HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME PROTOKOLÜ UYGULAMA KONTROL LİSTESİ

Hasta adı/soyadı:

Tanı:

Tarih:

Protokol numarası:

Uygulanan Cerrahi İşlem:

PREOPERATİF DÖNEM KONTROL LİSTESİ	KONTROL	SORUMLU
1.ASA Sınıflaması		Anestezi hekimi
2.Hasta protokol detayları hakkında bilgilendirildi.		Hemşire
3.Preoperatif nütrisyon desteği yapıldı/yapılmadı.		Hemşire
4.Preoperatif barsak temizliği yapıldı/yapılmadı.		Hemşire
5.Uzun etkili sedatif ilaçla premedikasyon yapılmadı.		Hemşire
6.Tromboemboli profilaksisi önceki akşam 20:00'de LMWH ile yapıldı.		Hemşire
7.Kan şekeri regüle olduğu görüldü.		Cerrahi hekimi
8.Preoperatif beslenme durumu değerlendirildi. NRS 2002 skoru:		Hemşire/cer.hekimi
9.Kompresyon çorabının uygunluğu kontrol edildi,giydirdi.		Hemşire
İNTRAOPERATİF DÖNEM KONTROL LİSTESİ	KONTROL	SORUMLU
1.Postoperatif bulantı ve kusma için risk faktörleri(kadın cins-sigara kullanmama- postop bulantı, kusma öyküsü-opioid uygulanması) değerlendirildi. 1 2 3 4		Hemşire
2.Antimikrobial profilaksi yapıldı.		Anestezi Hekimi
3.Kısa etkili anestetik ajanlar kullanıldı. Kullanılan ilaçlar: 1..... 2.....		Anestezi Hekimi
4.Intraoperatif normoterminin korunması çalışıldı.		Anestezihekimisi/hemşire
5.Cerrahi olarak dren yerleştirildi/yerleştirilmedi.		Cerrahi Hekimi

EK-2 DEVAMI

6. a)Ameliyat süresi:..... b)Verilen iv sıvı miktarı:.....		Anestezi hekimi
POSTOPERATİF DÖNEM KONTROL LİSTESİ	KONTROL	SORUMLU
1.Nazogastrik sonda postoperatif saatte/günde alındı.		Cerrahi Hekimi
2.İdrar katateri postoperatifsaatte/günde alındı.		Cerrahi Hekimi
3.Tromboemboli profilaksisi akşam 20:00'de LMWH ile yapıldı/yapılmadı.		Hemşire
4.Postoperatif ağrı değerlendirilmesi yapıldı. 		Hemşire
5.Solunum rehabilitasyonu sağlandı.(solunum-öksürük egzersizi,taputman vb.)		Hemşire
6.Sakız çiğnemesi sağlandı.		Hemşire
7.Hastanın ilk gaz çıkışı postoperatif saatte /günde oldu.		Hemşire
8.Hastanın ilk defekasyonu postoperatifsaatte/günde oldu.		Hemşire
9.Postoperatif parasetamol (4*1g/gün) IV yapıldı.		Hemşire
10.NSAİ ilaç başlandı/başlanmadı.		Cerrahi Hekimi
11.Postoperatif saatte su/ sıvı gıda başladı.		Hemşire
12.Postoperatif 0.gün:2 saat yatak dışı mobilizasyon Postoperatif 1.gün:6 saat yatak dışı mobilizasyon yaptırıldı.		Hemşire
13.Postoperatif gün taburcu edildi.		Cerrahi Hekimi

EK-3 STANDART BAKIM GRUBU UYGULAMA KONTROL LİSTESİ

EK-3 STANDART BAKIM GRUBU UYGULAMA KONTROL LİSTESİ

Hasta adı/soyadı:

Tanı:

Tarih:



Protokol numarası:

Uygulanan Cerrahi İşlem:

PREOPERATİF DONEM KONTROL LİSTESİ	KONTROL	SORUMLU
1.ASA Sınıflaması		Anestezi bekimi
2.Hasta protokol detayları hakkında bilgilendirildi.		Hemşire
3.Preoperatif nutrisyon desteği yapılmadı .		Hemşire
4.Preoperatif barsak temizliği yapıldı. Oral laksatif ve rektal lavmanla hasta ameliyata hazırlandı.		Hemşire
5.Uzun etkili sedatif ilaçla premedikasyon yapılmadı .		Hemşire
6.Tromboemboli profilaksisi önceki akşam 22.00'de LMWH ile yapıldı.		Hemşire
7.Preoperatif açlık süresi gece 24'den sonra oral alım kesilerek başlatıldı. Oral karbonhidrat yüklemesi yapılmadı . NRS skoru değerlendirilmedi .		Hemşire/Cer. bekimi
8.Kompresyon çorabının uygunluğu kontrol edildi, giydirildi.		Hemşire
INTRAOPERATİF DONEM KONTROL LİSTESİ	KONTROL	SORUMLU
1.Postoperatif bulantı ve kusma için risk faktörleri değerlendirilmedi .		Hemşire
2.Antimikrobiyal profilaksi yapıldı.(Sefalosporin grubu antibiyotik)		Anestezi Hekimi
3.Kısa etkili anestetik ajanlar kullanılmadı .		Anestezi Hekimi
4.Intraoperatif normotermiminin korunması çalışıldı.		Anestezi hekimini/Hemşire
5.Cerrahi olarak dren yerleştirildi yerleştirilmedi.		Cerrahi Hekimi
POSTOPERATİF DONEM KONTROL LİSTESİ	KONTROL	SORUMLU
1.Nazogastrik sonda postoperatif saatte/günde alındı.		Cerrahi Hekimi

EK-3 DEVAMI

2.İdrar katateri postoperatifsaatte/günde alındı.		Cerrahi Hekimi
3.Tromboemboli profilaksisi akşam 22.00'de LMWH ile yapıldı.		Hemşire
4.Postoperatif ağrı değerlendirilmesi yapıldı. 0-10 VAS Numeric Pain Distress Scale No pain Moderate pain Unbearable pain ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Hemşire
5.Solumun rehabilitasyonu sağlandı.(solumun-öksürük egzersizi, taputman vb.)		Hemşire
6.Hastanın ilk gaz çıkışı postoperatif saatte /günde oldu.		Hemşire
7.Hastanın ilk defekasyonu postoperatifsaatte/günde oldu.		Hemşire
8.Postoperatif Contramal 100 mg IV yapıldı/yapılmadı.		Hemşire
9.Postoperatif saatte su/ sıvı gıda başlandı.		Hemşire
10.Postoperatifsaatte mobilize edildi.		Hemşire
11.Postoperatif gün taburcu edildi.		Cerrahi Hekimi

EK-4 PERİANESTEZİ KONFOR ÖLÇEĞİ (PKÖ)

Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin ameliyat boyunca nasıl hissettikleriyle ilgili bir takım ifadeler verilmiştir. Sizden verilen ifadelere katılma ve katılmama durumunuza göre 1'den 6'ya kadar bir değer işaretlemeniz istenmektedir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki uygun olan sayıyı işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin o anda nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

		Kesinlikle Katılıyorum			Kesinlikle Katılmıyorum
1.	Sakindim.	6	5	4	3 2 1
2.	Üşüyordum.	6	5	4	3 2 1
3.	Yabancı bir ortamdı.	6	5	4	3 2 1
4.	İçinde bulunduğum durumdan rahatsızdım.	6	5	4	3 2 1
5.	Ailem/arkadaşlarım bu durumun üstesinden gelmemde yardımcı oldu.	6	5	4	3 2 1
6.	Ameliyattan önce anestezi uzmanı ile konuşma fırsatım oldu.	6	5	4	3 2 1
7.	Mahremiyetime saygı gösterilmedi	6	5	4	3 2 1
8.	Çok endişeliydim.	6	5	4	3 2 1
9.	Hemşirem duygularımı önemsemedi.	6	5	4	3 2 1
10.	Gürültü rahatsız ediciydi.	6	5	4	3 2 1
11.	Hemşirem nazikti.	6	5	4	3 2 1
12.	Anesteziye ilişkin daha çok bilgiye gereksinimim vardı.	6	5	4	3 2 1
13.	Kontrolümü kaybettim.	6	5	4	3 2 1
14.	Çevremdeki genel hava güven vericiydi.	6	5	4	3 2 1
15.	Bakım kalitem yetersizdi.	6	5	4	3 2 1
16.	İsteklerim yerine getirildi.	6	5	4	3 2 1
17.	Öz-saygım korunmadı.	6	5	4	3 2 1
18.	Hızlı bir iyileşme süreci öngörebiliyordum.	6	5	4	3 2 1
19.	Buradaki ortamın güvenli olduğunu hissettim.	6	5	4	3 2 1
20.	Bana uygulanan bakım kendimi güvende hissetmemi sağladı.	6	5	4	3 2 1
21.	Uyumaktan korkmuyordum.	6	5	4	3 2 1
22.	İlaç uygulanan/serum verilen bölge ağrıydı.	6	5	4	3 2 1
23.	Burada aldığım bakımdan memnunum	6	5	4	3 2 1
24.	Hemşire benimle çok ilgilendi	6	5	4	3 2 1

EK-5 GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ (GKÖ)

Genel Konfor Ölçeği(GKÖ)

Aşağıda şu anda konfor durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için dört seçenek sunulmuştur.. Sizden istenen; şu andaki konfor durumunuz en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak işaretlemenizdir. Katılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

	Kesinlikle Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	4	3	2	1
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3. Mahremiyetimi yeterince sürdürmüyorum	4	3	2	1
4. Yardıma gereksinim duyduğum güvenebileceğim kişiler var	4	3	2	1
5. Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6. Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7. Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10. Sevdiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11. Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13. Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15.Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17.İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18.Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19.Şu anda kabızım	4	3	2	1
20.Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21.Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22.Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1
23.Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var	4	3	2	1
24.Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	4	3	2	1
25.Açım	4	3	2	1
26.Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1

EK-5 DEVAMI

27.Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28.Çok yorgunum	4	3	2	1
29.Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30.Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31.Memnunum	4	3	2	1
32.Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33.Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34.Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35.Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36.Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37.Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38.Inançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39.Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40.Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41.Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42.Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43.Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45.Kederliyim	4	3	2	1
46.Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47.Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48.Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

EK-6 GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (GKÖ [VAS])

Görsel Kıyaslama Ölçeği:



EK-7 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bilgilendirilmiş Onam Formu:

Araştırma öncesinde araştırma kapsamına alınan tüm hastalardan sözel ve yazılı onam alınacaktır. Bu amaçla onam formu, katılımı araştırma hakkında bilgilendirmek, araştırmaya katılıp-katılmama isteklerini sorgulamak ve kendilerinden yazılı izin almak amacıyla hazırlanmıştır.

Sayın Bay/Bayan

" Kolorektal Cerrahi Hastalarına Uygulanan Hızlandırılmış İyileşme Protokolünün Konfor Düzeyine Etkisi" isimli Yüksek Lisans tez çalışmamız kanıta dayalı multidisipliner bir yaklaşım olan hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulamasının ameliyat sonrası konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Hızlandırılmış İyileşme Protokolü uygulamaları, "Hastanın bir gün önce eve gitmesini engelleyen sebep nedir?" sorusu üzerine temellenmiş erken taburculuğu hedefleyen kanıt temelli ameliyat öncesi, sonrası ve sonrası dönemi kapsayan uygulamalar bütünüdür.

Araştırma Genel Cerrahi servisinde, kolorektal cerrahi uygulanan serviste en az 72 saat kalan ve araştırmaya katılmak isteyen siz gönüllüler üzerinde yürütülmektedir. Araştırma 1 Ocak 2019 ile 31 Aralık 2019 tarihlerinde yapılacaktır ve sizlerden sosyo-demografik özelliklerinizi, tıbbi öykünüzü, ağrı düzeyinizi, konfor düzeyinizi ölçmemiz için formları doldurmanız istenmektedir. Formları doldurmanız yaklaşık olarak sizin 15 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme durumu söz konusu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmadan doğacak herhangi bir risk bulunmamakta olup olası riskler araştırmacının sorumluluğundadır. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir. Araştırma sonunda elde edilen veriler doğrultusunda, hızlandırılmış iyileşme protokolü uygulamasının konfor üzerine etkisinin belirlenmesi, ameliyat sonrası en çok yaşanan problemlerden olan konforda bozulma konusunda hemşirelik literatürüne katkı sağlayacaktır.

Katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı Soyadı:..... İmzası:

Adresi, Telefon No:..... Tarih:.....

Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

Öğrenci Danışmanının Adı-Soyadı:..... İmzası:.....

Adresi, Telefon:.....

Tarih (gün/ay/yıl):.....

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:.....

İmzası:..... Adresi, Telefon:

EK-8 PERİANESTEZİ KONFOR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

RE: PERİANESTEZİ KONFOR ÖLÇEĞİ

☒ Gelen Posta Kutusunda Bulunanlar

Sevgili Gökçe
Perianestezi Konfor Ölçeğini Tez çalışmada
kullanabilirsin. Başarılar dilerim.

Hülya Üstündağ

Ölçeği ve geçerlik güvenirlik yapıldığı çalışmayı
gönderiyorum

From: gökçe çelevi <gokce_celevi@hotmail.com>

Sent: Monday, October 22, 2018 10:11 PM

To: Fatma Hülya Ustundag
<hulya.ustundag@bilgi.edu.tr>

Subject: PERİANESTEZİ KONFOR ÖLÇEĞİ

Hocam merhaba. Medipol üniversitesi cerrahi hastalıkları hemşireliği tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Danışman hocam Selda Rızalar ile birlikte tez konumuz olan Eras Protokolü Uygulanan Kolorektal Cerrahi Hastalarının Konfor Düzeyine bakacağımız çalışmamızda Perianestezi Konfor Ölçeği'ni kullanmak istiyoruz.

Teşekkürler.

EK-9GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

31 Ekim, 2018

Sayın Gökçe Çelebi ,

Doç Dr. Selda RIZALAR'ın danışmanlığında yürüteceğiniz *Kolorektal Cerrahi Hastalarına Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Uygulaması- nın Konfor Düzeyine Etkisi* konulu yüksek lisans tez çalışmanızda, "Genel Konfor Ölçeği" ni kullanmanız, araştırma makalenizde kaynak göstermeniz kaydı ile tarafımca uygundur.

Hemşirelik bakımında konfor kavramına ilginizden dolayı teşekkür eder, çalışmanızda başarılar dilerim.

Sevgi ve Saygılarımla,

Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

EK- 10 KOCAELİ VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ YAZILI İZNI



T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 34059705-799
Konu : Yüksek Lisans Tezi-Gökçe ÇELEBİ

S.B.Ü.KOCAELİ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DERİNCE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Medipol Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği bölümünde Yüksek Lisans Öğrencisi olan Gökçe ÇELEBİ'nin 04.12.2018 tarih ve 10444 sayılı başvurusuna istinaden "Kolorektal Cerrahi Hastalarında Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Uygulamasının Konfor Düzeyine Etkisi" konulu Yüksek Lisans Tez çalışması Müdürlüğümüz komisyonu tarafından değerlendirilerek hastanenizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Onursal VARLIKLI
İl Sağlık Müdürü a.
Sağ. Hiz. / İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanı

Karadenizliler Mah. Elmatepe Cad. No:57 İzmit/KOCAELİ
Faks No:
e-Posta:kader.bozkus@saglik.gov.tr İnt.Adresi: kism.egitim@gmail.com

Bilgi için:Kader BOZKUŞ
Unvan:MEMUR
Telefon No:02623192014

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c316c938-9f6f-4a33-ad64-d6e1b9137a35 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

11. ETİK KURUL ONAYI



E-İmzalıdır

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 10840098-604.01.01-E.50452
Konu : Etik Kurulu Kararı

14/11/2018

Sayın Gökçe ÇELEBİ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Kolorektal Cerrahi Hastalarında Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Uygulamasının Konfor Düzeyine Etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre İlknur FIL-Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 14.11.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 42FDBDD9X1 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacak Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr