

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AMELİYAT SONRASI AÇLIK SÜRESİNİN
AĞRIYA VE İYİLİK HALİNE ETKİSİ

EBRU ESEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. NURTEN TAŞDEMİR

ZONGULDAK
2024

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AMELİYAT SONRASI AÇLIK SÜRESİNİN
AĞRIYA VE İYİLİK HALİNE ETKİSİ

EBRU ESEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. NURTEN TAŞDEMİR

ZONGULDAK

2024

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimimde akademik bilgi, beceri ve deneyimlerini benimle paylaşarak ve tez çalışmamın tüm aşamalarında yardımcı olan danışmanım Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR 'e

Gösterdiği sabır ve yardımlarından ötürü Mustafa Sabri KOVANCI' ya

Tez dönemim boyunca motivasyonumu artırarak manevi desteğini esirgemeyen dostum Derya ÖZALP BOLAT' a

Hayatımın her anında bana verdiği gücü hissettiğim babam Hüseyin ESEN' e, anneme ve kardeşime sonsuz teşekkür ederim.

Ebru ESEN

Haziran 2024, ZONGULDAK

ÖZET

Ebru ESEN, Ameliyat Sonrası Açlık Süresinin Ağrıya ve İyilik Haline Etkisi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2024.

Bu araştırma, hastaların ameliyat sonrası açlık süresinin ağrıya ve iyilik haline etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı analitik olarak yürütüldü. Bir devlet hastanesinde cerrahi kliniklerde genel anestezi altında elektif cerrahi işlem geçiren, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve anket formunu eksiksiz dolduran 150 hasta ile gerçekleştirildi. Veriler, Hasta bilgi formu, numerik ağrı ölçeği ve İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire QoR-40) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde IBM SPSS Versiyon 23.0 istatistik programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin incelenmesinde, yüzdelik, frekans, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapma istatistikleri kullanılmıştır. İyileşme kalitesinin sosyodemografik özelliklere ve ameliyat bilgelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ikili gruplarda bağımsız gruplarda t testi ve ikiden fazla gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Araştırma sonucunda açlık süresinin ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ve ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).

Bu çalışma sonucunda ameliyat sonrası açlık süresi ile iyileşme kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir etki bulunmamıştır ($p>0.005$).

Anahtar kelimeler: Ameliyat öncesi açlık, Ağrı, Ameliyat sonrası açlık, ERAS, Cerrahi hemşireliği

ABSTRACT

Ebru ESEN, The Effect of Postoperative Fasting Period on Pain and Well-Being. Zonguldak Bülent Ecevit University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Surgical Diseases Nursing Program, Master's Thesis, Zonguldak, 2024.

This study was conducted descriptively analytically to examine the effect of postoperative fasting period on pain and well-being of patients. It was conducted with 150 patients who underwent elective surgical procedures under general anesthesia in surgical clinics of a public hospital, who volunteered to participate in the research and completed the survey form completely. Data were collected using the patient information form, numerical pain scale and Quality of Recovery-40 Questionnaire QoR-40. IBM SPSS Version 23.0 statistical program was used to analyze the data. Percentage, frequency, minimum and maximum values, mean and standard deviation statistics were used to examine descriptive data. To determine whether the quality of recovery differed according to sociodemographic characteristics and surgery knowledge, t-test was used in pairs and independent groups, and one-way analysis of variance (ANOVA) was used in more than two groups. As a result of the research, it was determined that the fasting period had an effect on the pain level one hour before feeding after surgery and on the pain level one hour after feeding after surgery ($p<0.001$).

As a result of this study, no statistically significant effect was found between the postoperative fasting period and the total recovery quality score ($p>0.005$).

Key words: Preoperative fasting, Pain, Postoperative fasting, ERAS, Surgical nursing

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEZ KABUL VE ONAY	iii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLO DİZİNİ	ix
ŞEKİL DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ameliyat Öncesi Dönem	3
2.1.1. Fizyolojik hazırlık	3
2.1.2. Yasal hazırlık	3
2.1.3. Psikolojik hazırlık	4
2.1.4. Hasta eğitimi	4
2.2. Ameliyat Öncesi Gece Hazırlığı.....	5
2.3. Ameliyat Günü Hazırlığı	5
2.4. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileştirme Protokolü (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS)	5
2.5. Ameliyat Öncesi Açlık ve Açlık Süresinin Kısaltılmasının Önemi	7
2.6. Ameliyat Öncesi Açlık Süresiyle İlgili Kanıta Dayalı Rehberler.....	8
2.7.1. Ameliyat sonrası erken dönem	10
2.7.2. Ameliyat sonrası geç dönem	11
2.8. Ameliyat Sonrası Beslenme	12
2.9. Ameliyat Sonrası Ağrı	13
2.10. Ağrının Değerlendirilmesi.....	14
2.10.1. Tek boyutlu ölçekler	14
2.10.2. Çok boyutlu ölçekler	16
2.11. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi	17
2.11.1. Farmakolojik yöntemler	17
2.11.2. Non farmakolojik yöntemler	18

2.11.3. Girişimsel yöntemler	18
2.12. Ameliyat Sonrası Ağrıya Yönelik Hemşirelik Bakımı	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırma Soruları	20
3.2. Araştırmanın Amacı ve Tipi	20
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.5. Örneklem Seçme Kriterleri	21
3.5.1. Dahil etme kriterleri	21
3.5.2. Dışlama kriterleri	21
3.6. Veri Toplama Araçları	21
3.6.1. Hasta bilgi formu.....	21
3.6.2. Numerik Ağrı Ölçeği (NRS)	22
3.6.3. İyileşme kalitesi anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire QoR-40)22	
3.7. Verilerin Toplanması	22
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	23
3.9. Verilerin Analizi	23
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	41
7. KAYNAKLAR.....	43
8. EKLER.....	52
Ek 1. Hasta Tanılama Formu.....	52
Ek 2. Numarik Ağrı Ölçeği	54
Ek 3. İyileşme Kalitesi Anketi	55
Ek 4. Etik Kurul Onayı.....	59
Ek 5. Gönüllü Olur Formu	60
Ek 6. Kurum İzni.....	64
9. ÖZGEÇMİŞ	65

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABSK	Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma
ACPOT	Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Aracı
ASA	American Society of Anesthesiologists
ASBÜ	Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi
BPS	Davranışsal Ağrı Skalası
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
IASP	Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği
KBB	Kulak Burun Boğaz
Max	Maksimum
Min	Minimum
NPO	Nil Per Os
NRS	Numerik Rating Scale
OKS	Oral Karbonhidrat Solüsyonu
RKÇ	Randomize Kontrollü Çalışma
TARD	Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği
TENS	Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu

TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	25
2. Katılımcıların Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Bilgileri	26
3. İyileşme Kalitesi Ölçeği Puan Dağılımları	27
4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve iyileşme Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.	28
5. Katılımcıların Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Bilgileri ve İyileşme Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.	29
6. Katılımcıların Yaş ve Ameliyat Bilgileri ve İyileşme Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki.	30
7. Ameliyat Sonrası Beslenme Zamanının Etkisi.....	31
8. Katılımcıların Ameliyattan Sonra İlk Besleme Zamanının İyileşme Kalitesi, Ameliyattan Sonra Beslenmeden Bir Saat Önceki Ağrı Düzeyi ve Ameliyattan Sonra Beslenmeden Bir Saat Sonraki Ağrı Düzeyi Üstündeki Etkisi.	32

ŞEKİL DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
1. Wong Baker Yüzler Ağrı Değerlendirme Ölçeği	14
2. Revize Yüzler Ağrı Değerlendirme Ölçeği	15
3. Davranışsal Ağrı Ölçeği	16
4. Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Aracı	17



1. GİRİŞ

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) tarafından ağrı “vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum” olarak tanımlanmıştır. Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayan ve doku iyileşmesi ile giderek azalan akut bir ağrı türü olarak tanımlanmaktadır. Cerrahi hastalarının yarısından fazlasının orta düzeyde ve şiddetli ağrı deneyimledikleri görülmüştür (1). Ağrılı hastanın tedavisinin en önemli koşulu ağrının doğru değerlendirilmesi ve uygulanan tedaviye yanıtının gözlenmesidir (2).Yapılan çalışmalar yetersiz ağrı yönetiminin solunum egzersizi uygulamalarını ve erken mobilizasyonu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (3, 4). Bu durum da komplikasyonlara ve taburculuk süresinin uzamasına neden olmaktadır (5).

Ameliyattan önceki hazırlıklardan biriside midenin boş olmasını sağlamak amacıyla katı ve sıvı besin kısıtlaması yapmaktır (6). Ameliyat öncesi gece yarısından itibaren hastanın oral alımının kesilmesi aspirasyon pnömonisini önlemek amacıyla yakın döneme kadar katı bir şekilde uygulanıyordu. Uzun süren açlık süresi insülin direncine ve negatif nitrojen dengesine sebep olmaktadır. Bunlar hastanın iyilik halini olumsuz etkilemekte ve hastanede kalış süresini uzatmaktadır (7). Oysaki ERAS prosedürü ameliyattan altı saat öncesine kadar katı, iki saat öncesine kadar berrak sıvı gıdaların alımına izin veriyor (8). Gece boyu aç kalan ve hafif kahvaltı yapan hastalar karşılaştırılış aralarında mide içeriği, mide hacmi açısından bir fark olmadığını ortaya koymuştur (9). Ülkemizde yapılan çalışmaların tamamına yakını hastaların gece yarısından itibaren aç bırakıldıklarını göstermiştir (7, 10). Hastaların gün içerisinde ameliyata giriş süreleri uzadığında hemşirelerin herhangi bir müdahalede bulunmadıkları görülmüştür (11). Ameliyat sonrası hızlı iyileşme için önerilerden birisi de ameliyat sonrası erken oral alıma başlanmasıdır. Ameliyat sonrası hastanın anesteziyenin uyardıktan sonraki ikinci saatte oral sıvı, dördüncü saatte katı gıda almasına teşvik edilmesi önerilmektedir (8). Ancak çalışmalarda ameliyat sonrası oral alıma başlama ile ilgili farklılıklar mevcuttur (12, 14). Hastaların oral alıma başlama kararı verilirken de hastanın barsak hareketlerinin geri gelmesi beklenmektedir (15).

Literatür incelendiğinde açlık süresinin ağrıya etkisini inceleyen kısıtlı sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Ameliyat sonrası erken ve geç beslenmenin bazı literatürlerde ağrıyı etkilemediği, bazılarında ise ağrıyı arttırdığı görülmüştür (16, 17).

Myles ve ark.'ı (77) tarafından tanımlanan iyileşme kalitesi (QoR-40) 2000 yılında geliştirilmiş ve 40 maddeden oluşan bir ankettir. 2014 yılında Karaman ve ark.'ı (78) tarafından türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Yapılan çalışmalar arasında açlık süresinin iyileşme kalitesi arasında ilişkisini ortaya koyan araştırmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalar açlığın iyileşme kalitesini etkilemediğini göstermiştir (18).

Bu bilgiler ışığında bu çalışma açlık süresinin ağrıya ve iyileşme kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ameliyat Öncesi Dönem

Ameliyat öncesi dönem; hastaya ya da hasta adına karar veren kişiye ameliyat gerekliliğinin bildirilmesi, bu konuda bilgilendirilme yapılması, ameliyat kararını onaylamasıyla başlayan ve ameliyat masasına alınmasıyla son bulan dönemdir (19). Hastanın hastaneye yatışı ameliyat günü olabileceği gibi bu süre beslenme bozukluğu, sıvı elektrolit dengesizliğini ve kan değerlerini düzeltmek için birkaç gün yada birkaç haftayı da bulabilir (20). Ameliyat öncesi dönem: fizyolojik ve psikolojik hazırlık, yasal hazırlık, ameliyat öncesi hasta eğitimini, ameliyat öncesi gece hazırlığını ve ameliyat günü hazırlığını kapsar (19).

2.1.1. Fizyolojik hazırlık

Hastanın kapsamlı bir tıbbi öyküsü alınır. Hastanın bilinen hastalığı, geçirmiş olduğu cerrahi travma, alerji, kullandığı ilaçlar (antikoagülan, insülin, psikotik vb.), sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı değerlendirilir (21). Ameliyat öncesi temel sağlık değerlendirmesinde herhangi bir cerrahi/anestezi riskinin optimize edilmesi için daha fazla değerlendirme gerektiren tanılama testleri vardır. Bunlar: ekg, göğüs grafisi, hemogram, seroloji, gebelik testi, koagülasyon, hbA1c, ve kan grubudur (22). Böylece kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, üriner sistem, sinir sistemi, endokrin sistem, hematolojik sistem, immünolojik sistem etkili bir şekilde değerlendirilmiş olur (21).

2.1.2. Yasal hazırlık

Hastanın yapılacak olan işlem hakkında bilgi sahibi olduğunu ve kendisine yapılacak cerrahi işlemi kabul ettiğini gösteren bir onamdır. Alınması yasal bir zorunluluktur ve hasta dosyasında bulundurulmalıdır. Hem hastanın hem de sağlık çalışanının yasal bir güvencesidir. Bu onam reşit olmayan yada fiziksel ve psikolojik durumu yeterli olmayan bireylerde vasisi tarafından kabul edilir (19, 23).

2.1.3. Psikolojik hazırlık

Hastanın hastanede yatması, cerrahi bir işlem uygulanıyor olması anksiyeteye ve korkuya sebep olur. Bunun sebepleri arasında kişinin aileden uzak bir çevrede bulunması, günlük işlevlerini yerine getirememesi, ameliyat hakkında yeterli bilgilendirme yapılmaması, ameliyat sonrası ağrı kaygısı yer almaktadır. Artan anksiyete ameliyat sonrası ağrının ve analjezik kullanımının artmasına neden olur. Ameliyat öncesi iyi bir psikolojik hazırlığın anksiyeteyi ve ameliyat sonrası analjezi kullanımını azalttığı, iyileşmeyi hızlandırdığı, erken taburcu olmayı sağladığı görülmüştür (20, 24).

2.1.4. Hasta eğitimi

Hasta ve yakınlarına yatış yaptıkları servis, ziyaret saatleri, ameliyat öncesi tanı işlemleri, tedavi, ameliyata giriş saati, ameliyat sonrası hastada bulunacak tüpler, drenler, hastanın uygulaması gereken egzersizler ve kısıtlamalar hakkında bilgi verilmelidir. Ameliyata iyi hazırlanan ve yeterli eğitim alan hastaların daha az analjezi kullandığı, ameliyat sonrası komplikasyon görülme riskinin azaldığı, daha çabuk iyileştiği ve erken taburcu olduğu görülmüştür (19, 25). Gürlek ve Yavuz (25)'un yaptığı çalışmada hemşirelerin %78.5 ameliyat öncesi dönemde eğitim vermiş ancak derin solunum-öksürük egzersizleri, yatak içi dönme egzersizleri daha düşük bir oranda anlatmıştır.

Derin solunum ve öksürük egzersizi: Solunum egzersizlerinden diyafragmatik solunumda aktif olan elini göğüs bölgesine koyup burundan yavaş ve derin nefes alması istenir. Nefes alırken karın bölgesinin dışarı çıkması verirken ise içeri girmesi gerekir. Büzük dudak solunumunda ise hastanın ağzı kapalı birkaç saniye nefes alması sonrasında dudaklarını büzerek yavaş yavaş nefesi vermesi istenir. Öksürme egzersizinde ise hastanın rahat, dik oturması ve öne doğru eğilmesi istenir. Derin nefes alıp birkaç saniye nefesini tuttuktan sonra tekrar nefes almadan birkaç defa öksürmeye teşvik edilir (23). Bu egzersizler havayolunu dilate eder, alveollerdeki gaz değişimini kolaylaştırır, hücrelere giden oksijen miktarını yükseltir, bronşial sekresyonların atılmasını sağlar. Böylece atalektazi, hipoksemi, enfeksiyon gibi komplikasyonlar önlenmiş olur (26).

Yatak içi dönme ve ekstremitte egzersizleri: hastanın yatak kenarlıklarını kullanarak bir yandan diğer yana dönmesi öğretilir. Dönme sırasında drenlere, iv hatlara, foley katatere ve yara yerine dikkat etmesi konusunda bilgilendirilir. Hastaların ayak bileklerini dairesel şekilde hareket ettirmesi, dizlerini bükerek ve uzatarak hareket ettirmesi istenir. Egzersizler venöz dönüşü kolaylaştırır ve tromboflebit oluşumunu engeller (23).

Mobilizasyon: ameliyat sonrası uzun süre hareketsiz kalan hastalarda, dolaşım problemleri (venöz staz, trombüs), solunum problemleri (atalektazi), abdominal distasyon artışı, deride basınç yarası, idrar retansiyonu görülür. Erken mobilizasyon ile bu komplikasyonlar ortadan kaldırılır ve yara iyileşmesini hızlandırır (27).

2.2. Ameliyat Öncesi Gece Hazırlığı

Cerrahi işlem deri bütünlüğünü bozarak enfeksiyon riskini artırır. Ameliyattan bir gece önce hastaya banyo yaptırmak cilt üzerindeki patojenleri uzaklaştırır, kalıcı florayı azaltır ve cerrahi alan enfeksiyonu (CAE) riskini azaltır. Tüylerin ameliyat bölgesinden uzaklaştırılması gerekirse ameliyattan hemen önce elektrikli saç kesme aleti ile bu işlemin yapılması önerilir. Hasta karın ve pelvik ameliyatı geçirecekse cerrah isteminde bağırsak hazırlığı yapılır. Midenin boş olmasını sağlamak amacıyla 6-8 saat öncesinde sıvı ve katı besin kısıtlaması yapılır. Hastanın iyi bir uyku alabilmesi için sessiz sakin bir ortam sağlanmalıdır (6, 20).

2.3. Ameliyat Günü Hazırlığı

Hastanın yaşam bulguları alınır ve kayıt edilir. Hastanın varsa takıları, takma diş, gözlük, protez çıkartılır ve hasta yakınına teslim edilmesi sağlanır. Kadın hastalarda oje varsa silinir. Ameliyat önlüğü ve bone giydirilir. Sedyeye alınır ve ameliyathaneye transfer edilir (23).

2.4. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileştirme Protokolü (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS)

1800'lü yıllarda aspirasyona bağlı hastanın kaybedilmesi ile 'Nil Per Os (NPO)' yani ameliyattan önce gece yarısından itibaren katı ve sıvı gıdanın kesilmesi

uygulanmaya başlanmıştır. NPO yakın döneme kadar uygulanmaya devam etmiş ancak uygulamayı destekleyen bilimsel bir gerçek bulunmamıştır (28). Uzun süreli aç kalan hastalarda ameliyat öncesinde; yorgunluk, huzursuzluk, sinirlilik, baş ağrısı, ağız kuruluğu görülebilir. Ameliyat sonrasında ise dehidrasyon, bulantı, kusma, hipovolemi, hipoglisemi meydana gelebilir (29, 30).

1900'lerin sonunda Kehlet'in yaptığı çalışmalar ERAS protokolünün temel maddelerinin oluşmasını sağlamıştır. Bu yüzden ERAS' ın yaratıcısı kabul edilir (5). Akabinde bu durumun kanıta uygunluğunun incelenmesi ve değerlendirilmesi için 2001 yılında İskoçya, İsveç, Danimarka, Norveç ve Hollanda da çalışma grupları oluşturuldu. Cerrahi strese karşı metabolik yanıt komplikasyonlarını azaltmak ve ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmak üzerine odaklanmıştır. Kolorektal cerrahi için bir öneri paketi hazırlanmış ve 2005 yılında yayınlamıştır. 2010 yılında ERAS Stocholm' da uluslar arası bir derneğe dönüşmüştür (31).

ERAS protokolleri Türkiye de ilk resmi tanışması 2014 yılında Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) kongresi ile meydana geldi. 15 Mart 2017 tarihinde ise ERAS Türkiye Derneği faaliyete geçmiştir (32).

Ameliyat öncesi dönem ERAS protokolü kriterleri:

- Hasta bilgilendirilmesi
- Ameliyat öncesi açlık
- Ameliyat öncesi bağırsak hazırlığı
- Antimikrobiyal profilaksi
- Tromboemboli profilaksisi
- Ameliyat öncesi optimizasyon
- Ameliyat yerinin hazırlığı
- Ameliyat öncesi premedikasyon (33, 34).

Ameliyat sırası ERAS protokolü kriterleri:

- Anestezi protokolü
- Cerrahi kesi seçimi
- Hipotermi önlenmesi
- Sıvı yönetimi
- Dren kullanımı (8, 18).

Ameliyat sonrası dönem ERAS protokolü kriterleri:

- Bulantı kusmanın engellenmesi
- Nazogastrik sonda kullanımı
- Üriner katater
- Gastrointestinal motilitenin uygulanması
- Ameliyat sonrası analjezi
- Ameliyat sonrası beslenme
- Erken mobilizasyon
- Taburculuk
- Takip ve sonuçların denetimi (8, 35).

2.5. Ameliyat Öncesi Açlık ve Açlık Süresinin Kısaltılmasının Önemi

Pulmoner aspirasyonu önlemek için 12 saat öncesinden başlayan açlık protokolü uzun yıllar geleneksel yaklaşım olarak devam etmiştir (35). Uzun süren açlığın metabolik etkileri de yakın geçmiş zamanda araştırılmaya başlandı. Açlık sırasında karaciğer ve kas dokusundaki depolanmış karbonhidrat açığa çıkıyor. Gece boyu aç kalan hastada karaciğerdeki glikojenin yarısından fazlası kaybediliyor. Uzun açlık cerrahi stres ile beraber organizma için bir travmadır. Cerrahi travmadan sonra ilk 24-48 saatte katekolamin, kortizol gibi endokrin hormonlarda erken yükselme görülür. Bu katabolik süreç kas, yağ dokusu ve diğer dokularda yıkıma sebep olmaktadır. Organizma tüm kaynakları yıkıma uğrattıktan sonra proteinleri yıkarak enerji üretimine geçer. Bu yüzden açlığın kontrol altına alınması, yara iyileşmesi ve enfeksiyonlardan korunmak için büyük önem taşır (28, 36).

ERAS prosedürü ameliyattan altı saat öncesine kadar katı, iki saat öncesine kadar berrak sıvı gıdaların alımına izin veriyor. Ameliyattan önceki gece yarısına kadar 800 ml, ameliyattan 2-3 saat önce ise 400 ml karbonhidrattan zengin sıvı gıda alınması öneriyor. Bu uygulama hastanın iyilik halini artırıyor, insülin direncini azaltıyor ve taburculuk sürecini hızlandırıyor (7, 8).

Dolgun ve ark. (10) yapmış olduğu çalışmada hastalar ameliyat öncesi ortalama 13.53 saat açlık ve ortalama 12.21 saatte sıvı kısıtlamasına maruz kalıyor. Bu sürelerinin önerilenden daha uzun olduğu görülmüştür. Oysaki Miller ve ark. (9) yapmış olduğu çalışmada gece boyu aç kalan ve hafif kahvaltı verilen iki grup

karşılaştırılmış aralarında mide içeriği, mide hacmi, mide içeriği ph 'ı açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

2.6. Ameliyat Öncesi Açlık Süresiyle İlgili Kanıta Dayalı Rehberler

İngiliz Kraliyet Hemşirelik Koleji (The Royal College of Nursing- RCN) 2005

- Elektif cerrahi uygulanacak yetişkin hastalarda, anestezi indüksiyonundan 2 saat öncesine kadar su ve diğer berrak sıvıları sınırsız alabileceği
- Katı gıda, süt ve süt ürünü içeren gıdalar için ameliyat öncesi 6 saatlik açlık süresinin yeterli olduğu belirtilmiştir (37).

İskandinav Yoğun Bakım ve Anestezi Birliği (Scandinavian Society Of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine- SSAI) 2005

- Hem yetişkin hem de çocuklarda anestezi 2 saat öncesine kadar su, meyve suyu, açık çay veya kahve gibi partikül içermeyen yağlı olmayan berrak sıvıların alınabileceği,
- Anestezi indüksiyonundan 6 saat önce hasta katı gıda almamalıdır. (inek sütü, süt tozu katı gıda olarak kabul edilir)
- Anestezi indüksiyonundan 4 saat önce emzirme ve mama verilmesi durdurulmalıdır.
- Yetişkin hastalar anestezi uygulamasından 1 saat öncesine kadar oral ilaçlarını 150 ml' e, çocuklar ise 75 ml' e kadar su ile içebilir.
- Anestezi indüksiyonundan önceki son 2 saat içinde sakız çiğnenmemesi ve sigara içilmemesi önerilir.
- Acil vakalarda gastrik boşalma beklenmeden ameliyat alınması önerilir (38).

Avrupa Parenteral ve Enteral Nutrisyon Ulusal Toplulukları (European Parenteral and Enteral Nutrition National Societies-ESPEN) 2017

- Anestezi uygulanmadan 2 saat öncesinde berrak sıvıların alınabileceği
- Anksiyete dahil perioperatif rahatsızlıkları azaltmak için 2 saat öncesinde oral karbonhidratlı içecekler verilmelidir.
- Ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonları önlemek için uzun süreli açlıktan kaçınılması gerektiği önerilmektedir (39).

Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) 2015

- Yetişkin ve çocuklar için berrak sıvılar 2 saat açlık
- Anne sütü (yeni doğan ve infakt) için 4 saat
- Mama ve katı gıdalar 6 saat açlık
- Yetişkinlerde hafif yiyecek 6 saat açlık
- Yağlı ve kızarmış yiyecek için 8 saatlik açlık süresinin yeterli olduğu belirtilmiştir (40).

Amerikan Anesteziyologlar Birliği (American Society of Anesthesiologists-ASA) 2011

- Anestezi uygulamasından 2 saat öncesine kadar berrak sıvılar (su, meyve suyu) serbesttir.
- Katı gıdalar, süt ve süt içeren içecekler için 6 saat açlık süresi
- Anne sütü için 4 saat açlık
- Ameliyat öncesi hafif gıdalar için 6 saat açlık
- Kızarmış gıdalar, yağlı yiyecekler, et için açlık süresi 8 saat ve daha fazla olması gerektiği belirtilmiştir (41).

Avustralya ve Yeni Zelanda Anestezist Koleji (ANZCA) 2016

- Anestezi öncesi hafif yiyecekler için 6 saat açlık
- Anestezi öncesi karbonhidratlı sıvıların 2 saat öncesinde alınmasının risk oluşturmadığı
- Ameliyattan 2 saat önce çocukların 200 ml yetişkinlerin 400 ml berrak sıvı almaları belirtilmiştir (42).

2.7. Ameliyat Sonrası Dönem

Ameliyatın sona ermesi ile başlayan, hastanın normal işlevlerine kavuşuncaya ya da tıbbi bakım sonlanıncaya kadar devam eden süreçteki hemşirelik girişimlerini kapsar. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımının amacı: hastanın hemodinamik dengesini ve öz bakımına katılımı sağlamak, ağrıyı gidermek, komplikasyonları önlemek, taburculuğa yönelik hasta eğitimi vermektir. Ameliyat sonrası dönem erken dönem ve geç dönem olmak üzere ikiye ayrılır (23).

2.7.1. Ameliyat sonrası erken dönem

Hastalar ameliyattan sonra öncelikle anestezi sonrası bakım ünitesine (ASBÜ) alınmaktadırlar. Bu ünite de anestezinin etkisi geçinceye kadar yakından izlenir. ASBÜ; post anestezi bakım ünitesi, derleme odası, ameliyat sonrası iyileşme odası gibi farklı adlarla kullanılmaktadır. Ameliyat sonrası komplikasyonların yarısı ilk bir saatte gerçekleşmektedir. Hastalar bu kritik dönemde ASBÜ’ de yakından takip edilmektedir (43, 44).

- Hastanın hava yolu açıklığı, solunum hızı, derinliği tanınır. spO2 seviyesi ölçülür. Oksijen ihtiyacı belirlenirse gerekli önlemler alınır.
- Hastanın kalp atış hızı, ritmi, kan basıncı izlemi yapılır. Hipotansiyon ve şok, hipertansiyon ve distritmi açısından değerlendirilir.
- Vücut sıcaklığı ölçülür. Cildi renk, ısı, nem yönünden değerlendirilir.
- Nörolojik tanılama yapılır. Bilinç durumu, oryantasyon, hareket etme, pupillaların reaksiyonu değerlendirilir.
- Böbrek fonksiyonları takibi için aldığı çıkardığı izlemi yapılır. İdrarının rengi, miktarı kayıt edilir.
- Hastanın ameliyat bölgesi pansumanı, drenaj miktarı ve tipi tanınır. Kanama açısından takip edilir.
- Bulantı kusma görülebilir. Buna bağlı aspirasyon riskini önlemek için bilinci kapalı ya da yarı açık hastalar lateral pozisyona; bilinci açık ise 15-30 derece yükseltilir. Doktor isteminde antiemetik ilaçlar uygulanır.
- Ağrı değerlendirilmesi yapılır. Hasta anesteziğin etkisinde olduğundan olası ilaç reaksiyonu ve solunum depresyonu yönünden izlenmelidir (43, 45).

ASBÜ’ den ayrılma kriterleri:

- Yaşam bulguları stabil olması
- Yer, zaman, kişi oryantasyonu olması
- Solunum fonksiyonları normal olması
- Saatlik idrar miktarı 30 ml olması
- Oksijen saturasyonu %90 üzerinde olması
- Drenlerden anormal bir drenaj olmaması
- Bulantı kusma olamaması gerekmektedir (23).

2.7.2. Ameliyat sonrası geç dönem

Ameliyat sonrası klinikte bakım ilk 24 saatte; anestezinin etkisinin geçmesi için bakım uygulanması, hastanın sık aralıklarla fizyolojik durumunun kontrol edilmesi, olası komplikasyonların izlenmesini, ağrı kontrolünün sağlanması, hastanın kendi bakımını sürdürmesi, taburculuk ve iyileşmeye yönelik önlemlerin yerine getirilmesini kapsar (23).

- Ameliyat sonrası bulantı kusma (ABSK) anestezinin en sık görülen yan etkisinden biridir. ABSK hasta konforunu ve memnuniyetini azaltan, hastanede yatış süresini uzatarak maliyeti artıran bir durumdur. Ameliyat sonrası dönemde ağrıya yönelik opioid kullanımını azaltarak ABSK kontrol edilebilir. ABSK 'nın önlenmesiyle hastanın oral alımı desteklenir, yeterli hidrasyon sağlanır ve GİS fonksiyonlarının kısa sürede normale dönmesi sağlanır (46).
- Ameliyat sonrası dönemde pulmoner riskin azaltılması atelettazinin önlenmesi ve tedavisine yöneliktir. Akciğer kapasitesi genişletme yaklaşımları arasında öksürme, derin nefes alma egzersizleri ve spirometre yer almaktadır. Ağrı kontrolünde kullanılan opioidler solunum ve öksürme refleksini deprese edebileceğinden hasta dikkatli izlenmelidir (47).
- Ameliyat sonrası hissedilen ağrı hasta için kaçınılmaz bir deneyimdir. Ağrı yönetiminde hemşirenin ağrıyı tanımlaması, izlemesi, değerlendirmesi, uygulan ilaçların yan etkilerini izlemesi son derece önemlidir. Bununla birlikte non farmakolojik yöntem olan; dikkati başka yöne çekme, müzik, hayal kurma, masaj, pozisyon verme, transkütan elektriksel sinir uyarımı (TENS), sıcak soğuk uygulamaları da önem taşımaktadır (48).
- Hastanın erken dönemde ayağa kaldırılmasıyla ameliyat ile ilişkili kardiyovasküler ve solunum sistemi komplikasyonları azalır, yara iyileşmesi ve bağırsak peristaltizmi destekler, tromboflebit gelişimi önler ve hastanın kısa sürede kendi bakım sorumluluğunu alması sağlar. Ekstremiteler de venöz dönüş hızlanır. Tromboflebit ve venöz tromboemboli daha az görülmüştür. Gastrointestinal motilite hareketle artmaktadır. Abdominal distansiyon azalır. Aktivite ameliyat sonrası azalan akciğerin tidal hacmini artırır. Akciğerlerde sekresyon birikimini azaltır. Böylelikle atelettaziyi ve pnömoniye önler.

Ameliyat sonrası hareketsizlikle birlikte basınç yaraları da görülmektedir. Erken mobilizasyonla deri bütünlüğü sağlamaktadır (49, 50).

- Ameliyat sonrası idrar retansiyonu görülebilir. Oluşan retansiyon hastanın ağrı algısını değiştirmektedir. Ameliyat sonrasında hastanın 8 saatte idrar çıkartması beklenir. Hastanın idrar yapamaması durumunda; pozisyonu değiştirilir, perianal bölgeye ılık su dökülmesi gibi girişimler uygulanabilir. İdrar çıkışının olmadığı ve mesane distansiyonun geliştiği durumlarda üriner kateter takılır (23).
- Cerrahi alanı değerlendirirken; yara kenarları, süturlar, kızarıklık, renk, ısı, ödem, hassasiyet ve drenaj olup olmadığı açısından yakından izlenmesi gerekir. Cerrahi yara bakımında aseptik tekniğe uyulmalıdır (23).
- Hastaya ve yakınlarına bilgilendirme yapılarak bireysel bakım sorumluluğunu üstlenmesi sağlanır ve taburculuğa hazırlanır (23).

2.8. Ameliyat Sonrası Beslenme

Ameliyat cerrahi hastalarda metabolik ve fizyolojik bozukluklara neden olur. Vücut strese karşı bazal metabolizma hızını artırır, nitrojen depolarını kullanır ve negatif azot dengesi oluşur. Akut faz proteinlerinin sentezinin yanı sıra glikoneogenezde artış olur. Ameliyat öncesi ve sonrası beslenme bu katabolik durumu ortadan kaldırır (51). Postoperatif iyilik hali ve erken taburculuk için en önemli ölçütlerden biride erken oral beslenmedir. ERAS ameliyat sonrası hastaların ikinci saatte oral sıvı, dördüncü saatte katı gıda almasını teşvik etmektedir. Erken oral beslenmenin anastomoz kaçağı riskini artırmadığı yarattığı tek riskin kusmayı indüklemesi olduğu çalışmalarda görülmüştür (7, 8). Levis J. ve ark. (52) yapmış olduğu çalışmada gastrointestinal cerrahi geçiren hastalarda erken oral beslenen grup ve 24 saat içinde beslenmeye başlanmayan grup; yara enfeksiyonu, anastomoz kaçağı, mortalite, hastanede kalış süresi açısından karşılaştırılmıştır. Erken beslenmenin enfeksiyona, anastomoz kaçağına yol açmadığı görülmüştür. Hastaların mortalite oranı ve hastanede kalış süresi azalmıştır. Elektif gastrointestinal cerrahide hastaları aç tutmanın hiçbir avantajı olmadığı sonucuna varılmıştır. Karbonhidratların ameliyat öncesi oral alımı, epidural analjeziyi ve erken enteral beslenmeyi birleştiren bir çalışma, ERAS' ın bu üç bileşeninin, insülin direncini en aza indirerek eksojen insüline

ihtiyaç duymadan glikoz seviyelerini normal tutarken nitrojen dengesine izin verdiğini göstermiştir (53).

2.9. Ameliyat Sonrası Ağrı

IASP ağrısı; “vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan gerçek ya da potansiyel doku hasarı ile ilgili olan ya da olmayan, bireyin geçmiş deneyimleriyle de ilişkili, duyuşsal ve duygusal bir deneyim” olarak tanımlanmıştır (54). Ameliyat sonrası ağrı, akut bir ağrıdır. Cerrahi travma ile başlar, doku iyileşmesi ile giderek azalır ve kaybolur (55).

Ameliyat sonrası ağrının değerlendirilmesi, tedavisi cerrahi hastalar için önemlidir. Ağrı yönetimi postoperatif hastaların iyileşmesinde hayati bir bileşendir. Ağrı, hastanın derin nefes alma, öksürme ve yürüme gibi ameliyat sonrası müdahalelere katılma yeteneğini azaltır. Bu müdahaleler ameliyat sonrası komplikasyonları önlemede temel unsurlardır (56). Yetersiz ağrı yönetimi yara iyileşmesinin gecikmesine, atelektaziye, derin ven trombozuna, pnömoniye, bilişsel bozukluklara, anksiyetenin artmasına, glikoz dengesinin bozulmasına, kronik ağrıya, mortalite ve morbiditenin artmasına ve taburculuk süresinin uzamasına sebep olur. Kişinin yaşam kalitesini de düşürür (57).

Ameliyat sonrası ağrının şiddetini ve süresini etkileyen faktörler vardır. Birincisi, hastalar daha şiddetli ağrıya yönelik risk faktörlerini ameliyata getirirler; en önemlisi önceden var olan ağrı, kronik opioid kullanımı, korku ve depresyondur (57). İkincisi, cerrahi zorunlu olarak periferik dokulara zarar verir, bu durum da saf inflamasyondan farklı bir ağrıya sebep olur. Perifer doku hasarının yanı sıra sinir hasarı da, A β afferentlerinde alıcı alan bölgesinde büyük bir azalmaya; eşik değerinde bir artışa sebep olur. A δ afferentlerinde ise alıcı alan bölgesinde daha fazla bir artışa ve nosiseptörlerin eşik değerinde ise daha fazla bir azalmaya neden olur. Üçüncüsü; değişen aferent girdi, merkezi sinir sisteminin işlenmesinde ve nosisepsiyonun iletilmesinde hassaslaşmaya neden olur; bu da ağrı ve dokunsal uyaranlara karşı aşırı duyarlılık meydana getirir (58).

Ağrının subjektif olması nedeniyle, değerlendirilmesi ve yönetimi karmaşık bir süreç olabilir. Analjeziklerin zamanlaması ve uygun kullanımı ağrı tedavisinde dikkate alınmalıdır. Hasta kontrollü tedaviler gibi ağrı tedavisindeki ilerlemelere rağmen

analjezi (PCA), multimodal analjezi ağrının giderilmesinde yeterli olmamaktadır. Hastalar şiddetli ve orta derecede ağrı yaşamaya devam ederler (59).

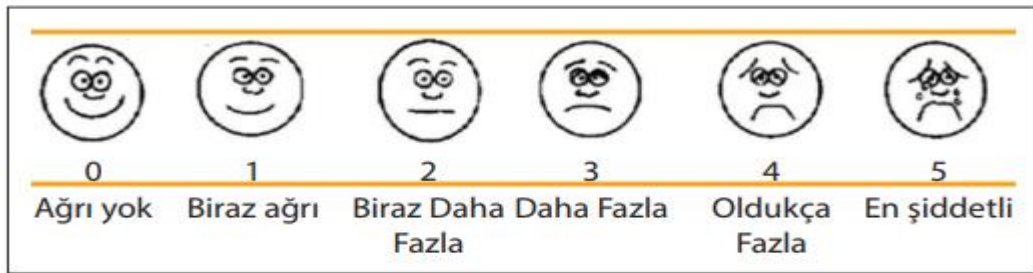
2.10. Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrı yönetimini etkin bir şekilde verebilmek için ağrıyı geçerli bir ölçüm aracı ile değerlendirilmesi gerekir. Ağrıyı değerlendirmek için hastaya ağrısının olup olmadığını sormak ve hastanın “var ya da yok” cevabına göre değerlendirme yapmak yeterli olmamaktadır. Günümüzde ağrıyı değerlendirmede tek ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır. Postoperatif ağrının değerlendirilmesinde tek boyutlu ölçekler önerilmektedir (2).

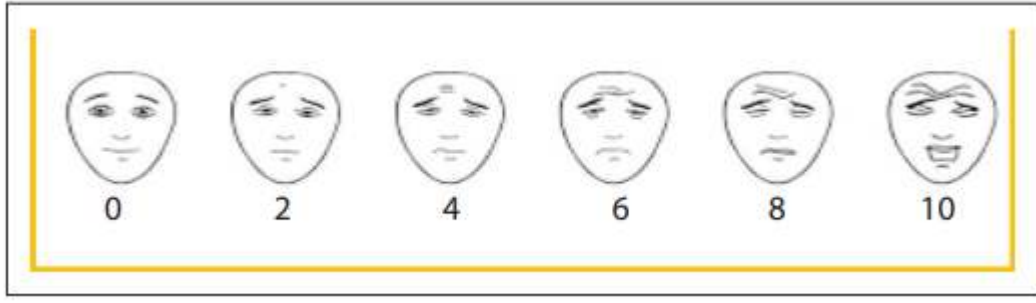
2.10.1. Tek boyutlu ölçekler

2.10.1.1. Yüzler ağrı değerlendirme ölçekleri

Ölçek iletişim kuramayan hastalarda, yaşlılarda ve çocuklarda postoperatif ağrıyı değerlendirmek için kullanılır. Hastaya hissettiği ağrıyı gösteren yüzü işaret etmesi istenir. Wong Baker Yüzler Ağrı Değerlendirme Ölçeği ve Revize Yüzler Ağrı Değerlendirme ölçeği bu kategoride yer alır (60).



Şekil 1. Wong Baker Yüzler Ağrı Değerlendirme Ölçeği (60).



Şekil 2. Revize Yüzler Ağrı Değerlendirme Ölçeği (61).

2.10.1.2. Sözel değerlendirme ölçeği

Hastanın ağrısını ‘yok’, ‘hafif’, ‘orta’, ‘şiddetli’, ‘çok şiddetli’ seçeneklerinden birisiyle eşleştirmesi istenir (62).

2.10.1.3. Numerik ağrı ölçeği

NRS ağrı yoğunluğunu ölçmek için (0 ile 10 arasında) sayının kullanıldığı tek boyutlu bir ölçektir. Hastadan 0 = ağrı yok, 10 = en kötü (dayanılmaz) ağrıya eşit olmak üzere ağrı yoğunluğunu en iyi yansıyan sayıyı seçmesi istenir (63).

2.10.1.4. Görsel analog ölçek

100 mm uzunluğunda yatay bir çizgi şeklinde uç kısmının birinde ‘ağrı yok’ diğesinde ‘dayanılmaz ağrı’ ifadesi yer alır. Hastanın bu cetvel üzerinde o an hissettiği ağrıyı işaretlemesi istenir. (64).

2.10.1.5. Burford ağrı termometresi

Hastaların ağrı düzeylerini belirlemek için sözel ağrı skalası ve vizüel analog skalanın birlikte kullanıldığı bir ölçektir. Bu bağlamda; 0-1 ağrının olmadığını, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır. Bu ölçek ülkemizde yaygın olarak kullanılmamaktadır (65, 66).

2.10.2. Çok boyutlu ölçekler

Bu ölçekler ağrının şiddetini değerlendirmenin yanında, niteliğini, karakterini ve hasta üzerindeki etkisini de değerlendirir. Ancak ameliyat sonrası akut ağrıyı değerlendirmede rutin olarak kullanılmamaktadır (67).

2.10.2.1. Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu

Çok boyutlu ölçek örneklerindendir. Bu ölçek, ağrının yeri, derinliğini ve yüzeyselliğini, ağrının zamanla ilişkisini, şiddetini ve ağrıyı değerlendirmede 20 kelime grubunu içeren dört kısımdan oluşmaktadır (68).

2.10.2.2. Davranışsal ağrı skalası (BPS) ve Yoğun bakım ağrı gözlem aracı (CPOT)

Bilişsel yetersizliği olan ve bildirimde bulunamayan yoğun bakım hastalarında ağrıyı değerlendirmek için kullanılırlar. BPS entübe olan hastalarda, CPOT ise hem entübe hem de ekstübe hastalarda kullanılır. BPS de 5 puan ve üzeri ağrı olduğunu gösterir. Ağrı skoruna göre analjezinin artırılmasına, azaltılmasına ya da tedavinin aynı dozda devam edilmesine karar verilir. Yoğun bakımda ilk 6 saatte saat başı ağrı değerlendirilmelidir. Sonraki süreçte bu 4 saatte bir şeklinde önerilir (67).

Alt ölçek	Tanımı	Puan
Yüz ifadesi	Rahat	1
	Kısmen gergin	2
	Tamamen gergin	3
	Yüzünü buruşturuyor	4
Üst ekstremiteler	Haraket yok	1
	Kısmen bükülmüş	2
	Parmak fleksiyonu ile tamamen bükülmüş	3
	Kalıcı retraksiyonda	4
Ventilasyonla uyum	Tolere edici hareket	1
	Öksürüyor, fakat çoğu zaman ventilasyonu tolere ediyor	2
	Ventilatörle savaşıyor	3
	Ventilasyonu kontrol edemiyor	4

Şekil 3. Davranışsal Ağrı Ölçeği (67).

Alt ölçek	Tanımı	Puan
Yüz ifadesi	Rahat	0
	Gergin	1
	Yüzünü buruşturuyor	2
Vücut hareketleri	Hareketler yok	0
	Koruyucu	1
	Huzursuz	2
Kas gerilimi	Rahat	0
	Gergin, rijit	1
	Çok gergin ya da rijit	2
Ventilasyonla uyumu	Ventilatörü tolere ediyor	0
	Öksürüyor, fakat tolere ediyor	1
	Ventilatörle savaşıyor	2
Ses çıkarma (ekstübe hastalar)	Normal tonda konuşuyor ya da ses yok	0
	İç çekiyor, inliyor	1
	Bağırıyor, hıçkırarak ağlıyor	2

Şekil 4. Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Aracı (67).

2.11. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi

Ağrı yönetimi hastanın yaşına, cinsiyetine, ağrı eşiğine, soyuna, ağrının şiddetine bağlı olarak değişir. Ağrı yönetimindeki amaç hastanın günlük yaşam aktivitelerine dönmesini sağlamaktır. Bu yöntemler:

- Farmakolojik yöntemler
- Non farmakolojik yöntemler
- Girişimsel işlemler (69).

2.11.1. Farmakolojik yöntemler

Ağrının kontrol altına alınmasında hızlı etki etmesi ve kolay uygulanabilirliği açısından çok tercih edilen tedavi yöntemidir (70). Ameliyat sonrası ağrının tedavisinde parasetamol, nonsteroid antiinflamatuvar, opioidler ve adjuvanlar kullanılmaktadır. Bu ilaçlar hastanın geçirdiği ameliyat türüne göre tek başına uygulandığı gibi kombine de uygulanır. İlaçların beraber kullanımı daha etkili bir ağrı kontrolü sağlar. Buna multimodal analjezi denir. Ağrıyı yönetmek için multimodal analjezi kavramı 1993 yılında Kehlet ve Dahl tarafından ortaya atıldı (62, 69). Multimodal analjezinin amaçlarından biride opioidleri olabildiğince az kullanmaktır. Bunun ana nedeni: solunum depresyonuna, öksürmenin baskılanmasına, bulantı kusmaya, konstipasyona, idrar retansiyonuna sebep olmasıdır (71, 73).

2.11.2. Non farmakolojik yöntemler

Non farmakolojik yöntemler, ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol altına alınmasıdır. Ameliyat sonrası ağrıda tek başına ya da farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılır. Ağrının giderilmesinde ya da şiddetinin azalmasında etkisinin olduğu görülmüştür. Hasta tarafından kolay uygulanabilmesi, analjezikler gibi yan etkisinin olmaması ve ekonomik yük getirmemesi gibi yararları vardır. Non farmakolojik yöntemde fiziksel teknikler: Sıcak ve soğuk uygulama masaj, TENS, egzersiz, pozisyon vermedir. Bilişsel-davranışsal yöntemlerde ise dikkati başka yöne çekme, müzik dinleme, hayal kurma, hipnozdur (23, 62, 74).

2.11.3. Girişimsel yöntemler

Ameliyat sonrası ağrı tedavisinde uygulanan infiltratif, periferik ve santral bloklar merkezi sinir sistemine giden ağrı yollarının belirli bölgelerde kesilmesini sağlar. Bu yöntem genel anestezi ile beraber kullanılabildiği gibi birincil ağrı kesici yöntem olarak da kullanılır (62).

2.12. Ameliyat Sonrası Ağrıya Yönelik Hemşirelik Bakımı

Etkili bir ağrı yönetimi hasta merkezli, holistik bir yaklaşımı ve multidisipliner bir ekip anlayışını gerektirir (70). Ameliyat sonrası ağrıda hemşire; ağrıyı tanımlaması, farmakolojik ve non farmakolojik ağrı yöntemlerini uygulaması ve sonuçlarının değerlendirilmesinde hasta için etkin bir rol oynar (75). Bunlar:

- Hastanın ağrısı konusundaki ifadeleri dikkate alınmalı ve hastaya yeterli bilgi ve eğitim verilmeli
- Ağrıya karşı öfke gibi duygusal tepkilere yönelik baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi
- Hastanın öyküsü doğru şekilde alınmalı ve gözlem yapılmalı
- Ağrıyı değerlendirmek için hastanın yaşına ve bilinç durumuna göre uygun geçerli ölçekler kullanılmalı
- Ağrının hasta üzerindeki fizyolojik ve davranışsal yansımalarını takip etmeli

- Ağrı tedavisinde kullanılan analjeziklerin sınıflarını, etki mekanizmasını, yan etkilerini bilmeli
- Analjezi tedavisi sonrası hastanın ağrısını değerlendirmeli
- Hastaya uygun farmakolojik yöntemleri seçmeli ve uygulamalı
- Ağrılı bölgeyi uygunsa desteklemeli
- Uykuyu ve dinlenmeyi sağlamalı ve bunu engelleyen gürültü faktörünü ortadan kaldırmalı
- Hastaya eğitim vermeli
- Kayıt tutulmalıdır (1, 61, 76).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Soruları

Araştırmada cevaplanacak sorular;

1. Ameliyattan sonrası dönemde beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ve beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi arasındaki ilişki nasıldır?
2. Ameliyat sonrası dönemde açlık süresi ile iyilik hali arasındaki ilişki nasıldır?

3.2. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Ameliyat sonrası açlık süresi ile ağrı ve iyilik hali arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı analitik tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada ameliyat sonrası açlık süresi, ağrının varlığı ve şiddeti bağımlı değişken olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), eğitim durumu, anestezi süresi, daha önce ameliyat deneyimi olması, cerrahi süresi, Amerikan Anesteziyologlar Derneği (ASA) sınıflaması bağımsız değişken olarak kabul edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Mart 2023 - Mart 2024 tarihleri arasında, Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde yürütülecek olup genel anestezi ile elektif cerrahi işlem uygulanan hastalar oluşturacaktır. Araştırmanın nicel boyutunda örnekleme alınacak katılımcı sayısının hesaplanmasında GPower 3.1.9.2.programı kullanılmıştır. Cohen'in orta etki büyüklüğü ($f^2=0,15$) dikkate alınarak (Cohen,2013), güç düzeyi %80 ve önemlilik düzeyi 0.05 kabul edilerek 150 katılımcının örnekleme dahil edilmesi planlanmıştır.

3.5. Örneklem Seçme Kriterleri

3.5.1. Dahil etme kriterleri

- Elektif ameliyat geçirecek olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak
- 65 yaşından küçük olmak
- Genel anestezi alacak olmak
- Türkçe okuma- yazma bilmek
- ASA sınıflamasına göre ASA I ve ASA II sınıfında olmak
- Bilişsel, duyuşsal ve sözel olarak iletişim kurmada problemi olmaması
- Ameliyat sonrası bilinci açık, uyanık ve oryante olması
- Duyuma ve görme problemi olmaması

3.5.2. Dışlama kriterleri

- Ameliyat sonrası yoğun bakıma transfer edilen hastalar
- Ameliyat sonrası komplikasyon geçirenler
- ASA sınıflamasına göre ASA III ve ASA IV olanlar

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla Hasta Bilgi Formu, Numerik Ağrı Ölçeği ve İyileşme Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır (Ek 1, Ek 2, Ek 3).

3.6.1. Hasta bilgi formu

Bu formda hastaların tanıtıcı özelliklerine yönelik; medeni durum, eğitim durumunu, cinsiyet, yaş, daha önce cerrahi bir girişim geçirme durumu, kronik hastalık durumu, ASA skoru, cerrahi girişimin süresi, anestezinin süresi, ameliyattan önce kaç saat sonra sıvı ve katı gıda aldığı, ameliyattan sonra kaç saat sonra sıvı gıda aldığı

soruları yer almaktadır. Ayrıca ameliyat sonrası ağrısını değerlendirmek için numerik ağrı ölçeği de yer alıyor (Ek 1).

3.6.2. Numerik Ağrı Ölçeği (NRS)

NRS ağrı yoğunluğunu ölçmek için (0 ile 10 arasında) sayının kullanıldığı tek boyutlu bir ölçektir. Hastadan 0 = ağrı yok, 10 = en kötü (dayanılmaz) ağrıya eşit olmak üzere ağrı yoğunluğunu en iyi yansıyan sayıyı seçmesi istenir. NRS' nin yetişkinler ve yaşlıların yanı sıra hafif-orta dereceli kognitif bozukluğu olan yaşlı hastaların ameliyat sonrası akut ağrı yoğunluğunun değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm araç olduğu gösterilmiş olup klinik ve araştırma alanlarında yaygın olarak kullanılmaktadır (64) (Ek 2).

3.6.3. İyileşme kalitesi anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire QoR-40)

Myles ve ark. (77) tarafından tanımlanan iyileşme kalitesi anketi (QoR-40) 2000 yılında geliştirilmiştir. Bu anket 40 maddeden oluşmakta ve kendi kendini değerlendiren bir ankettir. Anket beş alt boyuttan oluşur. Bunlar: fiziksel konfor, duygusal durum, hasta desteği, fiziksel bağımsızlık ve ağrıdır. Her bir madde 1 ile 5 arasında değişen beşli Likert ölçeği ile değerlendirilmektedir. Beşli Likert ölçeğindeki öğelerle daha kapsamlı hale gelen anket pozitif maddeler için “hiçbir zaman: 1”, “her zaman: 5” ve negatif maddeler için ise ters çevrilerek puanlanmaktadır. QoR-40 ‘tan alınan toplam puan 40 ile 200 arasında değişmektedir. Kliniklerde ameliyat geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme kalitesini değerlendirmeleri için tatmin edici, geçerli ve güvenilir bir araçtır. Ölçek Karaman ve ark. (78) tarafından 2014 yılında Türkçeye QoR-40 T olarak uyarlanmıştır. QoR-40 T'nin iç tutarlılığı, global QoR-40 T ve alt ölçek puanları için Cronbach alfa (α) kullanılarak da değerlendirildi. 0.70 ila 0.95 arasında bir Cronbach alfa katsayısı kabul edilebilir olarak kabul edildi. (Ek 3)

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanması üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşama; ameliyat öncesi cerrahi kliniklerde gerçekleştirildi. Hastaneye yatış işlemlerini yaptıran elektif cerrahi planlanan hastalar araştırmaya dahil edilme kriterlerine

uygunlukları açısından değerlendirildi, uygun olan hastalar araştırmaya katılmaya davet edildi. Hastalara, araştırmanın amacı anlatıldı, asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okunarak yazılı ve sözlü onamları alındı ve formun bir örneği hastalara verildi. Sonra yüz yüze görüşme tekniği ile hasta bilgileri veri toplama formu dolduruldu. İkinci aşama; ameliyat sonrası cerrahi kliniklerde gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası hastaların bilinç ve uyanıklık durumu kontrol edildikten sonra (hemşire gözlem formlarından takip edilerek) ameliyat sonrası oral alımdan bir saat önce ve oral alımdan bir saat sonra ağrı durumu numerik ağrı ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Üçüncü aşama; hastalara taburculuğundan bir saat önce de İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire, QoR-40) uygulandı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada öncelikle Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm hastalara araştırmanın amacı açıklanarak yazılı onamları alınmıştır. Olur formları ektedir (Ek 4). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan ölçeğin kullanılabilmesi için izin alınmıştır.

3.9. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Versiyon 23.0 istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılımı *Kolmogorov Smirnov*, *basıklık (Skewness)* ve *çarpıklık (kurtosis)* testleri ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda veri setinin normal dağılım gösterdiği bulunmuştur. İstatistiksel kararlarda $p < 0.05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin incelenmesinde, yüzdelik, frekans, min-max değerler, ortalama ve standart sapma istatistikleri kullanılmıştır. İyileşme kalitesinin sosyodemografik özelliklere ve ameliyat bilgelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ikili gruplarda bağımsız gruplarda t testi ve ikiden fazla gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda kullanılması gereken uygun t/F değerlerini belirlemek amacıyla varyansların homojen olup olmadığını incelemek için Levene's testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyon analizi

kullanılırken, katılımcıların ameliyattan sonra ilk besleme zamanının iyileşme kalitesi, ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ve ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi üstündeki etkisi, katılımcıların ameliyattan sonra ilk besleme zamanının ve sosyodemografik, ameliyat bilgilerinin iyileşme kalitesi, ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ve ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi üstündeki etkisinin hiyerarşik regresyon analizi kullanılarak tahmin edilmiştir. Ameliyat sonrası beslenme zamanının ağrı düzeyleri üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla tekrarlı ölçümler ANOVA testi uygulanmıştır.



4. BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=150).

	n	%	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
Yaş				
18-44	111	74.0	35.73±12.32	18-64
45-64	39	26.0		
Cinsiyet				
Kadın	85	56.7		
Erkek	65	43.3		
Medeni Durum				
Evli	85	56.7		
Bekar	65	43.3		
Eğitim Durumu				
İlköğretim	55	36.7		
Lise	47	31.3		
Üniversite	48	32.0		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	77	51.3		
Çalışmıyor	73	48.7		
Gelir Durumu				
Gelir giderden az	68	45.3		
Gelir gidere eşit	58	38.7		
Gelir giderden fazla	24	16.0		
Sigara Kullanım Durumu				
Evet	49	32.7		
Hayır	101	67.3		
Alkol Kullanım Durumu				
Evet	11	7.3		
Hayır	139	92.7		
Ameliyat Olma Durumu				
Evet	75	50.0		
Hayır	75	50.0		
Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu				
Evet	23	15.3		
Hayır	127	84.7		
Toplam	150	100		

Katılımcıların yaş ortalaması 35.73±12.32 (18-64) yıldır. Katılımcıların %56.7’si kadın, %56.7’si evli, %36.7’si ilkokul mezunu, %51.3’ü aktif olarak çalışmak ve %45.3’ü gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda araştırmaya katılan 150 katılımcının %32.7’si sigara kullanmakta, %50.0’ı daha önce ameliyat olmuş ve %15.3’ünün kronik hastalığı bulunmaktadır.

Katılımcıların ameliyat ve ameliyat sonrası bilgilerine ilişkin verileri Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Bilgileri (n=150).

	n	%	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
ASA Skoru				
ASA 1	78	52.0		
ASA 2	72	48.0		
Ameliyat Süresi				
0-60 dakika	68	45.3		
61-120 dakika	69	46.0		
121 dakika üzeri	13	8.7		
Ameliyat Türü				
KBB Ameliyatı	82	54.7		
Ortopedi Ameliyatı	34	22.7		
Genel Cerrahi Ameliyatı	23	15.3		
Kadın Doğum Ameliyatı	11	7.3		
Ameliyat Sonrası Beslenme Eğitimi Alma Durumu				
Evet	144	96.0		
Hemşire	129	89.5		
Hekim	15	10.5		
Hayır	6	4.0		
Ameliyat Sonrası Alınan İlk Rejim				
Rejim 1	109	72.7		
Rejim 2	41	27.3		
Ameliyattan Önce En Son Yemek Zamanı (Dakika)			725.57±156.65	480-1440
Ameliyattan Önce En Son Katı Gıda Alma Zamanı (Dakika)			726.97±160.09	480-1440
Ameliyattan Önce En Son Sıvı Gıda Alma Zamanı (Dakika)			662.12±146.05	360-1440
Ameliyattan Sonra İlk Besleme Zamanı (Dakika)			392.93±324.92	120-1530
Ameliyattan Sonra İlk Görüşme Zamanı (Dakika)			332.40±325.11	60-1470
Ameliyattan Sonra Beslenmeden Bir Saat Önceki Ağrı Düzeyi			5.25±2.10	1-9
Ameliyattan Sonra Beslenmeden Bir Saat Sonraki Ağrı Düzeyi			4.09±1.93	1-9

Katılımcıların %52.0’nın ameliyat sonra ASA skoru 1 olarak belirlenmiş ve %91.3’ünün ameliyatlari 120 dakikadan kısa sürmüştür. Araştırma katılan bireylerin %54.7’si Kulak Burun Boğaz (KBB) ameliyatı olmuş, %96.0’ı ameliyat sonrası beslenme eğitimi almış ve eğitim alanların %89.5’i beslenme eğitimini hemşireden almıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%72.7) ameliyattan sonra rejim 1 ile beslenmeye başlamıştır.

Hastalar ameliyattan önce en son ortalama 725.57±156.65 dakika önce beslenmişler, ameliyattan sonra ise ortalama 392.93±324.92 dakika sonra beslenmişlerdir. Ameliyattan sonra hastalarla ortalama 332.40±325.11 dakika sonra ilk kez görüşülmüştür. Hastaların ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı

düzeyi ortalama 5.25 ± 2.10 , ameliyattan sonra beslenmeden bir sonra önceki ağrı düzeyleri ise ortalama 4.09 ± 1.93 olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların iyileşme kalitesi ölçeği puan dağılımları Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. İyileşme Kalitesi Ölçeği Puan Dağılımları.

Ölçek boyutları	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
Toplam puan	163.54 ± 15.01	99-194
Fiziksel Konfor	48.31 ± 5.83	27-60
Duygusal Durum	37.90 ± 3.74	22-45
Hasta Desteği	17.28 ± 3.96	9-24
Fiziksel Bağımsızlık	30.04 ± 3.14	22-35
Ağrı	30.00 ± 3.66	10-35

Katılımcılar iyileşme kalitesi ölçeğinden ortalama 163.54 ± 15.01 puan almıştır. Katılımcıların iyileşme kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldığı puanlar incelendiğinde, en düşük hasta desteği alt boyundan puan aldıkları (17.28 ± 3.96), en yüksek fiziksel konfor alt boyutundan (48.31 ± 5.83) puan aldıkları görülmektedir.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve iyileşme kalitesi ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4'te sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin fiziksel konfor alt boyutundan aldığı puan puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadın hastaların iyileşme kalitesi düzeyleri erkek hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların ameliyat ve ameliyat sonrası bilgileri ve iyileşme kalitesi ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 5'te sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin iyileşme kalitesi ölçeği toplam puanı, fiziksel konfor alt boyutu, duygusal durum alt boyutundan aldığı puan ile ameliyat sonrası beslenme eğitimi alma durumu ve ameliyat süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Ameliyattan sonra eğitim alan ve ameliyatı 0-60 dakika arasında süren katılımcıların iyileşme kalitesi, fiziksel konforu, duygusal durum düzeyleri diğer hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların fiziksel bağımsızlık alt boyutundan aldığı puan ile ameliyat türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Ortopedi ameliyatı geçiren hastaların fiziksel bağımsızlığı diğer hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve İyileşme Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.

İKA-40 Toplam Puan				Fiziksel Konfor		Duygusal Durum		Fiziksel Bağımsızlık		Hasta Desteği		Ağrı	
n	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)		$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)
Cinsiyet*													
Kadın	86	161.81±15.71	1.67*	47.13±6.27	3.03*	38.90±3.13	-1.91	17.17±3.70	1.42	29.62±3.53	0.29	29.53±2.93	-1.90
Erkek	64	165.85±13.78	(0.046)	49.89±4.80	(0.000)	37.41±4.09	(0.057)	17.36±4.17	(0.157)	30.36±2.79	(0.775)	30.62±4.08	(0.059)
Çalışma Durumu*													
Çalışıyor	77	161.88±17.37	-1.40	47.51±6.59	-1.63	37.68±4.41	-0.77	16.85±4.05	-0.23	30.10±2.75	-1.34	29.77±4.15	-0.75
Çalışmıyor	73	165.28±11.89	(0.162)	49.09±4.84	(0.478)	38.12±2.87	(0.474)	17.72±3.86	(0.812)	29.89±3.49	(0.181)	30.23±3.08	(0.448)
Medeni Durum*													
Evli	85	163.76±13.59	0.20	48.62±6.77	0.74	37.69±3.59	-0.77	17.27±4.47	0.97	30.27±2.94	-0.03	29.90±3.07	-0.35
Bekar	65	163.24±16.68	(0.835)	47.90±5.33	(0.458)	38.16±3.97	(0.443)	17.29±3.22	(0.330)	29.75±3.39	(0.974)	30.12±3.34	(0.733)
Eğitim Durumu**													
İlköğretim	55	163.47±14.03		48.72±5.68		37.73±3.62		17.08±4.13		30.14±3.44		29.89±4.30	
Lise	47	161.82±17.61	0.37	47.37±6.36	2.70	37.51±4.25	0.75	16.96±4.14	0.35	30.24±3.34	1.18	30.06±3.29	1.69
Üniversite	48	167.87±9.51	(0.656)	49.41±4.77	(0.070)	39.29±3.27	(0.855)	18.58±2.73	(0.700)	30.34±3.04	(0.310)	30.20±3.32	(0.187)
Gelir Durumu**													
Gelir giderden az	68	163.54±15.01		48.31±5.83		37.90±3.74		17.28±3.96		30.04±3.14		30.04±3.14	
Gelir gidere eşit	58	163.54±15.01	1.38	48.31±5.83	1.34	37.90±3.74	2.05	17.28±3.96	1.56	30.04±3.14	0.05	30.04±3.14	0.15
Gelir giderden fazla	24	163.54±15.01	(0.253)		(0.264)		(0.131)		(0.212)		(0.949)		(0.859)
Sigara Kullanımı*													
Evet	49	161.79±18.68	-0.99	48.16±6.70	-0.20	37.61±4.41	-0.65	16.81±4.25	-0.18	29.97±3.38	-0.99	29.22±4.65	-1.81
Hayır	101	164.38±12.88	(0.323)	48.38±5.40	(0.840)	38.03±3.38	(0.551)	17.50±3.82	(0.862)	30.07±3.04	(0.339)	30.37±3.03	(0.071)
Alkol Kullanımı*													
Evet	11	160.81±16.74	-0.62	48.00±5.62	-0.18	38.45±3.74	0.50	17.00±3.63	-1.24	28.90±3.96	-0.26	28.45±4.34	-1.24
Hayır	139	163.75±14.91	(0.534)	48.33±5.87	(0.849)	37.85±3.77	(0.661)	17.30±4.00	(0.214)	30.13±3.07	(0.797)	30.12±3.60	(0.241)
Ameliyat Durumu*													
Evet	75	163.66±15.58	0.10	48.54±5.52	0.48	37.72±3.89	-0.58	17.50±4.09	-0.49	29.92±3.24	0.69	29.97±3.46	-0.08
Hayır	75	163.41±14.51	(0.918)	48.08±6.16	(0.626)	38.08±3.60	(0.557)	17.05±3.85	(0.624)	30.17±3.05	(0.486)	30.02±3.88	(0.929)
Kronik Hastalık Durumu*													
Evet	23	159.69±15.64	-1.33	47.65±5.30	-0.64	36.39±4.31	-2.12	16.78±3.46	-0.01	30.04±3.40	-0.62	28.82±2.90	-2.00
Hayır	127	164.23±14.85	(0.207)	48.43±5.94	(0.527)	38.17±3.82	(0.072)	17.37±3.38	(0.996)	30.04±3.10	(0.515)	30.21±3.76	(0.052)

p<0.05,

*Bağımsız t-test.

**Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 5. Katılımcıların Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Bilgileri ve İyileşme Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.

İKA-40 Toplam Puan				Fiziksel Konfor		Duygusal Durum		Fiziksel Bağımsızlık		Hasta Desteği		Ağrı	
n		$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)	$\bar{x} \pm SS$	t/F (p)
ASA Skoru*													
ASA 1	78	163.87±16.55	0.28	48.10±4.71	-0.46	38.15±4.15	0.87	17.07±3.93	0.27	30.11±3.14	-0.65	30.42±3.84	1.47
ASA 2	72	163.18±13.24	(0.777)	48.54±6.73	(0.641)	37.62±3.24	(0.384)	17.50±4.02	(0.782)	29.97±3.17	(0.516)	29.54±3.43	(0.140)
Ameliyat Sonrası Beslenme Eğitimi Alma Durumu*													
Evet	144	164.32±14.40	3.24*	48.59±5.75	2.99	38.13±3.38	3.89*	17.34±3.92	1.15	30.13±3.07	0.71	30.13±3.59	1.67
Hayır	6	144.66±18.30	(0.000)	41.50±5.30	(0.000)	32.13±6.25	(0.000)	15.83±5.11	(0.298)	28.00±4.47	(0.506)	27.00±4.51	(0.152)
Ameliyat Süresi**													
0-60 dk ^a	68	167.07±13.47	3.85*	49.91±4.97	8.56*	38.77±3.44	3.55*	17.74±3.79	3.64 (0.058)	29.95±3.03	1.41 (0.323)	30.64±3.99	2.18 (0.116)
61-120dk ^b	69	163.13±14.96	(0.023)	47.69±5.83	(0.000)	37.15±3.41	(0.031)	16.97±4.13		29.72±3.13		29.57±3.23	
120dk üzeri ^c	13	154.84±21.33	a-c	43.23±9.19	a-c	37.23±5.97	a-c	16.30±3.78		32.23±3.17		30.00±3.66	
Ameliyat Türü**													
KBB Ameliyatı ^a	82	163.89±14.55	0.26 (0.848)	47.10±5.61	1.17 (0.322)	38.75±4.17	0.68 (0.562)	17.37±3.15	20.45* (0.000) b-a,c,d	29.99±3.06	0.74 (0.526)	30.54±3.10	1.65 (0.180)
Ortopedi Ameliyatı ^b	34	161.52±13.24		49.54±5.43		37.32±3.76		13.97±4.30		30.23±3.65		29.73±3.83	
Genel Cerrahi Ameliyatı ^c	23	164.31±18.55		48.10±3.01		37.05±4.34		20.30±3.05		29.69±3.06		29.04±3.79	
Kadın Doğum Ameliyatı ^d	11	165.12±11.24		47.54±3.73		37.22±3.46		20.45±3.05		31.27±2.91		28.72±3.66	
Beslenme Eğitimi Veren*													
Hekim	15	163.26±16.24	-0.09 (0.946)	46.46±7.16	-1.29 (0.299)	37.06±3.74	-0.99 (0.375)	19.70±3.29	1.72 (0.103)	31.96±2.86	-2.57 (0.019)	29.06±3.93	-0.97 (0.343)
Hemşire	129	163.57±14.93		48.51±5.66		37.99±3.73		17.04±3.14		29.06±3.15		30.10±3.63	

p<0.05,

*Bağımsız t-test,

**Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

İyileşme kalitesi ölçeği ile katılımcıların yaş ve ameliyat bilgileri arasındaki ilişki Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların Yaş ve Ameliyat Bilgileri ve İyileşme Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki.

Değişkenler	İKA-40 Toplam Puan	Fiziksel Konfor	Duygusal Durum	Hasta Desteği	Fiziksel Bağımsızlık	Ağrı
Yaş	-.022	.047	-.118	.072	.038	-.149
Ameliyattan Sonra Beslenmeden Bir Saat Önceki Ağrı Düzeyi	-0.390**	-0.278**	-0.430**	-0.084	-0.180*	0.449**
Ameliyattan Sonra Beslenmeden Bir Saat Sonraki Ağrı Düzeyi	-0.426**	-0.301**	-0.446**	-0.134	-0.141	0.541**
Ameliyattan Önce En Son Yemek Zamanı (Dakika)	-0.128	-0.099	-0.088	-0.056	-0.020	-0.199*
Ameliyattan Önce En Son Katı Gıda Alma Zamanı (Dakika)	-0.114	-0.090	-0.071	-0.065	0.014	-0.204*
Ameliyattan Önce En Son Sıvı Gıda Alma Zamanı (Dakika)	-0.051	-0.048	-0.046	0.038	0.076	-0.212**
Ameliyattan Sonra İlk Besleme Zamanı (Dakika)	0.008	-0.025	-0.093	0.009	0.255**	-0.116
Ameliyattan Sonra İlk Görüşme Zamanı (Dakika)	0.011	-0.022	-0.089	0.009	0.257**	-0.117

*p<0.05

**p<0.01

Araştırmaya katılan bireylerin ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ile iyileşme kalitesi ölçeği toplam puanı ($r=-0.390$; $p=0.001$), fiziksel konfor alt boyutu ($r=-0.278$; $p=0.001$), duygusal durum alt boyutu ($r=-0.430$; $p=0.001$), fiziksel bağımsızlık alt boyutu ($r=-0.180$; $p=0.027$) arasında negatif yönde orta ve düşük düzeyde ve ağrı alt boyutu ($r=0.449$; $p=0.001$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum bireylerin ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyleri arttıkça iyileşme kalitelerinin, fiziksel konforlarının, duygusal durumlarının ve fiziksel bağımsızlıklarının azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi ile iyileşme kalitesi ölçeği toplam puanı ($r=-0.426$; $p=0.001$),

fiziksel konfor alt boyutu ($r=-0.301$; $p=0.001$) ve duygusal durum alt boyutu ($r=-0.446$; $p=0.001$) arasında negatif yönde orta düzeyde ve ağrı alt boyutu ($r=0.541$; $p=0.001$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum bireylerin ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyleri arttıkça iyileşme kalitelerinin, fiziksel konforlarının ve duygusal durumlarının azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Katılımcıların ağrı alt boyutundan aldıkları puan ile ameliyattan önce en son yemek zamanı ($r=-0.199$; $p=0.015$), ameliyattan önce en son katı gıda alma zamanı ($r=-0.204$; $p=0.012$) ve ameliyattan önce en son sıvı gıda alma zamanı ($r=-0.212$; $p=0.009$) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ameliyattan önce en son besin ve sıvı alma zamanı arttıkça ağrı düzeyleri azaltmaktadır.

Katılımcıların fiziksel bağımsızlık alt boyutundan aldıkları puan ile ameliyattan sonra ilk besleme zamanı ($r=0.255$; $p=0.001$) ve ameliyattan sonra ilk görüşme zamanı ($r=0.257$; $p=0.001$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ameliyattan sonra ilk besleme zamanı ve ameliyattan sonra ilk görüşme zamanı arttıkça fiziksel bağımsızlık düzeyleri artmaktadır.

Ameliyat sonrası beslenme zamanının etkisi Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Ameliyat Sonrası Beslenme Zamanının Etkisi.

	Ameliyat sonrası beslenmeden bir saat önce		Ameliyat sonrası beslenmeden bir saat sonra		Zaman
	Ort	SS	Ort	SS	
Ağrı	5.25	2.10	4.0933	1.93639	F: 119.266 $p=0.001$ WL: 0.555 $p=0.001$

$p<0.001$, F: Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi WL: Wilks' Lambda

Ameliyat sonrası beslenmeden bir saat önce ve bir saat sonraki ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark, Wilks' Lambda testi sonuçlarına göre, zamanın ağrı düzeyleri üzerindeki etkisinin önemli olduğunu göstermektedir ($p<0.01$). Bu da beslenme zamanının ağrı yönetiminde dikkate alınması gereken bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Katılımcıların ameliyattan sonra ilk besleme zamanının ve sosyodemografik, ameliyat bilgilerinin iyileşme kalitesi, ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ve ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi üstündeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizi Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların Ameliyattan Sonra İlk Besleme Zamanının İyileşme Kalitesi, Ameliyattan Sonra Beslenmeden Bir Saat Önceki Ağrı Düzeyi ve Ameliyattan Sonra Beslenmeden Bir Saat Sonraki Ağrı Düzeyi Üstündeki Etkisi.

Değişkenler	İKA-40 Toplam Puan		Ameliyattan Sonra Beslenmeden Bir Saat Öncesi Ağrı Düzeyi		Ameliyattan Sonra Beslenmeden Bir Sonrası Ağrı Düzeyi	
	β Katsayısı (SH)	t (p)	β Katsayısı (SH)	t (p)	β Katsayısı (SH)	t (p)
Model 1						
Sabit	163.39 (1.93)	84.50 (0.000)	4.47 (.25)	17.36 (0.000)	3.43 (0.23)	14.35 (0.000)
Ameliyattan Sonra İlk Besleme Zamanı (Dakika)	0.001 (.01)	0.09 (0.922)	0.02 (.01)	3.925 (0.000)	0.02 (.01)	3.55 (0.000)
Model istatistiği	R: .008; R ² : .001; F: 0.010 (p:0.922)		R: .323; R ² : .104; F: 14.509 (p:0.000)		R: .280; R ² : .079; F: 12.610 (p:0.000)	
Model 2						
Sabit	196.97 (8.74)	7.13 (0.000)	10.24 (3.04)	3.35 (0.000)	5.99 (2.85)	2.01 (0.038)
Cinsiyet (kadın)	3.91 (2.37)	2.13 (0.035)				
Ameliyat Sonrası Beslenme Eğitimi Alma Durumu (Evet)	-20.79 (5.99)	-3.28 (0.001)				
Ameliyattan Önce En Son Yemek Zamanı (Dakika)	-0.01 (0.01)	-1.37 (0.021)			-0.01 (0.05)	2.74 (0.007)
Kronik Hastalık Durumu (Evet)			-1.40 (0.23)	-2.30 (0.023)	-1.29 (0.45)	-2.85 (0.005)
Ameliyat Türü (Ortopedi ameliyatı)			1.53 (0.49)	3.10 (0.002)		
Ameliyattan Önce En Son Katı Gıda Alma Zamanı (Dakika)					-0.01 (0.05)	-2.38 (0.018)
Model istatistiği	R: 0.485; R ² : 0.235; F: 2.214 (p:0.005)		R: 0.624; R ² : 0.389; F: 4.359 (p:0.000)		R: 0.611; R ² : 0.373; F: 4.068 (p:0.000)	

Analiz sonucunda iki model ortaya çıkmıştır. Model 1’de katılımcıların ameliyattan sonra ilk besleme zamanının iyileşme kalitesi, ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ve ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi üstündeki etkisi incelenmiştir. Katılımcıların ameliyattan sonra ilk besleme zamanının iyileşme kalitesi üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etki bulunmamıştır ($p>0.005$). Ancak ilk besleme zamanının ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ($\beta=0.02$; $p=0.000$) ve ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi ($\beta=0.02$; $p=0.000$) üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etki tespit edilmiştir ($p<0.001$). Ameliyattan sonra ilk besleme zamanının artması ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ve ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi üzerinde artırıcı bir etkisi bulunmaktadır. Ameliyattan sonra ilk besleme zamanı, ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyinin %10.4’ünü, ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyinin %7.9’unu açıklamaktadır.

Model 2’de ise katılımcıların sosyodemografik ve ameliyat bilgilerinin iyileşme kalitesi, ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ve ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi üstündeki etkisi incelenmiştir. Analize bütün sosyodemografik ve ameliyat bilgileri değişkenleri dahil edilmiştir ancak sadece anlamlı çıkan değişkenler sunulmuştur. Model incelendiğinde erkek olmak, ameliyat sonrası beslenme eğitimi almak ve ameliyattan önce en son yemek zamanı artması iyileşme kalitesini üzerinde artırıcı etkisi olduğu görülmektedir. Bu durum iyileşme kalitesinin %23.5’ini açıklamaktadır.

Kronik hastalığın olması ($\beta=-1.40$; $p=0.023$) ve ortopedi ameliyatı dışında diğer ameliyat türlerinden ($\beta=1.53$; $p=0.002$) birini olmuş olmak ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi üzerinde artırıcı bir etkisi bulunmaktadır. Bu durum ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyinin %38.9’unu açıklamaktadır.

Kronik hastalığın olması ($\beta=-1.29$; $p=0.045$), ameliyattan önce en son yemek zamanının ($\beta=-0.01$; $p=0.005$) ve ameliyattan önce en son katı gıda zamanının artması ($\beta=-0.01$; $p=0.005$) ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi üzerinde artırıcı bir etkisi bulunmaktadır. Bu durum ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyinin %37.3’ünü açıklamaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası açlık süresinin ağrıya ve iyilik haline etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Hastaların beslenme durumları değerlendirilirken ameliyattan önce en son ortalama 725.57 ± 156.65 dakika önce beslenmişler. Ameliyat öncesi en son katı gıda alma süresinin 726.97 ± 160.09 dakika, sıvı gıda alma süresinin 662.12 ± 146.05 dakika olduğu belirlenmiştir. Ameliyat öncesi aç kalma süresi ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalarda; Dolgun ve ark.'ı (10) katı gıdalar için aç kalma süresinin ortalama 13.53 saat, sıvı gıdalar için 12.21 saat olduğunu, Gezer ve ark.'ı (79) ameliyat öncesi en son katı gıda alma zamanı 14.80 ± 6.06 , sıvı gıda alma zamanı ise 11.89 ± 4.91 saat olduğunu, Demirdağ ve ark' ı (11) katılar için ortalama 14.69 ± 3.11 saat, sıvılar için ise ortalama 13.64 ± 3.10 saat süren bir açlık süresinin ortaya koymuştur. Yurt dışında yapılan çalışmalarda; Abebe ve ark.' ı (80) ameliyat öncesi ortalama açlık süresinin katılar için 15.9 ± 2.5 saat, sıvılar için 15.3 ± 2.3 saat olduğunu, Lamacraft ve ark.' ı (99) katılar için ortalama açlık süresini 14 saat 45 dakika, sıvılar için ortalama açlık süresinin 13 saat 25 dakika olduğunu, Abdullah Al Makbali (81) açlık süresinin minimum 7saat maksimum 19 saat olduğunu ortaya koymuştur. Tüm bu sonuçlar yayınlanan rehber önerilerine rağmen hala geleneksel uygulamaların devam ettiğini göstermiştir (100).

Ameliyat sonrası erken oral beslenme enfeksiyon riskini ve hastanede kalış süresini azaltmaktadır. Ameliyat sonrası hastaların ikinci saatte oral sıvı, dördüncü saatte katı gıda almaları önerilmektedir (7, 8). Çalışmamızda hastalar ameliyattan sonra ortalama 392.93 ± 324.92 dakika sonra %72.7 rejim 1 ile beslenmeye başlamıştır. Ertem (82) çalışmasında ise hastaların ameliyat sonrası aç kalma süre ortalaması 9.35 ± 9.24 olarak bulunmuştur. Kankılıç ve Tuna (83). TUR-P yapılan hastalarla ilgili çalışmalarında; ilk gün hastaların %62 'sinin sıvı alabildiğini, %3'ünün ise katı gıda alımına başlayabildiğini, Rızalar ve ark.' ı (84) ise ameliyat sonrası dönemde hastaların sıvı kısıtlama süresinin ortalama 30.67 ± 27.40 (2-96), aç bekleme süresinin ise ortalama 32.60 ± 28.58 (4-98) saat olduğunu ortaya koymuştur. Bozkırlı ve ark.' ı (13) ise oral gıdaya başlama zamanını kolon ameliyatlari sonrası ortalama 29 saat, rektum ameliyatlari sonrası ise ortalama 30 saat olduğunu bildirmiştir. Ren ve ark.' ı (12) ameliyat sonrası 6. saatte, Alcantara-Moral ve ark.' ı (14) 12. Saatte oral sıvı alımına başladıklarını belirtmişlerdir. Cerrahi girişim sonrası oral alım ile ilgili literatürde

farklı saptamalar mevcuttur. Bu sonuçlar ameliyat sonrası hastaların ERAS prosedürüne aç kalma sürelerinin yüksek olduğunu göstermektedir (85).

Ağrı ameliyat sonrası dönemde birçok hasta için kaçınılmaz bir deneyimdir. Ağrı yara iyileşmesinde gecikmeye, derin ven trombozuna, ateletaziye, anksiyetede artmaya, yaşam kalitesinin düşmesine, yatış süresinin uzamasına neden olmaktadır (48). Çalışmamızda hastaların ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ortalama 5.25 ± 2.10 , ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyleri ise ortalama 4.09 ± 1.93 olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Yetimaller ve ark.' ı (86) yaptığı randomize kontrollü çalışmada (RKÇ) kontrol grubunda ameliyat sonrası oralinin açılmasında gaz ve gaita çıkışı beklenmiş, çalışma grubunda ise gaz ve gaita çıkışına bakılmaksızın oral alıma başlanmıştır. Çalışma grubundaki hastaların %21.2'si kontrol grubundaki hastaların %43.5'i ek analjezik talep etmiştir. Erken beslenen hastaların ağrılarının daha az olduğu belirlenmiştir. Marquini ve ark.' ı (87) çalışmasında ameliyattan dört saat önce kontrol grubuna 200 ml tatlandırıcı içeren sıvı vermiş, çalışma grubuna ise 200 ml karbonhidrat ve protein içeren sıvı vermiştir. Sadece tatlandırıcı verilen grubun ağrı puanı 3.51 karbonhidrat ve protein verilen grubun ise ağrı puanı 1.59 bulunmuştur. Macmillan ve ark.' ı (16) yaptığı çalışmada erken beslenenlerde ağrı %23 geç beslenenlerde ise %24 olarak saptanmıştır. Erken beslenen ve geç beslenen hastalar arasında ağrı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bu çalışmada, İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire QoR-40) ile hastaların fiziksel konfor, duygusal durum, fiziksel bağımlılık ve hareket özgürlükleri, destek ihtiyaçları, ağrı düzeyleri sorgulandı. İyileşme Kalitesi Anketinde konfor/rahatlık alt boyut puanı 12-60 arasında değişmekte olup, ortalama 48.31 ± 5.83 ; duygusal durum alt boyut puanı 9-45 arasında değişmekte olup, ortalama 37.90 ± 3.74 ; hasta desteği alt boyut puanı 7-35 arasında değişmekte olup, 17.28 ± 3.96 ; fiziksel bağımsızlık alt boyut puanı 5-25 arasında değişmekte olup, ortalama 30.04 ± 3.14 ; ağrı alt boyut puanı 7-35 arası değişmekte olup, ortalama 30.00 ± 3.66 saptandı. Anketin toplam puanı 40-200 arasında değişmekte olup, ortalama 163.54 ± 15.01 'dir (Tablo 3). Bayramoğlu (18) yapmış olduğu çalışmada Konfor/Rahatlık alt boyut ortalaması 48.04 ± 5.71 ; Duygusal durum alt ortalaması 33.32 ± 3.96 ; Fiziksel Bağımsızlık ortalaması 19.68 ± 1.99 ; Hasta Desteği ortalaması 31.34 ± 3.65 ve Ağrı alt boyut ortalaması 27.89 ± 2.80 olarak saptandı. İyileşme Kalitesi Anketi ortalaması 160.28 ± 13.37 'dir. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışma araştırmaya katılan bireylerin fiziksel konfor alt boyutundan aldığı puan ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kadın hastaların fiziksel konfor alt boyut ortalaması 47.13 ± 6.27 , erkek hastaların ortalaması ise 49.89 ± 4.80 olarak bulunmuştur (Tablo 4). Kadın hastaların iyileşme kalitesi düzeyleri erkek hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Demirci ve Şahin (88) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların fiziksel konfor alt boyut puan ortancaları incelendiğinde erkeklerin puan ortancası 52.65 ± 5 kadınların ortancası 48.12 ± 7.92 olarak bulunmuş. Cinsiyet ile fiziksel konfor alt puan ortancası arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. İyileşme kalitesi toplam puanları incelendiğinde sadece cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup erkeklerin iyileşme düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve ark. '1 (89) yapmış olduğu çalışmada da erkek hastaların fiziksel konfor puanını 50.62 ± 8.78 , kadın hastaların fiziksel konfor puanını 45.02 ± 11.28 olduğunu, cinsiyet ile İyileşme Kalitesi Anketi toplam puanı ve fiziksel konfor boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulup, erkek hastaların iyileşme kalitesinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Yolcu ve ark. '1 (90) yapmış olduğu çalışmada ise iyileşme kalitesi puan ortalamaları ile hastaların cinsiyeti karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Bu çalışma KBB ameliyatı geçiren hastaların fiziksel bağımsızlık alt boyutundan aldığı puan ortalaması 17.37 ± 3.15 , Ortopedi ameliyatı geçirenlerin puan ortalaması 13.97 ± 4.30 , genel cerrahi ameliyatı geçirenlerin puan ortalaması 20.30 ± 3.05 , kadın doğum ameliyatı geçirenlerin puan ortalaması 20.45 ± 3.05 bulunmuştur (Tablo 5). Hastaların fiziksel bağımsızlık alt boyutundan aldığı puan ile ameliyat türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ortopedi ameliyatı geçiren hastaların fiziksel bağımsızlığı diğer hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Berg ve ark. '1 (91) yapmış olduğu çalışmada ortopedi ameliyatı geçiren hastaların fiziksel bağımsızlıktan aldıkları puan 21.9, genel cerrahi ameliyatı geçiren hastaların fiziksel bağımsızlıktan aldığı puan 23.4, jinekoloji ameliyatı olan hastaların aldığı fiziksel bağımsızlık puanı ise 22.4 olarak saptanmıştır. Ameliyat türü ile ilgili yapılan karşılaştırmada ortopedi hastalarının fiziksel bağımsızlık alt boyutundan aldığı puan ortalamasının diğer ameliyatlardan geçiren hastalardan daha düşük olduğu ortaya konulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerden ameliyat öncesi beslenme eğitimi alanların iyileşme kalitesi ölçeği toplam puanı 164.32 ± 14.40 , fiziksel konfor alt boyut puanı

48.59±5.75, duygusal durum alt boyut puanı 38.13±3.38' dir. Ameliyatı 0-60 dk süren hastaların iyileşme kalitesi ölçeği toplam puanı 167.07±13.47, fiziksel konfor alt boyut puanı 49.91±4.97, duygusal durum alt boyut puanı 38.77±3.44' dir (Tablo 5). Ameliyattan sonrası beslenme eğitim alan ve ameliyatı 0-60 dakika arasında süren katılımcıların iyileşme kalitesi, fiziksel konforu, duygusal durum düzeyleri diğer hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (**p<0.05**). Literatürde bununla ilgili çalışmaya rastlanmadı. Ancak İlgin ve ark.' ı (92) yapmış olduğu RKÇ da deney grubuna ameliyat öncesi eğitim verilirken, kontrol grubuna ise eğitim verilmedi. Ameliyat sonrası deney grubunun Qor-40 toplam puanı 170.50±5.36, kontrol grubunun QoR-40 puanı ise 160.65±15.24 olarak bulunmuştur. Eğitim alanların iyileşme kalitesi anketi toplam puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan bireylerin ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ile iyileşme kalitesi ölçeği toplam puanı (**r=-0.390; p=0.001**), fiziksel konfor alt boyutu (**r=-0.278; p=0.001**), duygusal durum alt boyutu (**r=-0.430; p=0.001**), fiziksel bağımsızlık alt boyutu (**r=-0.180; p=0.027**) arasında negatif yönde orta ve düşük düzeyde ve ağrı alt boyutu (**r=0.449; p=0.001**) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum bireylerin ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyleri arattıkça iyileşme kalitelerinin, fiziksel konforlarının, duygusal durumlarının ve fiziksel bağımsızlıklarının azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır (Tablo 6). Bayramoğlu'nun (18) yaptığı çalışmada iyileşme kalitesi anketi alt boyut puanları ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Alsharkh ve ark.' ı (93) yaptığı çalışmada ise farklı açlık sürelerine sahip olan hastaların duygular alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Açlık süresi uzun olan hastaların duygular alt boyutundan aldığı puanın düşük olduğu görülmüştür. Kontrol grubuyla yapılacak çalışmaların daha anlamlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi ile iyileşme kalitesi ölçeği toplam puanı (**r=-0.426; p=0.001**), fiziksel konfor alt boyutu (**r=-0.301; p=0.001**) ve duygusal durum alt boyutu (**r=-0.446; p=0.001**) arasında negatif yönde orta düzeyde ve ağrı alt boyutu (**r=0.541; p=0.001**) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum bireylerin ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyleri arattıkça iyileşme kalitelerinin, fiziksel konforlarının ve duygusal durumlarının azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Demirci ve Şahin (88) yapmış olduğu çalışmada ameliyat öncesi

ve ameliyat sonrası hastaların 30. dakikada, 2.saatte, 6.saatte, 12.saatte ağrıları görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ) ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların ameliyat sonrası 6. ve 12. saat ağrı puanları ile fiziksel konfor, duygusal durum, ağrı alt boyut puanları ve QoR-40 toplam puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptamıştır.

Katılımcıların ağrı alt boyutundan aldıkları puan ile ameliyattan önce en son yemek zamanı ($r=-0.199$; $p=0.015$), ameliyattan önce en son katı gıda alma zamanı ($r=-0.204$; $p=0.012$) ve ameliyattan önce en son sıvı gıda alma zamanı ($r=-0.212$; $p=0.009$) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ameliyattan önce en son besin ve sıvı alma zamanı arttıkça ağrı düzeyleri azaltmaktadır. Literatürde bu konuyla ilgili çalışmaya rastlanmadı. Bu sonucun çıkmasında QoR-40 anketinin taburculuk öncesi uygulanmış olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların fiziksel konfor alt boyutundan aldıkları puan ile ameliyattan sonra ilk besleme zamanı ($r=0.255$; $p=0.001$) ve ameliyattan sonra ilk görüşme zamanı ($r=0.257$; $p=0.001$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ameliyattan sonra ilk besleme zamanı ve ameliyattan sonra ilk görüşme zamanı arttıkça fiziksel bağımsızlık düzeyleri artmaktadır. Ameliyat sonrası hastaların fiziksel bağımsızlığının artması aktivite ve hareket düzeyi arttıracak ve ameliyat sonrası iyileşme düzeyini olumlu yönde etkileyecektir (27).

Bu çalışmada ameliyat sonrası beslenmeden bir saat önce ve bir saat sonraki ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark, Wilks' Lambda testi sonuçlarına göre, zamanın ağrı düzeyleri üzerindeki etkisinin önemli olduğunu göstermektedir ($p<0.01$) (Tablo 7). Bireylerin beslenmeden bir saat önceki ağrı ortalaması 5.25, beslenmeden bir saat sonraki ağrı ortalaması ise 4.0933 olarak bulunmuştur. Bu da beslenme zamanının ağrı yönetiminde dikkate alınması gereken bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır Ameliyat sonrası erken oral beslenme bireylerin iyilik halini artırmakta, hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (7).

Katılımcıların ameliyattan sonra ilk besleme zamanının iyileşme kalitesi toplam puanı üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0.005$) (Tablo 8, model 1). Bayramoğlu'nun (18) yapmış olduğu çalışmada da iyileşme kalitesi toplam puanı ve ilk beslenme zamanı arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Alsharkh ve ark.' ı (93) yapmış olduğu çalışmada iyileşme kalitesi toplam puanı ve

beslenme zamanı arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Bu sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada ilk besleme zamanının ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ($\beta=0.02$; $p=0.000$) ve ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi ($\beta=0.02$; $p=0.000$) üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo 8). Model 1 incelendiğinde ameliyattan sonra ilk besleme zamanının artması ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ve ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi üzerinde artırıcı bir etkisi bulunmaktadır. Gündüz' ün (94) yapmış olduğu meta-analiz çalışmasında; 4-6 saatten fazla aç kalan hastalarda, 2-4 saatlik açlık süresi olan ve herhangi bir içecek verilen hastalara göre cerrahi sonrası ağrısının 2.3 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Ertural ve ark. 'nın (95) yapmış olduğu RKÇ da müdahale grubuna ameliyattan 2 saat önce Oral karbonhidrat solüsyonu (OKS) içirilmiş, kontrol grubuna ise gece 24'de katı ve sıvı gıda kısıtlaması uygulanmıştır. OKS verilen müdahale grubundaki hastaların ağrı şiddetinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ortaya konulmuştur. Ağrı şiddeti ameliyat öncesi açlık süresi ile ilişkilendirilmektedir. Model 2 incelendiğinde erkek olmak, ameliyat sonrası beslenme eğitimi almak ve ameliyattan önce en son yemek zamanı artması iyileşme kalitesi üzerinde artırıcı etkisi olduğu görülmektedir. Bu durum iyileşme kalitesinin %23.5'ini açıklamaktadır. Ancak Lee ve ark.'nın (96) yapmış olduğu RKÇ 'de hastalar; geleneksel açlığa maruz kalanlar, plasebo içecek tüketenler, ameliyat öncesi OKS verilenler olarak üç gruba ayrılmıştır. Bu hastalara genel anestezi altında tek bir cerrah tarafından laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştır. Cinsiyet yanlılığını azaltmak için bu çalışmada erkekler ve kadınlar her gruba eşit olarak dağıtılmıştır. Bu üç grup karşılaştırıldığında ameliyat öncesi OKS alınımı iyileşme kalitesini iyileştirmedeği görülmüştür. Bu sonuçta çalışmamızda kadın erkek sayısının eşit olmaması ve farklı ameliyat türlerine sahip olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Kronik hastalığın olması ($\beta=-1.40$; $p=0.023$) ve ortopedi ameliyatı dışında diğer ameliyat türlerinden ($\beta=1.53$; $p=0.002$) birini olmuş olmak ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi üzerinde artırıcı bir etkisi bulunmaktadır. Kronik hastalığın olması ($\beta=-1.29$; $p=0.045$), ameliyattan önce en son yemek zamanının ($\beta=-0.01$; $p=0.005$) ve ameliyattan önce en son katı gıda zamanının artması ($\beta=-0.01$; $p=0.005$) ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi üzerinde artırıcı bir etkisi bulunmaktadır. Yurtseven ve ark.' ı (97) yapmış olduğu

Çalışmada ameliyat geçiren ve kronik hastalığı bulunan bireylerin ağrı ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamalarının, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığın ağrı algısını ve deneyimini etkilediği düşünülmektedir. Torabikhah ve ark.' ı (98) ise uzayan açlık süresinin ameliyat sonrası ağrıyı artırdığını ortaya koymuştur. Bu iki konu literatürde ayrı araştırma konusu olarak ele alınsa da ameliyat sonrası ağrıyı arttırdığı görülmüştür.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Zonguldak ilinde bulunan bir devlet hastanesinde ameliyat geçiren hastaların ameliyat sonrası açlık süresinin ağrıya ve iyilik haline etkisini incelemek amacı ile yaptığımız bu çalışmada şu sonuçlara ulaşıldı:

Hastaların;

- Yaş ortalamasının 35.73 ± 12.32 , katılımcıların %56.7'si kadın olduğu,
- %52.0'nın ASA skorunun 1 olduğu ve %91.3'ünün ameliyatlarının 120 dakikadan kısa sürdüğü,
- %54.7'si KBB ameliyatı olduğu,
- %96.0'ı ameliyat sonrası beslenme eğitimi aldığı ve eğitim alanların %89.5'i beslenme eğitimini hemşireden aldığı,
- Ameliyattan önce aç kalma süreleri ortalama 725.57 ± 156.65 dakika, Ameliyat öncesi en son katı gıda alma süresinin 726.97 ± 160.09 dakika, sıvı gıda alma süresinin 662.12 ± 146.05 dakika olduğu,
- Ameliyat sonrası aç kalma süreleri ortalama 392.93 ± 324.92 dakika olduğu, büyük çoğunluğunun (%72.7) ameliyattan sonra rejim 1 ile beslenmeye başladığı,
- Ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyinin ortalama 5.25 ± 2.10 , ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeylerinin ise ortalama 4.09 ± 1.93 olduğu,
- Ameliyat sonrası açlık süresinin ameliyattan sonra beslenmeden bir saat önceki ağrı düzeyi ve ameliyattan sonra beslenmeden bir saat sonraki ağrı düzeyi üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p < 0.001$),
- Ameliyat öncesi dönemde aç kalma süreleri ile sonrası dönemdeki iyilik hallerini ölçen İyileşme Kalitesi Anketi fiziksel Konfor/rahatlık, Duygusal durum, Fiziksel Bağımsızlık/ Hareket Özgürlüğü, Hasta Desteği ile toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p > 0.05$), ancak ağrı alt boyutu ile aç kalma süreleri arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Benzer çalışmaların tek tür ameliyat geçiren bireylerde uygulanması,

Kliniklerde hastaların gece yarısından sonra uzun süre aç bırakılmasının geleneksel olduğu, güncel rehberlerin dünyada uygulanmakta olduğu konusunda sağlık çalışanlarına bilgilendirilme yapılması,

Hastaların ameliyat öncesi aç kalma ile ilgili TARD ve ERAS önerilerinin uygulanması,

Ameliyat öncesi açlıkla ilgili belirlenen rehberlerin uygulanmasının hastaların ameliyat sonrası iyilik halini artırdığı ve hastanede kalış süresinin azalttığı konusunda bilgilendirilmeler yapılması ve farkındalık oluşturulması,

Ağrı tedavisi konusunda hemşirelerin güncel rehberler ışığında hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,

Cerrahi kliniklerde hastalara uygun ağrı ölçeklerinin uygulanmasının standart hale getirilmesi,

Tüm sağlık disiplinlerinin yeni gelişmelerden haberdar olması ve yeniliğe açık olması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Gürarslan Baş N, Karatay G, Bozoğlu Ö, Akay M, Kunduracı E, Aybek H. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 3(2):40-9, 2016.
2. Yeşilyurt M, Faydali S. Ağrı değerlendirilmesinde tek boyutlu ölçeklerin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 23(3):444-51, 2020.
3. Genç A, Yıldırım Y, Günerli A. Postoperatif erken dönemde derin solunum ve insentif spirometrenin etkinliğinin bulunduğu. Fizyoterapi Rehabilitasyon 15(1):28 -33, 2004.
4. Yıldız Topçu S. Hastaların solunum egzersizi uygulamalarını etkileyen faktörler ve hemşirenin rolü. Göğüs Hastanesi Dergisi 30(2):89-96, 2016.
5. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth 78(5):606-17, 1997.
6. Birlikbaş S, Bölükbaş N. ERAS Rehberleri Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışması Dergisi 2(3):194-205, 2019.
7. Ersoy E, Gündoğdu H. Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması. Turk Journal of Surgery 23(1):35-40, 2007.
8. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Türkiye Derneği. Erişim adresi: <https://eras.org.tr/page.php?id=10>. Erişim Tarihi: 07.11.2023.
9. Miller M, Wishart HY, Nimmo WS. Gastric contents at induction of anaesthesia. Is a 4-hour fast necessary? Br J Anaesth 55(12):1185-8, 1983.
10. Dolgun E, Taşdemir N, Ter N, Yavuz M. Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Aç Kalma Sürelerinin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilim Tıp Dergisi 25 (1):11-5, 2011.
11. Demirdağ H, Karaöz S. Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Hastaların Deneyimleri ve Hemşirelerin Konu ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları. Florence Nightingale Hemşire Dergisi 23(1):1-10, 2015.
12. Ren L, Zhu D, Wei Y, Pan X, Liang L, Xu J, vd. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program Attenuates Stress and Accelerates Recovery in Patients After Radical Resection for Colorectal Cancer: A Prospective Randomized Controlled Trial. World J Surg 36(2):407-14, 2012.

13. Bozkırlı BO, Gündoğdu RH, Ersoy PE, Akbaba S, Temel H, Sayın T. ERAS protokolü kolorektal cerrahi sonuçlarımızı etkiledi mi? Turk Journal of Surgery. 28(3):149-52, 2012.
14. Alcántara-Moral M, Serra-Aracil X, Gil-Egea MJ, Frasson M, Flor-Lorente B, Garcia-Granero E, vd. Observational cross-sectional study of compliance with the fast track protocol in elective surgery for colon cancer in Spain. Int J Colorectal Dis 29(4):477-83, 2014.
15. Urcanoğlu ÖB. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda sakız çiğnemenin barsak motilitesine, erken mobilizasyona, ameliyat sonrası ağrıya ve erken taburculuğa etkisi. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2017.
16. MacMillan SLM, Kammerer-Doak D, Rogers RG, Parker KM. Early feeding and the incidence of gastrointestinal symptoms after major gynecologic surgery. Obstet Gynecol 96(4):604-8, 2000.
17. Pearl ML, Valea FA, Fischer M, Mahler L, Chalas E. A randomized controlled Trial of early postoperative feeding in gynecologic oncology patients undergoing intra-abdominal surgery. Obstet Gynecol 92(1):94- 7, 1998.
18. Bayramoğlu BG. Hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki iyilik hallerinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi-cerrahpaşa lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
19. Jones & Bartlett. İntraduction To Perioperative Nursing. Jones & Bartlett Learning,2011.Erişimadresii:http://samples.jbpub.com/9781449688066/87625_C_H01_Pass2.pdf. Erişim Tarihi: 30.10.2023.
20. Durmaz Edeer A, Sarikaya A, Baksi A. Nursing Management in Preoperative Patient Preparation. Turk Klin J Nurs Sci 10(4):330-43, 2018.
21. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları. Preoperatif Değerlendirme, 2015.
22. Card R, Sawyer M, Degnan B, Harder K, Kemper J, Marshall M, Matteson M, Roemer R, Schuller-Bebus G, Swanson C, Stultz J, Sypura W, Terrell C, Varela N. Institute for Clinical Systems Improvement. Perioperative Protocol (ICSI), 2014.

23. Dirimeşe E, Taşdemir N. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hasta bakımı. Ed: Çelik S, Taşdemir N. Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım. s. 25-78, 1. Basım, Adana, 2018.
24. Fındık Ü, Topçu S. Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 19(2): 22-23, 2015.
25. Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi Kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları.. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 16(1):8-15, 2013.
26. Özkan DM, Yavuz M, Şahin KB. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında solunum egzersizlerini uygulama durumları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 31(2):1-7, 2015.
27. Yolcu S, Akın S, Durna Z .Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 13(2):129-138, 2016.
28. Ersoy E, Gündoğdu H. Preoperatif açlıkta değişen kavramlar. Turk Journal Surgery 21(2):96-101, 2005.
29. Gök F, Yavuz Van Giersbergen M. Preoperative fasting: A systematic review. Pamukkale Med J 11(2):183-4, 2018.
30. Rızalar S, Yıldırım A, Yıldızeli Topçu S. Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi ve sonrasında açlık ve susuzluk düzeylerinin incelenmesi. Sağlık Ve Yaşam Bilim Dergisi 1(2):32-6, 2019.
31. Fearon KCH, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CHC, Lassen K, vd. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. Clin Nutr Edinb Scotl 24(3):466-77, 2005
32. Gundogdu H. ERAS: History and philosophy. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi 10 (Ek sayı):1-4, 2018.
33. Bilgiç D, Yağcan H, Güler B, Aypar NN. Jinekolojik cerrahide ameliyat öncesi ve sonrası kanıta dayalı bakım uygulamaları. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 6 (2):114-121, 2019.
34. İlbaş D. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında açlık süresinin ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik etkilerinin incelenmesi. İzmir Tınaztepe Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2023.

35. Aksoy A, VefiKuluçay Yılmaz D. A New Approach to Evidence Based Practices in Gynecological Surgery: ERAS Protocol and Nursing. Turk Klin J Nurs Sci 10(1):49-58, 2018.
36. Maraş G, Ceyhan Ö, Tarihi G. Ameliyat Öncesi Oral Karbonhidrat Solüsyon Kullanımının Ameliyat Sonrası İnsülin Direncine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 6(2):35-40, 2019.
37. An Royal College of Nursing (RCN) Guideline for the Multidisciplinary Team. Perioperative Fasting in Adults and Children. Clinical Practice Guidelines, 2005.
38. Søreide E, Eriksson LI, Hirlekar G, Eriksson H, Henneberg SW, Sandin R, vd. Pre-operative fasting guidelines: an update. Acta Anaesthesiol Scand 49(8):1041-7, 2005.
39. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, vd. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr 36(3):623-50, 2017.
40. Türk anesteziyoloji ve reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları. Çocuk Hastada Preoperatif Değerlendirme, 2015.
41. Amerikan Anesteziyologlar Birliği (American Society of Anesthesiologists ASA). ErişimAdresi:<https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/138/2/132/137508/2023-American-Society-of-Anesthesiologists>. Erişim Tarihi: 20.11.2023.
42. Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA).Guidelines on Pre-Anaesthesia Consultation and Patient Preparation, 2016.
43. Gürel B, Koçalış S. Ameliyat Sonrası Hastaların Derlenme Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı. Türkiye Sağlık Bilim Ve Araştırmaları Dergisi 5(1):12-30, 2022.
44. Sözen KK. Ameliyat sonrası derleme ünitesinde görülen erken dönem komplikasyonlarının değerlendirilmesi. Journal of Cukurova Anesthesia and Surgical Sciences 3(3):212-222, 2020.
45. Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları . Postanestezik bakım, 2005.
46. Aktaş YY, Gürçayır D, Atalay C. Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. Dicle Tıp Dergisi 45(3):341-51, 2018.
47. Croke L. Preventing Postoperative Pulmonary Complications. AORN J 116(6), 2022.
48. Eti Aslan F. Patient Satisfaction with Nursing Practices about Postoperative Pain Management: A Systematic Review. Ağrı - J Turk Soc Algol 30(3):105-115, 2018.

49. Özcan Berk Ç. Ameliyat sonrası hastanın erken ambulasyon ve komplikasyonların önlenmesi. Ed: Sarman A. Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar XII. s 7-22, 1. Basım, 2022.
50. Akın S, Durna Z. Evaluation of Postoperative Patients' Mobility Levels and Factors Associated with Mobility Level. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 13(2):129-138, 2016.
51. Çelebi D, Yılmaz E. Cerrahi Hastalarda Enteral ve Parenteral Beslenmede Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi (7):714-31, 2019.
52. Lewis SJ, Andersen HK, Thomas S. Early Enteral Nutrition Within 24 h of Intestinal Surgery Versus Later Commencement of Feeding: A Systematic review and Meta-analysis. J Gastrointest Surg 13(3):569-75, 2009.
53. Soop M, Carlson GL, Hopkinson J, Clarke S, Thorell A, Nygren J, vd. Randomized clinical trial of the effects of immediate enteral nutrition on metabolic responses to major colorectal surgery in an enhanced recovery protocol. Br J Surg 91(9):1138-45, 2004.
54. Terminology | International Association for the Study of Pain. Erişim adresi: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>. Erişim Tarihi: 28.09.2023.
55. Francis L, Fitzpatrick JJ. Postoperative Pain: Nurses' Knowledge and Patients' Experiences. Pain Manag Nurs 14(4):351-7, 2013.
56. Gunningberg L, Idvall E. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. J Nurs Manag 15 (7):756-66, 2007.
57. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. The Lancet 367(9522):1618-25, 2006.
58. Eisenach JC, Brennan TJ. Pain after surgery. Pain. 2018 Jun;159 (6):1010-1.
59. Bédard D, Purden MA, Sauvé-Larose N, Certosini C, Schein C. The pain experience of post surgical patients following the implementation of an evidence-based approach. Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses 7(3):80-92, 2006.
60. Dogan SK, Ay S, Oztuna D, Aytur YK, Evcik D. The utility of the Faces Pain Scale in the assessment of shoulder pain in Turkish stroke patients: its relation with quality of life and psychologic status. Int J Rehabil Res Int Z Rehabil Rev Int Rech Readaptation 33(4):363-7, 2010.

61. Bostanci SE. Cerrahi Hemşirelerinin ağrıya yönelik bilgi ve tutumlarına ağrı eğitiminin etkisi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim dalı Yüksek lisans Tezi, Gaziantep, 2017.
62. Reisli R. Pharmacologic treatment of acute postoperative pain: A clinical practice guideline of The Turkish Society of Algology, 2021.Erişim Adresi: <https://agridergisi.com/jvi.aspx?pdire=agri&plng=eng&un=AGRI-60243>. Erişim Tarihi: 27.09.2023.
63. Gürkan A, Aldemir K, Işık Andsoy I, Gül A. Ameliyat sonrası akut ağrı yoğunluğunun değerlendirilmesinde dört farklı ağrı ölçeğinin karşılaştırılması. Cukurova Med J 45(4):1562-71, 2020.
64. Van Dijk JFM, Kappen TH, van Wijck AJM, Kalkman CJ, Schuurmans MJ. The diagnostic value of the numeric pain rating scale in older postoperative patients. J Clin Nurs 21(21-22):3018-24, 2012.
65. Çapık A, Karaman Özlü Z, Soydan S, Ejder Apay S, Avşar G, Özer N, Arslan S. Sezaryan ameliyatı olan lohusalarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 19(1):58-64, 2016.
66. Waterhouse M. Why pain assessment must start with believing the patient. Nurs Times 92(38):42-3, 1996.
67. Rose L, Haslam L, Dale C, Knechtel L, McGillion M. Behavioral pain assessment tool for critically ill adults unable to self-report pain. Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses 22(3):246-55, 2013.
68. Gündoğan Akdağ R. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, tutum ve klinik karar verme durumlarının değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Gaziantep, 2008.
69. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management. Br J Surg 107(2):70-80, 2020.
70. Özveren H. Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. Sağlık Bilim Fakültesi Hemşire Dergisi 18(1):83-92, 2011.
71. Ovayolu Ö, Ovayolu N. Multipl Miyelom Tanısı Alan Geriatrik Hastalarda Ağrı ve Yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 5(3):260-7, 2018.

72. Hagen M, Alchin J. Nonprescription drugs recommended in guidelines for common pain conditions. *Pain Manag* 10(2):117-29, 2020.
73. Aslan G, Kılıç D. Yaşlı Bireylerde Ağrı Yönetiminde Kullanılan Farmakolojik ve Non-farmakolojik Yöntemler. *JTNA* 3(1):49-58, 2022.
74. Uçan Ö, Ovayolu N. Kanseri ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2(4):123-133, 2007.
75. Aygin D, Var G. Pain Management in Trauma Patients and Nursing Approaches. *Sak Med J* 2(2):61-70, 2012.
76. Şenyüz K, Koçalış S. Multimodal analgesy and nursing approach in postoperative pain. *Health Care Acad J* 4(2):90-95, 2017.
77. Myles PS, Weitkamp B, Jones K, Melick J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *Br J Anaesth* 84(1):11-5, 2000.
78. Karaman S, Arici S, Dogru S, Karaman T, Tapar H, Kaya Z, vd. Validation of the Turkish version of the quality of recovery-40 questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 12(1):8, 2014.
79. Gezer N, Kunter D, Özgün Ş, Demir E, Özdemir B, Çetinkaya G, vd. The Effect of Preoperative Fasting Period On Comfort of The Patient. *J Acad Res Nurs. JAREN* 6(2):248-53, 2020.
80. Abebe WA, Rukewe A, Bekele NA, Stoffel M, Dichabeng MN, Shifa JZ. Preoperative fasting times in elective surgical patients at a referral Hospital in Botswana. *Pan Afr Med J* 23:102, 2016.
81. Abdullah Al Maqbali M. Preoperative fasting for elective surgery in a regional hospital in Oman. *Br J Nurs Mark Allen Publ* 25(14):798-802, 2016.
82. Ertem M. Cerrahi girişim geçiren hastaların beslenme durumlarının ağrı ve mobilizasyona etkisinin incelenmesi. Kütahya Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim dalı Yüksek lisans Tezi, Kütahya, 2021 .
83. Kankiliç R, Tuna A. Transüretral Rezeksiyon- Prostat (TUR-P) Ameliyatlarında ERAS Protokolü İle Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yapılması Gereken Beslenme, Ağrı ve Erken Mobilizasyon Uygulamalarının Karşılaştırılması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 14(2):69-74, 2019.
84. Rızalar S, Aydemir A, Yıldızeli Topçu S. Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi ve sonrasında açlık ve susuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık Ve Yaşam Bilim Dergisi* 1(2):32-6, 2019.

85. Ludwig RB, Paludo J, Fernandes D, Scherer F. Lesser time of preoperative fasting and early postoperative feeding are safe? ABCD Arq Bras Cir Dig São Paulo 26(1):54-8, 2013.
86. Yetimalar H, Köksal A, Aksakalli V, Kasap B, Çukurova K. Major abdominal jinekolojik cerrahi sonrası erken oral beslenmenin etkileri. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 7(1):40-4, 2010.
87. Marquini GV, Pinheiro FES, Vieira AUC, Pinto RMC, Uyeda MGBK, Girão MJBC, vd. Effects of preoperative fasting abbreviation with carbohydrate and protein solution on postoperative symptoms of gynecological surgeries: double-blind randomized controlled clinical trial. Rev Col Bras Cir 46(5):2019-2295, 2020.
88. Demirci B, Yılmaz Şahin S. Lomber disk hernisi ameliyatı öncesi hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı ve iyileşme kalitesi üzerine etkisi. Karya J Health Sci 4(1):19-25, 2023.
89. Yılmaz E, Aydın E. Cerrahi Girişim Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi-Sonrası Anksiyetenin Derlenme Kalitesine Etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 23 (8):80-95, 2013.
90. Yolcu S, Akin S. Ortopedi, Kalp ve Genel Cerrahi Ameliyatları Sonrası Dönemde Hastaların İyileşme Durumları ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 15(3):33-45, 2015.
91. Berg K, Kjellgren K, Unosson M, Årestedt K. Postoperative recovery and its association with health-related quality of life among day surgery patients. BMC Nurs 11(1):24, 2012.
92. İlgin VE, Yayla A, Kılınç T. The Effect of Preoperative Education Given to Patients Who Will Have a Mastectomy: A Randomized Controlled Trial. J Perianesth Nurs 39(1):1-8, 2024.
93. Alsharkh WS, Aljuaid M, Huda AU, Bawazir A, Alharbi A, Alharbi N. Effect of total fasting hours on the overall quality of recovery after surgery: An observational study. Saudi J Anaesth 17(3):373-77, 2023.
94. Gündüz Z. Uzun açlık sürelerinin cerrahi sonrası ağrı, anksiyete ve hasta konforu üzerindeki etkisi: Meta analiz çalışması. Bahçeşehir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, İstanbul, 2021.
95. Ertural F, Küçükakça Çelik G, Özçelik H. Effect of Oral Carbohydrate Solution Administered Before Hip Arthroplasty on Preoperative Anxiety and Postoperative

- Patient Comfort: A Randomized Controlled Trial. *J Perianesthesia Nurs Off J Am Soc PeriAnesthesia Nurses* 38(3):461-8, 2023.
96. Lee JS, Song Y, Kim JY, Park JS, Yoon DS. Effects of Preoperative Oral Carbohydrates on Quality of Recovery in Laparoscopic Cholecystectomy: A Randomized, Double Blind, Placebo-Controlled Trial. *World J Surg* 42(10):3150-7, 2018.
 97. Yurtseven Ş, Deniz Doğan S, Arslan S, NaziK E, Erden Yüksekaya S. Assessment of Postoperative Pain Intensity Using Different Pain Scales. *Türk Klin J Nurs Sci* 13(1):1-7, 2021.
 98. Torabikhah M, Yousefi H, Ansari AHM, Musarezaie A. The Effect of Reducing the Fasting Time on Postoperative Pain in Orthopaedic Patients: A Randomized Controlled Trial. *Iran J Nurs Midwifery Res* 26(4):310-5, 2021.
 99. Lamacraft G, Labuschagne C, Pretorius S, Prinsloo MC, Smit MD, Steyn JR. Preoperative fasting times: Prescribed and actual fasting times at Universitas Hospital Annex, Bloemfontein, South Africa. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneeskde* 07(10):910-4, 2017.
 100. Gebremedhn EG, Nagaratnam VB. Audit on Preoperative Fasting of Elective Surgical Patients in an African Academic Medical Center. *World J Surg* 38(9):2200-4, 2014.

8. EKLER

Ek 1. Hasta Tanılama Formu

Sosyo-Demografik özellikler

1.Yaşınız 1 ()18-44

2 ()45-64

2.Cinsiyetiniz : 1 ()Kadın

2 ()Erkek

3.eğitim durumunuz: 1 ()Okur yazar

2 () İlköğretim

3 () Lise

4 () Üniversite

4. mesleğiniz: 1 () Çalışıyor

2 ()Çalışmıyor

5. Medeni durumunuz: 1 () Evli

2 ()Bekar

6. Gelir durumunuz: 1 () Gelir giderden az

2 ()Gelir gidere eşit

3 ()Gelir giderden fazla

7. Sigara kullanıyor musunuz? 1 () Evet

2 ()Hayır

8. Alkol kullanıyor musunuz? 1 ()Evet

2 ()Hayır

9.Daha önce ameliyat oldunuz mu ? 1 ()Evet.....

2 ()Hayır

10.Kronik hastalığınız var mı? 1 () Evet.....

2 ()Hayır

Hasta İzlem Formu

11.ASA skoru kaçtır? 1 () ASA 1

2 () ASA 2

12.Ameliyat süresidk

13.Geçirdiği ameliyat türü.....

14.Ameliyat sonrası beslenme eğitimi aldınız mı? 1 () Evet (belirtiniz)

() Hekim

() Hemşire

() Personel

() Diğer

2 () Hayır

15.Ameliyattan önce en son ne zaman yemek yediniz?.....

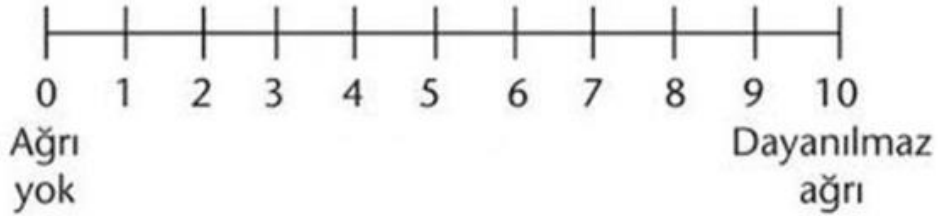
16. Ameliyattan en son kaç saat önce katı gıda aldınız?.....

17. Ameliyattan en son kaç saat önce sıvı gıda aldınız ? :.....

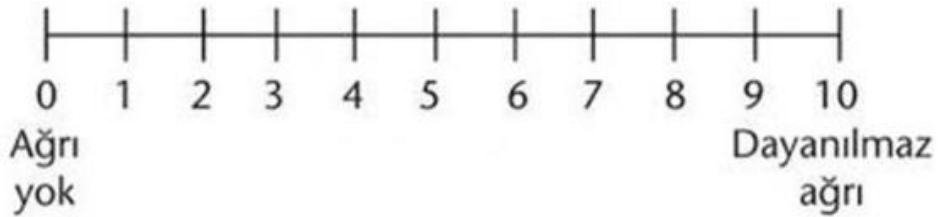
18. Ameliyattan sonra ilk kaç saat sonra bir şey yiyip içtiniz? (ne yediniz yada içtiniz belirtiniz).....

19.Ameliyat sonrası görüşme zamanı:.....

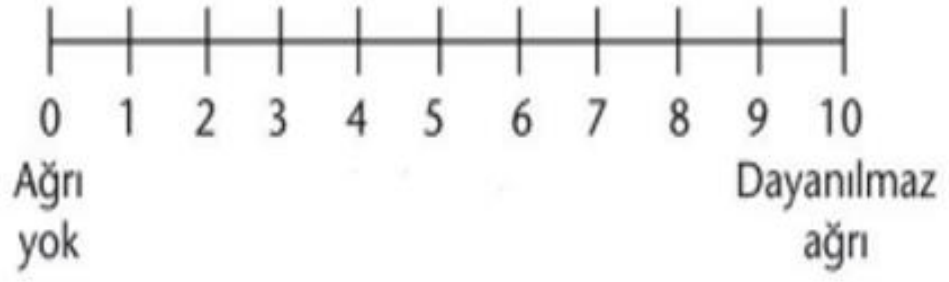
20.Ameliyat sonrası beslenmeden bir saat önceki ağrınızı değerlendiriniz.



21.Ameliyat sonrası beslenmeden bir saat sonraki ağrınızı değerlendiriniz



Ek 2. Numarik Ağrı Ölçeği (Numerical Rating Scale, NRS)



Ek 3. İyileşme Kalitesi Anketi (QUALITY OF RECOVERY-40 QUESTIONNAIRE (QOR-40))

Tarih: __ / __ / __

Hasta Anketi (QoR – 40)

Adı Soyadı: _____

KISIM A

Son 24 saattir kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

(1’le 5 arasında puanlayınız: 1 = Çok kötü, 5 = Mükemmel)

Örneğin: Eğer bu süre içinde hep rahatça nefes alıp verdiyseniz, aşağıda gösterildiği gibi seçeneklerden

5’i (her zaman) halka içine almalısınız.

	Hiçbir zaman zaman	Bazen Her zaman	Genellikle	Çoğu
Rahatça nefes alıp verebiliyorum	1	2	3	5

RAHATLIK	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Rahatça nefes alıp verebiliyorum	1	2	3	4	5
İyi bir uyku uyudum	1	2	3	4	5
Yediklerimden tat alabiliyorum	1	2	3	4	5
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4	5
DUYGULAR	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Genel olarak kendimi iyi hissediyorum	1	2	3	4	5
Kendime hakimim	1	2	3	4	5
Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4	5

Son 24 saatte aşağıdakilerden birini yaşadınız mı?

(1’den 5’e kadar: 1 = Çok kötü ve 5 = Mükemmel)

HAREKET ÖZGÜRLÜĞÜ	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Normal konuşabiliyorum	1	2	3	4	5
Yüzümü yıkayabiliyorum, Dişlerimi fırçalayabiliyorum, traş olabiliyorum	1	2	3	4	5
Kendi görünümümü kendimdüzeltebiliyorum	1	2	3	4	5
Yazı yazabiliyorum	1	2	3	4	5
İşime dönebilirim yada gündelik hayatta yaptığım işleri yapabiliyorum	1	2	3	4	5

HASTA DESTEĞİ	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Hastane personeliyle iletişim kurabiliyorum (hastanedeysen)	1	2	3	4	5
Ailem ve arkadaşlarımla iletişim kurabiliyorum	1	2	3	4	5
Hastanedeki doktorlardan destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Hastanedeki hemşirelerden destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Ailem veya arkadaşlarımdan destek alabiliyorum	1	2	3	4	5
Komutları ve tavsiyeleri anlayabiliyorum	1	2	3	4	5

KISIM B

Son 24 saattir aşağıdakilerden birini yaşadınız mı?

(1'den 5'e kadar: 1 = Çok kötü ve 5 = Mükemmel)

RAHATLIK	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Bulantı	5	4	3	2	1
Kusma	5	4	3	2	1
Öğürme	5	4	3	2	1
Huzursuzluk hissetme	5	4	3	2	1
Sallanma yada seğirme	5	4	3	2	1
Titreme	5	4	3	2	1
Üşüdüğünü hissetme	5	4	3	2	1
Baş dönmesi hissetme	5	4	3	2	1

DUYGULAR	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Kötü rüya görme	5	4	3	2	1
Kaygılı hissetme	5	4	3	2	1
Öfkeli hissetme	5	4	3	2	1
Depresif (ruhsal sıkıntılı) hissetme	5	4	3	2	1
Kendini yalnız hissetme	5	4	3	2	1
Uykuya dalmakta güçlük çekme	5	4	3	2	1

Son 24 saatte aşağıdakilerden birini yaşadınız mı?

(1'den 5'e kadar: 1 = Çok kötü ve 5 Mükemmel)

HASTA DESTEĞİ	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Kafası karışık hissetme	5	4	3	2	1

AĞRI	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
Orta şiddette ağrı	5	4	3	2	1
Şiddetli ağrı	5	4	3	2	1
Baş ağrısı	5	4	3	2	1
Kas ağrısı	5	4	3	2	1
Sırt ağrısı	5	4	3	2	1
Boğaz ağrısı	5	4	3	2	1
Ağızda yaraya bağlı ağrı	5	4	3	2	1

Yardımlarınız için teşekkürler.

Şayet herhangi bir sorunuz varsa, bizimle iletişime

Ek 4. Etik Kurul Onayı



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 08/03/2023
TOPLANTI NO : 2023/05

KARARLAR :

- 2- Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR'in sorumluluğunda yürütülecek olan "Ameliyat Sonrası Açlık Süresinin Ağrıya Ve İyilik Haline Etkisi" konulu çalışmanın Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L İ G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 5. Gönüllü Olur Formu

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(SAĞLIKLI KONTROL GRUBU İÇİN)

Sayın

Sizi Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesinde 'de yürütülen **“Hastaların ameliyat sonrası açlık süresinin ağrıya ve iyilik haline etkisinin incelenmesi”** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmanın yürütücüleri, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR

Araştırmanın Amacı: Ameliyat sonrası açlık süresinin hastaların ağrı şiddetine ve iyilik haline etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Araştırma üç aşamada gerçekleşecektir. **1.aşama:** Ameliyat öncesi cerrahi kliniklerde gerçekleştirilecektir. Hastaneye yatış işlemlerini yaptıran elektif cerrahi planlanan hastalar araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygunlukları açısından değerlendirilerek, uygun olan hastalar araştırmaya katılmaya davet edilecektir. Hastalara, araştırmanın amacı anlatılacak, asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okunarak yazılı ve sözlü onamları alınacak ve formun bir örneği hastalara verilecektir. Sonra yüz yüze görüşme tekniği ile hasta bilgileri veri toplama formu doldurulacaktır.

2.aşama: Ameliyat sonrası cerrahi kliniklerde gerçekleştirilecektir. Ameliyat sonrası hastaların bilinç ve uyanıklık durumu kontrol edildikten sonra (hemşire gözlem formlarından takip edilerek) ameliyat sonrası oral alımdan 1 saat önce ve oral alımdan 1 saat sonra ağrı durumu numerik ağrı ölçeği kullanılarak değerlendirilecektir.

3.aşama: Hastalara taburculuğundan bir saat önce de İyileşme Kalitesi Anketi (Quality of Recovery-40 Questionnaire, QoR-40) uygulanacaktır

Araştırmanın Yapılacağı Yer (ler): Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Araştırmanın Süresi: 1 yıl

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 180 kişidir.

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

Ameliyat sonrası oral alım öncesi ve sonrası ağrı şiddeti yakından takip edilecektir

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar: Bu çalışmanın size getirebileceği herhangi bir riski bulunmamaktadır.

Çalışmaya Katılan Araştırmacılar:

- Nurten TAŞDEMİR

- Ebru ESEN

İletişim Kurulacak Kişi (ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatinde nolu telefondan Ebru ESEN'e ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

“[.....] çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.); (*Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir*)

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Biyolojik materyallerimin analizlerinin yurtdışında yapılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): / /

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): / /

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

Ek 6. Kurum İzni



T.C.
ZONGULDAK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-30707382-799-213959718
Konu : Araştırma İzni
Ebru ESEN

20.04.2023

ZONGULDAK ÇAYCUMA DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : a) 02.02.2023 tarihli ve 46148110-300-E.270264 sayılı yazınız.
b) 12.04.2023 tarihli ve E-85237368-929-213405156 sayılı yazınız.

Hastaneniz bünyesinde görevli Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisi Hemşire Ebru ESEN'in dilekçesi Müdürlüğümüz Bilimsel Çalışma Komisyonunda değerlendirilmiştir.

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisi Hemşire Ebru ESEN'in söz konusu başvurusunda "**Ameliyat Sonrası Açlık Süresinin Ağrıya ve İyilik Haline Etkisi**" konulu araştırmasını Müdürlüğümüze bağlı Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesinde yürütülebilmeyi talep etmektedir.

Planlanan çalışmalarda kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet haklarını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla çalışmanın yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür. Ayrıca, bilimsel araştırma projesinin hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğimin tetkiki, araştırmanın amacı, yönetimi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Bilal CİN
İl Sağlık Müdürü V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 3479323D-2523-4FAD-8DB3-FB59C1CC3472

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Ontemmuz Mahallesi Belediye Bulvarı No:25/2 Merkez/ZONGULDAK 67000
Telefon No: 03722220151 Faks No : 03722221623
e-Posta: zonguldak.tibbicihaz@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
<https://zonguldakim.saglik.gov.tr/>

Bilgi için: Esin Özgür YALINKILIÇ
Hemşire

Telefon No: 03722220122



9. ÖZGEÇMİŞ

Ebru ESEN, İlköğretim ve lise eğitimini Çaycuma ilçesinde tamamladı. 2012 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2012-2015 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalıştı. 2016 yılında Çaycuma Devlet Hastanesinde göreve başladı. Cerrahi yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

