T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRESİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

ARZU İŞLER

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ ZEHRA AYDIN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİMDALI

İSTANBUL-2020

T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRESİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

ARZU İŞLER

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ ZEHRA AYDIN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİMDALI

İSTANBUL-2020

İTHAF

Varlığı ile bana güç veren, gelecekte seçeceği meslekte hep mutlu olmasını ve yaptığı işi en iyisi ile yapmasını dilediğim biricik kızım Duru Akdemir'e ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve araştırma konumun seçilmesinde emeği olan

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZASLAN'a,

Çalışmam boyunca değerli bilgi, deneyimlerini ve zamanını benimle paylaşan, her konuda bana rehberlik eden ve yanımda olan değerli danışman hocam

Dr. Öğr. Üyesi Zehra AYDIN'a,

Yüksek Lisan çalışmamda bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, desteğini esirgemeyen, değerli katkılarından dolayı hocalarım

Prof. Dr. Neriman AKYOLCU ve Dr. Öğr. Üyesi Sennur Kula ŞAHİN'e,

Her konuda desteğini hissettiğim, yüksek lisans yapmama vesile olan, çalışkanlığını ve azmini örnek aldığım değerli meslektaşım

Uzm. Hemş. Esma GÖKÇE'ye,

Çalışmam boyunca bana inanıp, destekleyen enfeksiyon kontrol komitesindeki **arkadaşlarıma,**

Maddi ve manevi destekleri ile hep yanımda olduğunu hissettiğim çok kıymetli **aileme,**

Çalışmama gönüllü olarak katılıp, destek veren tüm **meslektaşlarıma**

teşekkür ederim.

Arzu İŞLER

İÇİNDEKİLER

Tez onayı ii
ETİK BEYANI iii
İTHAF… iv
TEŞEKKÜR v
İÇİNDEKİLER vi
ŞEKİLLER LİSTESİ viiix
TABLOLAR LİSTESİ ix
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ xi
ÖZET xii
ABSTRACT xiii
GİRİŞ 1
1. GENEL BİLGİLER 3
1.1. Cerrahinin Tanımı ve Cerrahi Hemşireliği 3
1.2. Ameliyat Öncesi Hazırlık 3
1.2.1. Psikolojik Hazırlık 4
1.2.2. Yasal Hazırlık 4
1.2.3. Ameliyat Öncesi Eğitim 4
1.2.4. Fizyolojik Hazırlık 4
1.3. Ameliyat Öncesi Beslenme 5
1.3.1. Yüksek Riskli Hastalarda ve Acil Durumda Beslenme 8
1.3.2. GİK İnfüzyonu 9
1.3.3. Ameliyat Öncesi Oral Karbonhidrat İle Beslenme 9
1.4. Ameliyat Öncesi Beslenme İle İlgili Rehberler 10
1.4.1. İngiliz Kraliyet Hemşirelik Koleji (The Royal College of Nursing- RCN) 2005 11
1.4.2. Avrupa Anestezi Birliği (European Society of Anaesthesiology-ESA-members) 2011 Rehberi 12
1.4.3. Amerikan Anestezi Birliği (American Society of Anaesthesiologists - ASA) 2011-2017 Rehberi 12
1.4.4. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) 2015 13
1.4.5. Avustralya ve Yeni Zelanda Anestezist Koleji (Australian and New Zealand College of Anaesthetists-ANZCA) 2016 13

1.4.6. Avrupa Parenteral ve Enteral Nütrisyon Ulusal Toplulukları (European Parenteral and Enteral Nutrition National Societies-ESPEN) 2017 13
1.4.7. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri (Enhanced Recovery After Surgery- ERAS veya Fast Track Surgery-FTS) 14
1.4.7.1. Hastanın Bilgilendirilmesi 14
1.4.7.2. Ameliyat Öncesi Mekanik Bağırsak Temizliği 14
1.4.7.3. Ameliyat Öncesi Açlık ve Karbonhidrat 15
1.4.7.4. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi 15
1.5. Hemşirelerin Güncel ve Bilimsel Uygulamalardaki Rolü 16
2. GEREÇ VE YÖNTEM 18
2.1. Araştırmanın Amacı ve Türü 18
2.2. Araştımanın Yapıldığı Yer ve Zaman 18
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 19
2.4. Araştırmaya Kabul Edilme ve Dışlanma Kriterleri 19
2.5. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi 19
2.6. İstatistiksel Değerlendirme 20
2.7. Araştırmanın Etik Yönü 21
3. BULGULAR 22
3.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklere Ait Bulguları 22
3.2. Ameliyat Öncesi Açlık Sürelerine Yönelik Bilgi Sorularını İncelenmesi 25
3.3. Ameliyat Öncesi Açlık Sürelerine Yönelik Tutum Sorularının İncelenmesi 30
3.4. Hemşirelerin Bilgi ve Tutuma Yönelik Skorlarının Değişkenler Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi 33
4. TARTIŞMA 40
5. SONUÇ 47
5.1. Öneriler 48
KAYNAKÇA 49
EKLER 56
Ek 1. Etik Kurul Onayı 56
Ek 2. Kurum İzin Kararı 57
Ek 3. Kurum İzin Dilekçesi 58
Ek 4. Anket Formu 59
Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 64
İNTİHAL RAPORU 65

ÖZGEÇMİŞ 66

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin dağılımları 24
Şekil 2.2. Bilgi ve tutuma yönelik skorlar arasındaki ilişki 38

TABLOLAR LISTESI

Tablo 1.1. Ameliyat Öncesi Beslenme İle İlgili Rehberler 11
Tablo 1.2. ERAS protokolü öğeleri.....16
Tablo 3.1. Hemşirelerin demografik özellikleri (N=214) 22
Tablo 3.2. Hemşirelerin mesleki özellikleri (N=214) 23
Tablo 3.3. Hemşirelerin açlık sürelerine ilişkin eğitim alma ve protokol uygulama bulguları (N=214).....24
Tablo 3.4. Ameliyat öncesi açlık sürelerine yönelik bilgi sorularını doğru yanıtlama oranları (N=214).....26
Tablo 3.5. Ameliyat öncesi açlık sürelerine yönelik bilgi soruları (N=214) 27
Tablo 3.6. Ameliyat öncesi açlık süresine yönelik tutum sorularını doğru yanıtlama oranları (N=214).....30
Tablo 3.7. Ameliyat öncesi açlık süresine yönelik tutum soruları (N=214) 32
Tablo 3.8. Soru formları puan ortalamaları ve güvenirlilik değerleri 33
Tablo 3.9. Bilgi ve tutuma yönelik skorların hemşirelerin ikili değişkenleri arasındaki farklılıkların incelenmesi 33
Tablo 3.10. Bilgi ve tutuma yönelik skorların hemşirelerin ikiden fazla değişkenler arasındaki farklılıkların incelenmesi.....35
Tablo 3.11. Bilgi ve tutuma yönelik skorlar arasındaki ilişkinin incelenmesi.....37
Tablo 3.12. Bilgiye yönelik skoru belirleyen bağımsız parametreler arasındaki farklılıkların incelenmesi 38
Tablo 3.13. Tutuma yönelik puanları belirleyen bağımsız parametreler arasındaki farklılıkların incelenmesi 39

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

ASA : American Society of Anaesthesiologists
(Amerikan Anestezistler Birliği)

ANZCA : Australian and New Zealand College of Anaesthetists
(Avustralya ve Yeni Zelanda Anestezist Koleji)

ERAS : Enhanced Recovery After Surgery
(Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri)

ESA : European Society of Anaesthesiology
(Avrupa Anestezi Birliği)

ESPEN : European Parenteral and Enteral Nutrition National Societies
(Avrupa Parenteral ve Enteral Nütrisyon Ulusal Toplulukları)

FTS : Fast Track Surgery
(Hızlandırılmış süreç)

KBB : Kulak Burun Boğaz

KVC : Kardiyo Vasküler Cerrahi

NRS-2002 : Nutrisyonel Risk Skoru

SGD : Subjektif Global Değerlendirme

TARD : Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği

ÖZET

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRESİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Arzu İŞLER
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Zehra AYDIN

Araştırma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutumlarının ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı. Araştırmanın örneklemini cerrahi kliniklerde çalışan 214 hemşire oluşturdu. Veri toplamada, araştırmacı tarafından hazırlanan ameliyat öncesi açlık süresi bilgi ve tutum formu kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma, Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testleri, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testleri kullanıldı.

Araştırma sonucunda; hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili bilgi düzeylerinin orta, tutum düzeylerinin de iyi olduğu bulundu. Sağlık meslek lisesi mezunu olan ve toplam çalışma yılı 1 yıl ve aşağısı olan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,038$). Klinikte çalışma süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerin tutum puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,014$). Hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi durumları ile tutumları arasında pozitif yönlü bir korelasyon varlığı saptamıştır ($r=0,305$, $p<0,001$). Bilgi düzeylerini belirlemede ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim alma değişkenin ($\beta=-1,574$) negatif etki ettiği gözlenirken, eğitim düzeyinin ($\beta=0,907$) pozitif yönlü bir etkisi olduğu anlaşılmıştır. Tutum davranışlarını belirlemede ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim alma değişkenin ($\beta=-1,301$) negatif, pozisyon değişkenlerinin ($\beta=0,408$) pozitif yönlü bir etkisi olduğu anlaşılmıştır. Hemşirelerin %75,2'sinin gece yarısından sonra hastaların aç bırakılmasına yönelik geleneksel uygulamaları devam ettirdikleri tespit edildi. Bu sonuçlar doğrultusunda tüm sağlık çalışanlarına ameliyat öncesi açlık süresine yönelik eğitimlerin sunulması, rehberler doğrultusunda ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili kurum protokollerinin oluşturulması, oral alım kısıtlaması ile ilgili daha fazla çalışma yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, ameliyat öncesi hazırlık, açlık, cerrahi, besin ve sıvı kısıtlaması

ABSTRACT

DETERMINATION OF ATTITUDES AND KNOWLEDGE LEVELS OF SURGICAL NURSES ABOUT PREOPERATIONAL FASTING PERIOD

Arzu İŞLER
Department of Surgical Diseases Nursing
Supervisor: Dr. Zehra AYDIN

Restriction of oral food intake after the midnight before surgery has been practiced for more than a century in a conventioal practices that patients fast for a long time due to the restrictions oral food intake in pre-operation periods. Recent studies and guidelines suggest a preop fasting period of 2 - 6 hours. It is known that short periods of fasting increase the comfort and well-being of patients.

This research was designed as a descriptive study and it was carried out to determine the attitudes and knowledge levels of nurses working in surgical clinics regarding the fasting period before surgery. The sample of the study consisted of 214 nurses working in surgical clinics. The preoperative fasting information and attitude form which was prepared by the researcher by taking the literature review and expert opinion was used as the data collection tool in the study. While the data was being analysed, continuous measurements mean and standard deviation, Kolmogorov-Smirnov / Shapiro-Wilk Tests, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis tests were used to evaluate the data as numbers and percentages.

The results of the research revealed that the nurses' level of knowledge about fasting period before surgery was insufficient although their attitude level was sufficient. Most of the nurses (over 70%) who participated in the study gave wrong answers to the questions asked about the time of food intake before the operation. It was observed that 75.2% of the participant nurses in the study claimed that the patients should restrict the food intake after midnight before the surgery and they continued to follow the traditional practice. In line with these results, it is recommended to provide all healthcare professionals with a training of pre-operative fasting, establish institution protocols for preoperative fasting periods according to the guidelines, and carry out further studies focusing on the restriction of oral intake.

Key words: Nursing, preparation before the operation, fasting, surgical, restriction of food and liquid

GİRİŞ

Cerrahi tedavi, vücudumuzun genel yapısını mümkün olduğunca koruyarak hastalık, travma ve şekil bozuklukları ile değişen fonksiyonlarının eski anatomik yapısına en yakın şekle gelmesinde ya da dayanılabilecek seviyelerde yaşamın devam etmesinde uygulanan bir tedavi şeklidir (Aksoy ve ark., 2017). Cerrahi girişim, insanda çeşitli inflamatuar ve metabolik olayları tetikleyen önemli bir stres faktörüdür.

Cerrahi hemşireliği, ameliyatın çeşidi ve tipini ayırt etmeksizin hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrası tüm bakımlarını uygulamayı içermektedir (Atalay, 2016). Hastaların ameliyat öncesi uygun şekilde besin ve sıvı kısıtlamasını uygulamak hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır (Demirdağ ve Karaöz, 2015). Uygun bir beslenme, vücudun bu stresle daha etkili başedebilmesini, daha hızlı ve verimli iyileşmesini sağlar (Mignini ve ark., 2018). Hemşireler, hastaların sağlığını düşünerek ameliyat sonrası oluşabilecek olumsuzluklardan korumak için gereksiz açlıktan kaçınmalı, ameliyat öncesi doğru ve etkin protokolleri uygulamalıdır (Atalay, 2016). Hastalara uygun beslenme desteğinin sağlanamaması, hastaların beslenme yetersizliklerini daha da ilerletebilir, enfeksiyon, organ yetmezliği, yara iyileşmesinde azalma ve tıbbi tedaviye yetersiz yanıt verme riskini artırabilir (Mahakalkar ve ark., 2014).

Araştırmalar, besin-sıvı kısıtlaması ile ilgili standart yaklaşımın istenmeyen sonuçlara yol açan bir uygulama olduğunu; kısa açlık sürelerinin ise hastanın iyilik halini arttırdığını belirtmektedir (Demirdağ ve Karaöz, 2015; Tsang ve ark., 2018; ERAS Türkiye Derneği, 2019). Kısa açlık süreleri yaklaşımında ameliyattan 2 saat önce (berrak) sıvı gıda tüketilmesinin olumsuz bir etkisinin olmadığı, diğer taraftan karbonhidrat içeren oral sıvıların hastalarda katabolik olayları önleyip glikojen depolarının dolmasını sağladığı bilinmektedir (Gök ve Giersbergen, 2018).

Ameliyat öncesi uzun açlık sürelerinin hastalarda, huzursuzluk, susuzluk, kötü ağız kokusu, anksiyete, elektrolit dengesizliği, hipoglisemi, hipotansiyon, dehidratasyon, hipovolemi, baş ağrısı, mide bulantısı, huzursuzluk, uyumsuzluk, ajitasyon gibi istenmeyen sonuçlara, hospitalizasyon süresinin uzamasına ve konforunun azalmasına neden olduğunu göstermektedir (Falconer ve ark., 2014; Demirdağ ve Karaöz, 2015; Rızalar ve ark., 2019; Gök ve Giersbergen, 2018).

Uzun açlık süresi nedeniyle oluşan metabolik ve psikolojik sorunların giderilebilmesi için, bu alanda ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili rehberler yayınlanmıştır. Bilimsel veriler doğrultusunda açlık sürelerinin, ek hastalığı, mide hastalıkları, obezitesi ve solunum sistemi rahatsızlıkları bulunmayan bireylerde geleneksel yöntemler gibi katı uygulamalar içermeyeceği yönündedir.

Hemşireler, gereksiz uzun süren açlık uygulamalarından kaçınıp, hastaların güvenliği, konforu ve iyilik hali için ameliyat öncesi güvenli açlık sürelerini uygulamalıdır. Hemşirelerin ameliyat öncesi açlık sürelerini en doğru şekilde bilip uygulamaları için güncel literatürü, bilimsel gelişmeleri ve kanıta dayalı rehberleri takip etmeli ve uygulamalıdır. Bu çalışma, hasta bakım kalitesini artırmak için tüm sağlık çalışanlarına bu konuda bir rehber olabileceği düşünülerek, çalışmanın yapıldığı kurumda standart bir protokol oluşturulmasına katkıda bulunmak için yapılmıştır. Ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili sorunların, eksiklerin ve etki eden faktörlerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Cerrahinin Tanımı ve Cerrahi Hemşireliği

Cerrahi tedavi, vücudun genel yapısını mümkün olduğunca koruyarak hastalık, travma ve şekil bozuklukları ile değişen fonksiyonlarının eski anatomik yapısına en yakın şekle gelmesinde ya da dayanılabilecek seviyelerde yaşamın devam etmesinde uygulanan bir tedavi şeklidir (Aksoy ve ark., 2017).

Aynı zamanda cerrahi, hastanın anatomik yapılarını el ya da aletler ile değiştirmek amacıyla uygulanan kontrollü travma olarak da tanımlanmaktadır. Cerrahinin geçmişi mağara dönemleri kadar çok eski çağlara uzanmaktadır. Cerrahi, eskiden kanamayı durdurmak, yaraları çeşitli bitki yaprakları ve otlar ile kapatmak, savaş bölgelerindeki yaralılara müdahale etmek şeklinde başlamıştır (Aksoy ve ark., 2017; Bulut, 2017; Turan, 2018). Milattan önceki yıllarda tümörlerin çıkarılması, kırıkların tedavisi, göz ameliyatları, sakat ekstremite düzeltilmesi, ülser, kan alma, kafatasını açma, göğüs boşluğunda toplanan sıvıyı boşaltma, yara iyileşmesi, ortopedik malzemelerin kullanılması gibi birçok konuları içeren işlemlerin yapıldığı bilinmektedir (Aksoy ve ark, 2017). Cerrahi, geçen zaman içerisinde sağlık hizmetlerinin ve teknolojinin gelişmesi ile modernleşmiş ve bugünkü halini almıştır.

Cerrahi hemşireliği, hastanın ameliyat öncesi sağlığını ve rahatını kazanabilmesi için, güvenli bir ortamı sağlayan, fiziksel, ruhsal, sosyokültürel gereksinimlerini düşünerek bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını uygularken, biyolojik ve davranış bilimlerinden faydalanarak bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini içeren bir hemşirelik dalıdır. Cerrahi hemşireliği, hastanın cerrahi girişim kararından itibaren başlayıp taburculukta ev ortamındaki bakımına kadar uzanan geniş bir alanı içermektedir (Aksoy, 2017). Cerrahi tedavide hasta hazırlığı cerrahi girişimin başarısını etkileyen ve cerrahi hemşirelerinin çok önemli sorumluluklarının başında gelmektedir. Cerrahi hazırlığı üç grupta incelemek mümkündür. Bu hazırlıklar ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hazırlığı kapsamaktır.

1.2. Ameliyat Öncesi Hazırlık

Cerrahi hemşireleri, hastaların ilgili servise yatışından itibaren hastalara ve yakınlarına ameliyat öncesinde, sırası ve sonrasında optimum bakımın ve takibin

uygulanmasından, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinden sorumludur (Sevin, 2018; Çakır ve ark., 2018).

Ameliyat öncesi hazırlık hasta kabulü ile başlar ve dört dönemden oluşmaktadır. 1- Psikolojik hazırlık, 2- Yasal hazırlık, 3- Ameliyat öncesi eğitim, 4- Fizyolojik hazırlık.

1.2.1. Psikolojik Hazırlık

Hastanede yatıyor olmak ve hasta olmak önemli stres faktörlerinden biridir. Cerrahi girişim hastalarda, tedavi olma isteği, organ ve doku kaybı korkusu, kendi bedenini ve yaşantısını yönetim ve kontrolünü kaybetme endişesi gibi ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Hastane süreci birey için fiziksel ve ruhsal stres yaşayacağı bir kaynaktır (Sevin, 2018). Ameliyat öncesi psikolojik hazırlık, hasta ve yakınlarının stresini azaltır ve yasal hazırlık kadar önem taşımaktadır.

1.2.2. Yasal Hazırlık

Bilgilendirilmiş izin formu, hasta ve sağlık çalışanlarını yasal olarak korumakta ve işlemler hakkında bilgilendirilmeyi sağlamaktadır. Bu nedenle cerrahi işlem uygulanacak her hasta veya vasisinden bilgilendirilmiş izin alınması yasal sorumluluktur. Ameliyat öncesi izin formunun imzalatıldığından emin olunmalıdır (Aksoy ve ark., 2017; Sevin, 2018). Hastalar yapılacak her işlem için bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir.

1.2.3. Ameliyat Öncesi Eğitim

Amacı, ameliyat süreci ile ilgili olası olumsuzlukları bertaraf etmek, ihtiyaç duyulan bilgi ve becerileri hastaya öğretmektir. Bilgilendirme ve eğitim ile daha az ağrı kesici, bulantı önleyici, sedatif gereksinim duydukları, hospitalizasyon ve iyileşme süresinin kısaldığı belirtilmektedir (Sevin, 2018).

1.2.4. Fizyolojik Hazırlık

Fizyolojik değerlendirme ile kronik hastalık varlığı ve sağlık üzerine etkileri, beslenmesi, sıvı elektrolit dengesi, ağrı yada enfeksiyon varlığı gibi etkenler belirlenmektedir. Ameliyat öncesi fizyolojik hazırlıkta yer alan en önemli dönem ameliyat öncesi beslenme dönemidir (Sevin, 2018).

1.3. Ameliyat Öncesi Beslenme

Cerrahi girişim, insanda çeşitli inflamatuar ve metabolik yolları harekete geçiren önemli bir stres faktörüdür. Uygun bir beslenme durumu, vücudun bu strese düzgün bir şekilde tepki vermesini, daha hızlı ve verimli bir şekilde iyileşmesini sağlar (Mignini ve ark., 2018).

Cerrahi stres vücutta birçok olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Çelebi ve Yılmaz, 2019). Cerrahi strese yanıt, endokrin, metabolik ve immünolojik değişiklikleri kapsar (Davies ve ark., 2018; Gillis ve Wischmeyer, 2019). Vücutta travma sonrası birçok mekanizma uyarılır ve metabolik durum gelişir. Metabolik durumların temelinde insülin direncinin gelişmesi yer alır. İnsülin direnci hem ameliyat sırasında hem de açlık durumunda artar. Cerrahi stres ve travmalar protein sentezinde azalmaya ve bir miktar protein parçalanmasına neden olur. Cerrahi kliniklerinde yatan hastalara aç oldukları sürede proteolizi azaltmak ve kas kütlesinde oluşan kayıpları engellemek için glikoz verilmesi önerilmektedir. Artmış glikoz sentezi kritik koşullarda insan yaşamının devamı için gereklidir. Kilo kaybı olan ve girişim planlanan hastalarda yeterli beslenme kritik önem taşımaktadır (Tosun ve ark., 2015). Yetersiz beslenme, hastalarda komplikasyon riskini arttırır, hospitalizasyon süresini uzatır, maliyetleri ve mortaliteyi arttırır. Bu nedenle cerrahi hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası beslenme desteğinin belirlenmesi ve girişim öncesi doğru ve etkili açlık süreleri ve beslenme protokollerinin takip edilerek uygulanması önem taşımaktadır (Çelebi ve Yılmaz, 2019).

Hastanede uygun beslenme desteğinin sağlanamaması, hastaların beslenme durumunun kötüleşmesine ve enfeksiyon, organ yetmezliği, yara iyileşmesinde azalma ve düzenli tıbbi tedaviye yetersiz yanıt verme riskine neden olmaktadır (Mahakalkar ve ark., 2014; Tsang ve ark., 2018).

Ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlaması uygulanan hastaların, uygun şekilde aç kalmalarını sağlamak hemşirelerin temel sorumluluklarındandır (Demirdağ ve Karaöz, 2015). Hastaların sağlığını, rahatlığını, güvenliğini ve beslenmesini düşünerek uzun süren açlıktan kaçınmalı, ameliyat öncesi güvenli açlığı uygulamalıdır (Atalay, 2016).

Ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlamasını ilk kez 1946'da Mendelson başlatmıştır. Mendelson acil genel anestezi ile doğum yapan annelerde düşük pH'lı gastrik içerik aspirasyonuna ve anne ölümlerine dikkat çekmiş ve ameliyat öncesi

açlık ve önemini ortaya koymuştur (Atalay, 2016; Aslanoğlu, 2018; Javillier ve ark., 2020).

Macintosh ve Bannister 1947'de ameliyattan 3 saat öncesi berrak sıvı gıdaların (şekerli çay ve çorba) ve katı gıdaların (ekmek ve yağ) tüketilebileceğini belirtmiştir. Aynı tarihlerde Lee, sıvı gıdalar için öneride bulunmayıp katı gıdaların ameliyattan 6 saat öncesinde tüketilmesini önermiştir. 1990 yıllarından sonra gece yarısından sonra katı ve sıvı gıda kısıtlamaları sorgulanmaya ve araştırılmaya başlanmıştır (Atalay, 2016).

Ameliyat öncesi gece yarısından sonra ağızdan besin alımının kısıtlanması yüzyılı aşkın bir süredir rutin olarak uygulanmasına ragmen (Gök ve Giersbergen, 2018) son yıllarda yapılan araştırmalar, gece yarısından sonra uygulanan geleneksel yaklaşımın gereksiz olduğunu; kısa açlık uygulamalarının ise hastanın iyilik halini arttırdığını göstermektedir (Demirdağ ve Karaöz, 2015; Çakır, Gıersbergen ve Umar, 2018).

Uzun süren ameliyat öncesi açlık döneminin hastalarda, irritabilite, ağız kuruluğu, halitozis (hoş olmayan nefes kokusu), anksiyete, elektrolit dengesizliği, hipoglisemi, hipotansiyon, dehidratasyon, hipovolemi, baş ağrısı, mide bulantısı ve ajitasyon gibi istenmeyen sonuçlara neden olduğu (Falconer ve ark., 2014; Demirdağ ve Karaöz, 2015; Rızalar ve ark., 2019), uzun süreli açlığın hastanın stresini arttırdığı, uyumunu bozduğu, hospitalizasyonu artırdığı ve hastaların konforunu azalttığı belirtilmektedir (Gök ve Giersbergen, 2018).

Ülkemizde de birçok merkezde, cerrahi kliniklerde halen gece yarısından sonra aç kalma ilkesi benimsenmektedir (Rızalar ve ark., 2019). Dolgun ve ark. (2011), hastaların ameliyat öncesi aç kalma ve sıvı kısıtlama süreleri ile ilgili çalışmalarında; aç kalma ve sıvı kısıtlama sürelerinin ortalama 13,53 st ve 12,21 st olduğunu tespit ederek, açlık sürelerinin uzun olduğunu ifade etmişlerdir.

Özkan ve ark. (2016), hastaların ameliyat öncesi katı ve sıvı kısıtlama saatlerinin 10 saat ve üzerinde olduğunu, kısa besin ve sıvı kısıtlama sürelerinin hastaların anksiyeteleri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını belirtmişlerdir. Çalışmalarında açlık ve susuzluk hissetme düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin de arttığını tespit etmişlerdir.

Çelebi ve Ciğerci (2018), bir cerrahi servisteki hastaların ameliyat öncesi uygulamalarının ameliyat sonrası ERAS protokollerine (Enhanced Recovery After Surgery) uygunluğunu değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada, açlık

sürelerinin 12 saat üzeri, sıvı gıda alımlarının ise ortalama 1000±1500 cc olduğunu saptamışlardır.

Rızalar ve ark. (2019), ameliyat öncesi ve sonrası süreçte hastaların aç kalmaları üzerine yaptıkları bir çalışmada; hastaların ameliyat öncesinde ortalama 14.02+-12.68 st aç, 13.54+-12.76 st susuz kaldıklarını tespit etmişlerdir. Ameliyat sonrasında ise 32.60+-28.5 st aç, 30.67+-27.40 st susuz kaldıklarını tespit etmiştir. Çalışma sonuçlarıyla cerrahi hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası besin ve sıvı kısıtlama sürelerinin önerilenden daha uzun olduğu saptanmıştır.

Ameliyat öncesi dönemde hastalarda sıvı açığının olmaması için uzun süren açlıktan kaçınılmalı ve ameliyattan iki saat öncesine kadar berrak sıvı gıdaların tüketilmesine olanak sağlanmalıdır (Gustafsson ve ark., 2019).

Ülkemizde halen cerrahi servislerde, ameliyat öncesi hastalar gece yarısından sonra aç bırakılmaktadır. Hastaların ameliyata girişinde gecikmeler yaşandığında ya da giriş saati belli olmadığında, hastaların daha uzun süre aç kalmasına neden olmaktadır.

Ameliyat öncesi katı ve sıvı gıda kısıtlamasının temel amacı mide hacmini ve asiditesini azaltmaktır (American Society of Anaesthesiologists, 2011; Dolgun, 2011).

Mide pH'nın 2,5'in altında ve en az 25 ml mide hacmine sahip hastaların aspirasyon riski taşıdığı varsayılmaktadır. Robert ve Shirley'in çalışmaları ile aspire edilen gastrik içeriğin asitlik derecesi yükseldikçe, aspirasyon pnömonisi için gerekli hacmin düştüğünü ileri sürümüşlerdir (Atalay, 2016; Aslanoğlu, 2018).

İlk defa 1833 yılında Beaumont katı ve sıvı gıdaların mideden boşalma sürelerinde değişiklikler olduğunu belirtmiştir (Atalay, 2016). Gastrik boşalma hızı volüm ve içeriğe bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Su gibi sıvı gıdalar mideden çabuk boşalmaktadır (iki saat içinde). Yapılan çalışmalarda su ve benzeri sıvılarda (çay, elma suyu) ameliyattan 2-3 saat öncesine kadar aspirasyon riskini artırmadığı gösterilmiştir. Bu nedenle birçok ülkede, hastalarda uzun süre açlık sonucunda yaşanan problemler belirlenmiş ve ameliyattan 2-3 saat önce berrak sıvı gıdaların alınmasının güvenli olduğu ileri sürülmüştür (Yılmaz, 2009; Aslanoğlu, 2018).

Yağlı içeriklerinden dolayı süt ve sütlü sıvı gılar mideden geç boşalmaktadır. Bu nedenle inek sütü ve mamaların katı gıda gibi değerlendirilmesi, anne sütünün ise ameliyattan 4 saat öncesine kadar alınabileceği belirtilmektedir. Hafif bir kahvaltının (tost ve çay) ameliyattan 6 saat öncesine kadar yapılabileceği önerilmektedir (Yılmaz, 2009).

1.3.1. Yüksek Riskli Hastalarda ve Acil Durumda Beslenme

Gastroözofajiyal reflü, hiatus herni ve morbit obezite hikayesi bulunan hastalarda ameliyat öncesinde belirli ilaçlar (antiasidler, H_2 antagonistleri, proton pompa inhibitörleri) verilerek mide hacmi azaltılıp, pH arttırılarak aspirasyon riski azaltılmaya çalışılmalıdır. Bölgesel anestezi düşünülen hastalarda da genel anesteziye dönme ihtimalinden dolayı benzer uygulamalar yapılmalıdır (Yılmaz, 2009).

Radyolojik, endoskopik, endovasküler işlemler ve kardiyoversiyon gibi işlemler öncesinde açlık süreci cerrahi sürecindeki gibi olmalıdır. Acil durumlarda hasta bazlı karar verilmelidir. Ameliyat ertelenebiliyor ise ertelenmelidir. Ertelenemiyorsa ameliyattan 6 saat önce katı gıda, 2 saat önce sıvı gıda alımı kesilmelidir. Travma, ağrı, korku ve alkol intoksikasyonunda gastrik boşalma süresinin uzayacağı akla gelmelidir. Hastalar uzun süre sıvı gıdadan yoksun bırakılmamalıdır. 6 saatten daha uzun süre sıvı alamayan hastalara glikoz içeren infüzyonlar uygulanmalıdır (Yılmaz, 2009).

Kılavuzlar, gastrik boşalmayı veya sıvı hacmini etkileyebilecek hastalıkları (Hamilelik, obezite, diyabet, hiatal herni, gastroözofageal reflü hastalığı, ileus veya bağırsak tıkanıklığı, acil bakım vs.) olan hastalar için açlık sürelerinin değiştirilebileceğini belirtmektedir.

Ameliyatı planlanan diyabetik hastaların hazırlığı çok iyi yapılıp yakından takip edilmelidirler. ERAS rehberleri ameliyat öncesinde diyabetik hastalarda kan şekeri seviyelerini <200 mg/dl düzeyinde tutulması gerektiğini bildirmişlerdir (Bilgiç, 2019). Rehberler kan şekerleri yüksek hastalarda hipoglisemiyi önlemek için kan şekerlerini düzenli takip etme ve kontrollü insülin tedavisini önermektedir (Nelson ve ark., 2019). Hemşireler hastaları komplikasyonlardan korumak için düzenli ve sık takip etmelidir (Dağıstanlı ve ark., 2018).

Ameliyat öncesi 12 saatlik açlık, karaciğerde glikojen depolarının tükenmesine ve insülin direncinin artmasına neden olmaktadır (Bilgiç, 2019). Cerrahi işlemin yarattığı stres kontr-regülatuvar hormonlarını uyarır. Yetersiz insülin kullanan hastalarda bu hormonlar insülin duyarlığını azaltır ve insülin salgısını baskılar. Bunların sonucunda katabolizma hızlanır, hızla hiperglisemi ve ketozis gelişir. Diyabetik hastaların cerrahi sırasında kan şekeri seviyelerini kontrol altına

tutabilmek için basit ve güvenli protokollerin oluşturulması ve sağlık ekibinin bu protokolleri tamamen biliyor olması gerekmektedir (TEMD, 2014).

1.3.2. Glukoz İnsülin Potasyum (GIK) İnfüzyonu

Cerrahi sırasında, tip 1 ve tip 2 (insulin kullanan) diyabetli hastalara insülin ve glukoz sürekli infüzyon halinde verilmelidir. İnfüzyon işlem sırasında oluşabilecek metabolik bozuklukları azaltıp, cerrahi başarısını yükseltmektedir. Hipopotasemiden kaçınmak adına glukoz-insülin-potasyum (GIK) infüzyonu şeklinde vermek daha uygundur. Tüm Tip 1 diyabetli hastalarda ve majör cerrahi olacak tip 2 diyabetli hastalarda GIK infüzyonu uygulanmalıdır (TEMD, 2014).

GIK infüzyonu; 500 cc %5 dekstroz içine 10 ünite kısa etkili insülin ve 10 mmol (%7.5'luk) potasyum eklenerek hazırlanır. İnfüzyon ameliyat günü saat 08:00-09:00'da 100 cc/st hızında gönderilir. İnfüzyon 5 saatte bir değiştirilip yenilenmelidir. Kan şekeri seviyeleri 1-2 saat aralıklarla ölçülür ve 100-125 mg/dl olacak şekilde infüzyon hızı ayarlanır. Kan şekeri seviyeleri <80 mg/dl olduğunda infüzyona 2 saat ara verilir. Hasta ağızdan beslenene kadar infüzyonuna devam edilir. Sonraki süreçte hastanın rutin tedavisine devam edilir. İnfüzyona 24 saatten uzun süre devam edilirse sodyum ve potasyum değerleri takip edilmelidir (TEMD, 2014).

Glikoz infüzyonu uygulanan hastarda daha az nitrojen kayıpları olduğu belirlenmiştir. İnfüzyon uygulaması için bu konuda bilgili bir ekibe ve yakın kan şekeri takiplerine ihtiyaç duyulmaktadır. Karbonhidrat içeren sıvıların oral yolla alınması bu ihtiyacı ortadan kaldıracaktır. Bu nedenle araştırmacılar ilerleyen yıllarda mideden çok kısa zamanda boşalacak ve insülin salgısını uyaracak karbonhidrattan zengin içecek yapmaya yönelmişlerdir (Aslanoğlu, 2018).

1.3.3. Ameliyat Öncesi Oral Karbonhidrat İle Beslenme

Cerrahi girişim, hastalarda birçok olumsuz sonuçlara neden olabilen bir stres faktörüdür. Strese karşı vücut metabolizma hızını yükselterek, nitrojen depolarını kullanır ve negatif azot dengesi oluşur. Protein sentezinde ve glikoneogenezde artış meydana gelir. Bu nedenle hastalarda ameliyat sürecinde yeterli ve doğru beslenme ile katabolik durumu ortadan kaldırılabilir. Böylece mortalite oranı azaltılabilir (Çelebi ve Yılmaz, 2019).

Hastalara, ameliyat öncesi karbonhidratlı sıvı gıda verilerek metabolik tokluk oluşturulmaktadır. Karbonhidratlı sıvı gıda ameliyattan önceki gün gece yarısına kadar 800 ml içirilmeli, ameliyattan 2-3 st öncesinde de 400 ml içirilmesi tavsiye edilmektedir (Dağıstanlı ve ark., 2018; ERAS Türkiye Derneği, 2019; Gustafsson ve ark., 2019).

Hastalarda 12 saat gibi uzun süren açlık sonucunda, karaciğerde glikojen depoları tükenip insülin direnci artmaktadır (Bilgiç, 2019).

Uzun süre aç kalmak yerine metabolizmanın karbonhidrattan zengin sıvılarla hazırlanması, insülin direnci gelişmesini önleyebilmektedir (Abola ve Gan, 2017; Dağıstanlı ve ark., 2018). Karbonhidrattan zengin sıvı gıdalar ile, azot kaybı azalır, kas kütlesi ve gücü artar, hospitalizasyon süresi ve mortalite azalır (Tuna ve Kurşun, 2018; Aslanoğlu, 2018). Çalışma sonuçları hastalara karbonhidrattan zengin sıvı gıda verilmesinin açlık, susuzluk ve ağız kuruluğu hissini azalttığı göstermiştir. Aynı zamanda insülin direnci gelişimini düşürdüğü, bulantı-kusmayı ve kas zayıflığını azalttığı, bağırsak hareketlerinin erken başlamasını sağladığı tespit edilmiştir (Abola ve Gan, 2017; Dağıstanlı, 2018; Nelson ve ark., 2019; Noba ve Wakefield, 2019).

ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) 2009 yılında yayınladığı rehberinde, gece 24 ten sonra aç kalmak yerine ameliyat öncesi karbonhidrattan zengin içecek alımının yararlı ve tavsiye edilebilir olduğunu belirtmektedir (Çakır ve ark., 2018).

1.4. Ameliyat Öncesi Beslenme İle İlgili Rehberler

1994 yılından bu yana, birçok ülkede profesyonel gruplar, ameliyat öncesi açlık sürelerine yönelik çeşitli rehberler yayınlamışlardır. Bu rehberler; elektif cerrahide, ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvıların, 6 saat öncesine kadar da katı gıdaların alınabileceğini yayınlamışlardır (Demirdağ, 2015).

Tablo 1.1. Ameliyat Öncesi Beslenme ile ilgili Rehberler

Rehber Adı	Gıda Çeşitleri	Minimum Açlık
İngiliz Kraliyet Hemşirelik Koleji (The Royal College of Nursing-RCN) 2005	Berrak sıvı gıdalar Katı gıdalar, süt ve süt ürünü içeren gıdalar	2 saat öncesinde 6 saat öncesinde
Avrupa Anestezi Birliği (European Society of Anaesthesiology-ESA-members) 2011 Rehberi	Berrak sıvı gıdalar Anne sütü Katı gıdalar Karbonhidrattan zengin gıdalar	2 saat öncesinde 4 saat öncesinde 6 saat öncesinde 2 saat öncesinde
Amerikan Anestezi Birliği (American Society of Anaesthesiologists - ASA) 2011-2017 Rehberi	Berrak sıvı gıdalar Katı gıdalar, süt ve süt içeren içecekler, mamalar ve posalı meyve suları ve hafif kahvaltı (tost (yağdan fakir içerikli) ve çay, su, kahve) Anne sütü	2 saat öncesinde 6 saat öncesinde 4 saat öncesinde
Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) 2015	Berrak sıvı gıdalar Katı gıdalar Anne sütü Mama ve hafif yiyecekler Yağlı ve kızarmış yiyecekleri	2 saat öncesinde 6 saat öncesinde 4 saat öncesinde 6 saat öncesinde 8 saat öncesinde
Avustralya ve Yeni Zelanda Anestezist Koleji (Australian and New Zealand College of Anaesthetists-ANZCA) 2016	Berrak sıvı gıdalar Katı gıdalar Karbonhidrattan zengin gıdalar	2 saat öncesinde 6 saat öncesinde 2 saat öncesinde
Avrupa Parenteral ve Enteral Nütrisyon Ulusal Toplulukları (European Parenteral and Enteral Nutrition National Societies-ESPEN) 2017	Karbonhidrattan zengin gıdalar	2 saat öncesinde
Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri (Enhanced Recovery After Surgery- ERAS veya Fast Track Surgery-FTS)	Berrak sıvı gıdalar Anne sütü Katı gıdalar Karbonhidrattan zengin gıdalar	2 saat öncesinde 4 saat öncesinde 6 saat öncesinde 2-3 saat öncesinde

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

İngiliz Kraliyet Hemşirelik Koleji 2005 yılında ameliyat öncesi açlık süresini sağlıklı yetişkinler, sağlıklı çocuklar, yüksek riskli bireyler ve elektif işlem hastaları olarak gruplandırmıştır (Çakır ve ark., 2018). Ameliyattan 2 saat öncesine kadar

berrak sıvı gıdaların alımının mide hacim ve pH değerini etkilemediğini belirtmiştir. Kısa açlık süresinin bulantı kusmayı azalttığı ve hasta konforunu arttırdığı bildirmiştir. Ameliyattan 6 saat öncesinde katı gıdalar, süt ve süt ürünü içeren gıdaların tüketilebileceğini belirtmektedir (Gök ve Giersbergen, 2018).

1.4.2. Avrupa Anestezi Birliği (European Society of Anaesthesiology-ESA-members) 2011 Rehberi

2011 yılında European Society of Anaesthesiology-ESA yetişkin ve çocuklarda ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvı gıdaların, 4 saat öncesine kadar anne sütünün, 6 saat öncesine kadar da katı gıdaların tüketilebileceğini bildirmiştir (Atalay, 2016; Kafrouni ve ark., 2018; Javillier ve ark, 2020). Diyabetik hastalarda dahil tüm hastalarda, açlık ve susuzluk hissini azalttığı, konforu yükselttiği ve insülin direnci gelişimini düşürdüğü için karbonhidrattan zengin gıdaların planlı cerrahiden 2 saat öncesine kadar alınabileceğini bildirmiştir (Gök ve Giersbergen, 2018). ESA, önerilerin hepsinin bütün hastalara, şişmanlar, reflü problemi olanlar, şeker hastaları ve gebe kadınlar için bile uygulanabileceğini belirtmiştir (Atalay, 2016). Sakız çiğnenmesi, şeker yenmesi veya sigara tüketilmesi halinde ameliyatlarda iptal veya ertelenmenin olmayacağını belirtmiştir (Gök ve Giersbergen, 2018).

1.4.3. Amerikan Anestezi Birliği (American Society of Anaesthesiologists - ASA) 2011-2017 Rehberi

ASA 1996-1999 tarihleri arasında besin ve sıvı kısıtlaması ile ilgili, insanlar üzerinde uygulanmış çalışmaları incelemiş ve 1999 tarihinde tüm yaş gruplarını içine alan, ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlaması kılavuzunu yayınlamıştır. Belirli aralıklarla bu kılavuzlar tekrar yenilenmiştir (ASA, 2011; Atalay, 2016). Talimatlar hastanın yaşına ve yenilen yemek çeşidine göre farklılıklar göstermektedir.

ASA 2011-2017 rehberindeki talimatlara göre, ameliyattan 2 saat öncesinde berrak sıvı gıdaların, 6 saat öncesinde katı gıdaların alımının durdurulmasının yeterli olduğu belirtilmektedir (Campos ve ark., 2018).

Rehber su, posasız meyve suları, siyah çay ve kahveyi berrak sıvı olarak kabul etmektedir. Ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvıların (su, posasız meyve suyu, açık çay, katkısız kahve) tüketilebileceği belirtilmiştir (Aslanoğlu, 2018). Midede kesildiği için süt ve süt içeren içecekler ameliyattan 6 saat öncesinde

kesilmelidir. Alkollü içecekler gastrik boşalmayı geciktireceklerinden dolayı 24 saat öncesine bırakılması gerekir (Aslanoğlu, 2018; Gök ve Giersbergen, 2018). Anne sütü ile beslenen bebekler ameliyattan 4 saat öncesine kadar beslenmelidir. Mamalar ve posalı meyve suları ameliyattan 6 saat öncesine kadar tüketilebilmektedir. Hafif bir yemeğin (tost (yağdan fakir içerikli) ve çay, su, kahve) ameliyattan 6 saat öncesinde alınabileceği belirtilmektedir (ASA, 2011; Tunay, 2019; Javillier ve ark, 2020).

1.4.4. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) 2015

2015'te yayınladığı kılavuzda, ameliyat öncesi berrak sıvıları 2 saat ve katı gıdaları 6 saat öncesinde tüketilmesini önermiştir. Anne sütünü 4 saat, mama ve hafif yiyecekleri 6 saat, yağlı ve kızarmış yiyecekleri 8 saat öncesinde yenilmesinin yeterli olduğunu bildirmiştir (TARD, 2015; Gök ve Giersbergen, 2018).

1.4.5. Avustralya ve Yeni Zelanda Anestezist Koleji (Australian and New Zealand College of Anaesthetists-ANZCA) 2016

Ameliyat sonrası gastrointestinal fonksiyonlarını ve hasta konforunu kötü etkilediği için, ameliyat öncesi sıvı kısıtlamasının 6 saati geçmemesi, 2 saatlik açlığın yeterli olduğu belirtmiştir. Karbonhidrat içeren sıvıların işlemden iki saat önce alınmasının risk taşımadığını, çocukların 200 cc, yetişkinlerin 400 cc'ye kadar berrak sıvı alabileceklerini bildirmektedir (ANZCA, 2016; Gök ve Giersbergen, 2018).

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

ESPEN 2017 yılında, karbonhidratlı içeceklerin tüketilmesinin anksiyete ve insülin direncini azalttığını, ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırdığını ve hastanede kalış süresini kısalttığını belirtmektedir (Çakır ve ark., 2018). Karbonhidratlı içeceklerin ameliyattan 2 saat öncesinde alınmasını, komplikasyonların önlenmesi için ameliyat öncesi uzun süreli açlıktan kaçınılması gerektiğini önermektedir (Gök ve Giersbergen, 2018).

1.4.7. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri (Enhanced Recovery After Surgery- ERAS veya Fast Track Surgery-FTS)

ERAS, (Cerrahi Sonrası İyileşmeyi Hızlandırma), cerrahi stresi azaltarak, cerrahi sonrası iyileşmeyi hızlandırmak ve ameliyat sonrası erken mobilizasyonu sağlamak amacıyla oluşturulan, perioperatif bakım protokollerini içeren kanıta dayalı uygulamalardır. Amerika'da ERAS yerine Fast Track Surgery- FTS (Hızlandırılmış Süreç) terimi de kullanılmaktadır (Dağıstanlı, 2018; Birikbaş ve Bölükbaş, 2019). Bu protokollerin temel hedefi, cerrahi travma sonrası oluşan metabolik stresi azaltmak, fonksiyonların en kısa sürede normale dönmesini sağlamak, hastaların günlük yaşam aktivitelerine dönmelerini kısaltmaktır (Birikbaş ve Bölükbaş, 2019). Cerrahi kliniklerde perioperatif hasta bakım standartlarının yükseltilmesi amacıyla 21 ayrı öğeyi içeren müdahaleleri kapsamaktadır (Tablo 1). Bu protokoller ile cerrahi sonrası iyileşmenin hızlanabileceğini, morbidite ve mortalitenin azaltılabileceğini göstermiştir (Çilingir ve Candaş, 2017; Polat, 2018; Çelebi ve Ciğerci, 2018; Birikbaş ve Bölükbaş, 2019).

Ameliyat öncesi protokollerde beslenme ile ilgili öğeler; hastanın bilgilendirilmesi, mekanik bağırsak temizliği, ameliyat öncesi aç bırakma, ameliyat öncesi oral karbonhidrat yüklenmesi ve beslenme durumunun değerlendirilmesini içermektedir.

1.4.7.1. Hastanın Bilgilendirilmesi

Ameliyat öncesi dönemde hastaların neler yaşayacaklarını bilmedikleri için korku ve kaygıları olabilmektedir. Bu nedenle hastaların ameliyat öncesi sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmesi önem taşımaktadır. Hastalara ameliyat öncesi hazırlık, hastanede kalacağı süre, oral gıda alımı, ağrı gibi bilgiler anlatılmalıdır (Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019).

1.4.7.2. Ameliyat Öncesi Mekanik Bağırsak Temizliği

Kolon cerrahisi öncesi bağırsak temizliği uzun yıllardır geleneksel olarak uygulanmaktadır. Hastalar için son derece zor ve rahatsızlık yaratan bu uygulama son yıllarda yerini oral solüsyonlara bırakmıştır. Yakın geçmişte yapılan çalışmalarda, mekanik bağırsak temizliğinin rutin olarak kullanılmamasını, anastomoz kaçaklarını önleyici bir etkisinin olmadığı aksine bu riski daha da artırdığı, özellikle yaşlı hastalarda ciddi sıvı elektrolit dengesizliğine neden olduğu

ortaya konulmuştur. Bu nedenle intraoperatif kolonoskopi gereken hastalar dışında bağırsak temizliği önerilmemektedir (Kabataş ve Özbayır, 2016; Dağıstanlı ve ark., 2018).

1.4.7.3. Ameliyat Öncesi Açlık ve Karbonhidrat

Elektif cerrahi girişim öncesinde hastanın gece yarısından başlayarak oral katı ve sıvı gıda alımının kesilmesinin amacı pulmoner aspirasyon riskini azaltmaktır. Bu uygulamanın son yıllarda iyilik halinde azalma ve insülin direncinde artma gibi metabolik olumsuzluklara neden olduğu yayınlanmıştır. Çalışmalar, ameliyattan iki saat önce sıvı gıdaların, altı saat önce de katı gıdaların tüketilebileceğini belirtmiştir. Hastalara, ameliyat öncesi karbonhidratlı sıvı gıda verilerek metabolik tokluk oluşturulmaktadır. Karbonhidratlı sıvı gıda ameliyattan önceki gün gece yarısına kadar 800 ml içirilmeli, ameliyattan 2-3 st öncesinde de 400 ml içirilmesi tavsiye edilmektedir (Dağıstanlı ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019).

1.4.7.4. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Büyük bir cerrahi planı olan her hastalanın beslenme durumu mutlaka gözden geçirilmelidir. Hastanın beslenme yetersizliği veya riski varsa beslenme desteği sağlanmalıdır. Beslenme durumu değerlendirirken subjektif global değerlendirme (SGD) ve nutrisyonel risk skoru (NRS-2002) değerlendirmeleri kullanılabilir. Beden kitle indeksine de bakılabilir. SGD veya NRS-2002 puanı 3'ten fazla olan hastalara preop beslenme desteği planlanmalıdır. Beslenme desteği uzman ekipler tarafından düzenlenmeli ve ameliyat belirli bir süre (ortalama 7-10 gün) ertelenmelidir (Kabataş ve Özbayır, 2016; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019).

ERAS rehberinde ameliyat öncesi açlık süresi, sıvı gıdalar için 2 saat, katı gıdalar için 6 saat önerilmiştir (Campos ve ark., 2018; Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019). Cerrahi işlem geçirecek olan hastalara, metabolik tokluk halinin oluşturulması için, ameliyattan önceki gece yarısına kadar 800 ml, 2-3 saat öncesinde de 400 ml, karbonhidrattan zengin sıvı gıda verilmesi önerilmektedir (Birlikbaş ve Bölükbaş, 2019; ERAS Türkiye Derneği, 2019).

ERAS protokollerinin uygulanması ile hastanın stresinin azaltılmasında, cerrahi alan infeksiyonlarının azaltılmasında, ameliyat öncesi ve sonrası beslenmesinde, erken mobilize olmasında ve erken rehabilitasyon için psikolojik

destek sağlanmasında hemşirelik bakımı önemli rol oynamaktadır (Kabataş ve Özbayır, 2016).

Tablo 1.2. ERAS protokolü öğeleri

Ameliyat Öncesi	**Ameliyat Sırası**	**Ameliyat Sonrası**
Hastanın bilgilendirilmesi	Ameliyat sırası hipoterminin önlenmesi	Üriner kateter
Ameliyat öncesi mekanik bağırsak temizliği yapılmaması	Midtorakal epidural analjezi	Ameliyat sonrası narkotik olmayan analjezik kullanımı
Ameliyat öncesi aç bırakmama	Kısa etkili anestezi protokolü	Kan şekeri yönetimi
Ameliyat öncesi oral karbonhidrat yüklemesi	Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın multimodal yönetimi	Gastrointestinal motilitenin uyarılması
Beslenme durumunun değerlendirilmesi	Perioperatif sıvı yönetimi	Erken beslenme, gerekirse erken enteral nutrisyon
Ameliyat öncesi optimizasyon	Drensiz cerrahi	Erken mobilizasyon
Prehabilitasyon	Laparoskopik ve robotik cerrahi	Erken taburculuk kriterleri
Premedikasyon yapılmaması	Nazogastrik sondanın kullanımı	Takip ve sonuçların denetimi
Tromboemboli proflaksisi		
Antimikrobial proflaksi		

Kaynak: Birikbaş ve Bölükbaş, 2019

1.5. Hemşirelerin Güncel ve Bilimsel Uygulamalardaki Rolü

Cerrahi hemşireliği, cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası, hastanın güvenli bir ortamda rahatının ve sağlığının kazanılmasını sağlama, fiziksel, ruhsal, sosyokültürel gereksinimlerini temel alan bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimlerini uygulamak üzere, biyolojik ve davranış bilimlerinden yararlanarak bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini gerçekleştiren bir hemşirelik dalı olarak tanımlanır (Aksoy ve ark., 2017).

Cerrahi hemşiresinin temel görevi, cerrahinin her aşamasında hasta ve ailesinin ihtiyacı olan bakımı sağlayarak, en kısa sürede normal hayatlarına geri dönmelerini sağlamaktır. Hemşireler hastalara bütüncül bir yaklaşım ile bakım vermeyi planlamalı ve bu bakımı bilimsel temeller üzerinden yürütmelidir (Demirdağ ve Karaöz, 2015). Hastaların ameliyat öncesinde açlık süresini doğru yönetmek,

bilimsel verileri uygulamak ve oluşabilecek komplikasyonları önlemek hemşirelerin temel sorumluluklarındandır.

Cerrahi ortamın yapısı, hızlı kararlar almayı ve yaşamı tehdit eden faktörler nedeniyle hemşirelerin güvenli, etkili ve kaliteli bakım vermelerini gerektirir (Bilgiç, 2019). Hemşireler, bütüncül hasta bakımı verirken beslenme konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Hastanın beslenmesini takip etmeli, gereksinimlerini ve risklerini saptamalı, yeterli besin alınamadığında çözüm üreterek hastaları beslenme yetersizliğinden korumalıdır (Karasu ve Özşaker, 2019). Bu nedenle hemşirelerin bilgilerinin değerlendirilmesi ve bu bilgilerin tutumlara ne kadar dönüştürüldüğünün araştırılması hastaya verilecek bakımın kalitesini artırmak için önemlidir.

Teknoloji ve tıbbın gelişimi, artan talepler ve yapılan tıbbi hatalar hemşirelik uygulamalarında bilimsel yöntemlerin yaygınlaşması gerektiğini göstermiştir. Hemşirelerin hasta bakım kalitesini arttırmak, güvenli, standart ve nitelikli bakım verilmesini sağlamak, klinik kararları desteklemek için elde edilebilen en iyi kanıtları kullanması gerekmektedir (Aktaş, 2018; Bilgiç, 2019). Hemşirelikte profesyonelleşmek, bilimi ve bilimsel yöntemleri anlamak ve bunları uygulamalarına yansıtmaktır. Hemşirelikte bilimsel yöntem kullanılarak yapılan araştırmalar ile gelecekte kendi bilgisini üreten, bilginin bilimsel değeri ve kullanımı konusunda daha fazla sorumluluk alan hemşirelerin sayıları artmış olacaktır (Çopur, 2015).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi açlık sürelerine ilişkin tutumlarının ve bilgi düzeylerinin belirlenerek hemşirelik bakım kalitesinin artırılması ve araştırmanın yapıldığı hastanede çalışanlar için bir rehber olabilmesi amacı ile tanımlayıcı türde planlanıp gerçekleştirildi. Araştırmada şu sorulara yanıt arandı;

1. Cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgileri nasıldır?
2. Cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutumları nasıldır?
3. Cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi ve tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
4. Cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi ve tutumları arasında ilişki var mıdır?

2.2. Araştımanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Adana'da bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastane 1120 yatak kapasiteli, 11 yoğun bakım, 38 servis, 46 poliklinik, 20 odalı ameliyathane, çocuk ve yetişkin acil ile hizmet vermektedir. Hastanede toplam 814 hemşire çalışmaktadır. Cerrahi servisler 348 yatak, genel cerrahi yoğun bakım 20 yatak, beyin cerrahi yoğun bakım 17 yatak, reanimasyon 9 yatak, kalp damar cerrahi yoğun bakım 10 yatak kapasitesine sahiptir. Araştırma, hastanedeki üroloji, reanimasyon (cerrahi girişim yapılan) yoğun bakım, plastik cerrahi, ortopedi, organ nakli, kalp damar cerrahi yoğun bakım, kalp damar cerrahi, kadın hastalıkları jinekoloji, kadın doğum obstetri, KBB, göz, göğüs cerrahi, genel cerrahi, genel cerrahi yoğun bakım, çocuk cerrahi, beyin cerrahi, beyin cerrahi yoğun bakım ve ameliyathane kliniklerinde çalışan hemşirelere, etik kurul onamı ve kurum izni alındıktan sonra Ağustos – Ekim 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Adana'da bir üniversite hastanesinde cerrahi kliniklerde çalışan 263 hemşire araştırmanın evrenini, çalışmaya gönüllü olarak katılan 214 hemşire ise örneklemi oluşturmuştur. Araştırmamızda örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma; üroloji servisi (8 hemşire), reanimasyon (10 hemşire), plastik cerrahi (7 hemşire), ortopedi (7 hemşire), organ nakli (6 hemşire), kalp damar cerrahi yoğun bakım (9 hemşire), kadın hastalıkları servisi (7 hemşire), kadın doğum obstetri servisi (13 hemşire), kalp damar cerrahi servisi (6 hemşire), kulak burun boğaz servisi (8 hemşire), göz servisi (10 hemşire), göğüs cerrahi servisi (4 hemşire), günlük hasta servisi (5 hemşire), genel cerrahi 1 servisi (9 hemşire), genel cerrahi 2 servisi (11 hemşire), genel cerrahi yoğun bakım (17 hemşire), çocuk cerrahi servisi (6 hemşire), beyin cerrahi servisi (8 hemşire), beyin cerrahi yoğun bakım (19 hemşire) ve ameliyathane (44 hemşire) kliniklerinde çalışan 214 hemşire ile yürütülmüştür.

2.4. Araştırmaya Kabul Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul edenler, Ağustos-Ekim 2020 tarihleri arasında çalışan hemşireler ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler araştırmamızın kabul edilme kriterlerini, araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler, izinli ve raporlular, cerrahi klinikler dışında çalışan hemşireler de araştırmamızın dışlanma kriterlerini oluşturmaktadır.

2.5. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan ve üç bölümden oluşan soru formu (Ek-4) kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak (Dolgun ve ark., 2011; Demirdağ ve Karaöz, 2015; Atalay, 2016; Aslanoğlu, 2018; Çakır ve ark., 2018; Gök, 2018; Dağıstanlı ve ark., 2018; Bölükbaş ve Birlikbaş, 2019; Çelebi ve Yılmaz, 2019), sosyodemografik ve mesleki özellikleri içeren 14 soru, ameliyat öncesi açlık süresine yönelik bilgi düzeyi ve tutumlarını içeren 12 soru olmak üzere toplamda 26 soru içeren bir form hazırlanmıştır.

Veri toplama formu alanında uzman 10 kişiye gönderilerek uzman görüşlerine başvurulmuştur. Uzman görüşleri sonucunda veri toplama formu yeniden düzenlenmiş; sosyodemografik ve mesleki özellikleri içeren 14 soru, hemşirelerin

ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik 17 soru ve hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutum düzeylerini ölçmeye yönelik 16 soru olmak üzere toplam 47 sorudan oluşan anket formu oluşturulmuştur.

Veriler araştırmacı tarafından hemşirelerle bire bir ve yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama formunun doldurulması ve yanıtlanması yaklaşık on dakikalık sürede gerçekleşmiştir.

Veri toplama formunda ameliyat öncesi açlık süresine yönelik bilgi düzeyi 17, ameliyat öncesi açlık süresine yönelik tutum düzeyini değerlendiren 16 soru yer almaktadır. Ameliyat öncesi açlık süresine yönelik tutum soruları 'Doğru' yanıtlanan sorulara '1 puan' ve 'Yanlış' şeklinde yanıtlanan sorulara ise '0' puan verilerek hesaplandı. Hemşirelerin verdikleri yanıtlar doğrultusunda bilgi düzeyleri en düşük 0, en yüksek 17 puan, tutum düzeyleri en düşük 0, en yüksek 16 puan alacak şekilde değerlendirilmiştir. Hemşirelere yöneltilen ameliyat öncesi açlık süresine yönelik bilgi ve tutum düzeyi sorularına ait 'doğru yanıtlar' Tablo 3.4 ve Tablo 3.6'da gösterilmiştir.

Araştırma kapsamında kullanılan ameliyat öncesi açlık süresine yönelik bilgi ve tutum değerlendirme formlarına ilişkin ölçeklerin güvenirlik değerleri Tablo 3.8'de incelenmiştir.

2.6. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak özetlenmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testleri) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen parametrelerde ikili gruplarda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda ise Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İkiden fazla gruplarda elde edilen farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla Post Hoc analizlerinden Bonferroni yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Hemşirelerin bilgi ve tutuma yönelik ölçek skorları ile diğer parametreler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Çoklu regresyon modeli kullanılarak etkileri incelenmiştir. Sürekli ölçümler arasındaki ilişkiyi

belirlemede Spearman Korelasyon Analizine başvurulmuştur. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

2.7. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülmesi için araştırmaya başlamadan önce gerekli kurum izni ve etik izinleri alınmıştır (06.12.2019-Sayı:94) (Ek-1) ve (03.01.2020-E.200) (Ek2). Araştırmaya katılan her hemşireden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır (Ek-5).

3. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen veriler, hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, hemşirelerin açlık süresine ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri, hemşirelerin bilgi ve tutum düzeylerinin değişkenler arasındaki farklılıklarını içeren bulgular şeklinde incelenmiştir.

3.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklere Ait Bulguları

Çalışma kapsamında yer alan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 3.1'de özetlenmiştir.

Tablo 3.1. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (N=214)

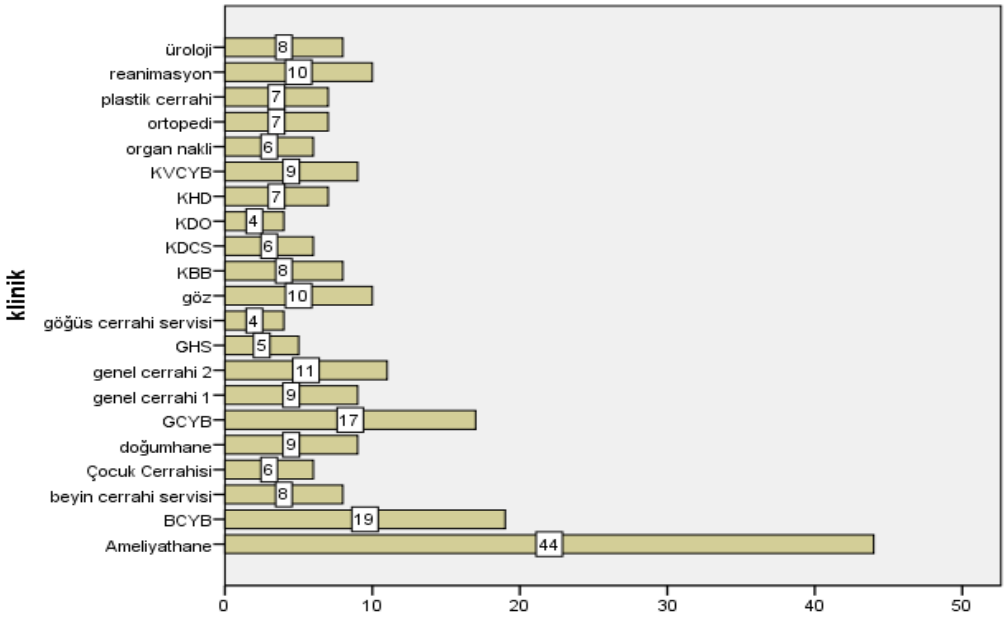
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Cinsiyet	**Kadın**	**172**	**80,4**
	Erkek	42	19,6
Medeni durum	**Evli**	**121**	**56,5**
	Bekar	93	43,5
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	44	20,6
	Önlisans	15	7,0
	Lisans	**136**	**63,6**
	Yüksek lisans ve üzeri	19	8,8
		Ort±ss	**Med (Min-Maks)**
Yaş ortalaması		**31,56±7,21**	**30 (21-54)**

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında; çalışmaya dahil edilen hemşirelerin %80,4'ünün (n:172) kadın, %56,5'inin (n:121) evli, %63,6'sının (n:136) lisans mezunu olduğu gözlenirken, hemşirelerin yaş ortalamalarının 31,56±7,21 (Med: 30, 21-54) yıl olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.2. Hemşirelerin mesleki özellikleri (n=214)

		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Pozisyon	**Servis hemşiresi**	**129**	**60,3**
	Sorumlu hemşire	13	6,1
	Ameliyathane hemşiresi	44	20,6
	Diğer	28	13,1
Toplam çalışma yılı	0-1 yıl	24	11,2
	2-5 yıl	46	21,5
	6-10 yıl	**70**	**32,7**
	11-15 yıl	36	16,8
	16 yıl ve üzeri	38	17,8
Çalıştığınız klinikte çalışma süresi	0-1 yıl	47	22,0
	2-5 yıl	56	26,2
	6-10 yıl	**70**	**32,7**
	11-15 yıl	26	12,1
	16 yıl ve üzeri	15	7,0
Klinik grup	**Cerrahi Servis**	**114**	**53,3**
	Yoğun bakım	56	26,2
	Ameliyathane	44	20,6

Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında; %60,3'ünün (n:129) servis hemşiresi olarak çalıştıkları, %32,7'sinin (n:70) toplam çalışma sürelerinin 6-10 yıl arası olduğu, %32,7'sinin (n:70) çalıştıkları klinikteki çalışma sürelerinin 6-10 yıl arası olduğu, %53,3'ünün (n:114) cerrahi servislerde görev aldıkları saptanmıştır.



Şekil 1.1. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin dağılımları

Tablo 3.3. Hemşirelerin açlık sürelerine ilişkin eğitim alma ve protokole uyma durumlarının dağılımı (n=214)

		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim alma durumu	**Evet**	**160**	**74,8**
	Hayır	54	25,2
Eğitim kanalları/kaynakları	**Hizmet içi eğitim**	**98**	**61,2**
	Dergiler/makaleler	4	2,5
	Meslektaşlar	51	31,9
	İnternet	1	0,6
	Kongre/sempozyum/panel	6	3,8
Protokole uyma durumları			
Hastalara ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili bilgi verme	**Evet**	**185**	**86,5**
	Hayır	12	5,6
	Bilmiyorum	17	7,9
Hastalara ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili bilgi kim tarafından veriliyor?	Hemşire	28	13,1
	Hekim	22	10,3
	Hekim+hemşire	**147**	**68,7**
	Verilmiyor	17	7,9
Ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili uygulanan bir protokol var mı?	**Evet**	**133**	**62,1**
	Hayır	29	13,6
	Bilmiyorum	52	24,3
Ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili ptorokol etkin şekilde uygulanıyor mu?	**Evet**	**142**	**66,4**
	Hayır	19	8,9
	Bilmiyorum	53	24,8

Hemşirelerin açlık sürelerine ilişkin eğitim alma ve protokol uygulama durumlarına bakıldığında; %74,8'i (n:160) ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim aldığını ve bu eğitimi %61,2'sinin (n:98) hizmet içi eğitimden, %31,9'unun (n:51) da meslektaşlarından aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin %86,5'i (n:185) hastalara ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili bilgi verildiğini ve bu bilginin %68,7'si (n:147) hekim ve hemşire tarafından verildiğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin %62,1'i (n:133) çalıştıkları kurum/bölümde açlık süreleri ile ilgili uygulanan bir protokolün olduğunu ve %66,4'ü (n:142) bu protokolü uyguladıklarını belirtmişlerdir.

3.2. Ameliyat Öncesi Açlık Sürelerine Yönelik Bilgi Sorularının İncelenmesi

Hemşirelere yöneltilen ameliyat öncesi açlık sürelerine yönelik bilgi sorularını doğru yanıtlama oranları Tablo 3.4'te gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %94,9'u "ameliyat öncesi hastalarda oral alım kısıtlamasının en önemli nedeni nedir?", %90,7'si "ameliyat öncesi uzun süren açlık sonucunda hangisi görülmez?", %66,4'ü "beslenme desteğinin sağlanamaması sonucu hangisi görülmez?", %78,0'i "ameliyat sabahı oral ilaçlarını alabilirler mi?", %64,5'i "ameliyat öncesi beslenme protokollerinin uygulanması komplikasyon riskini azaltır mı?", %66,4'ü "ameliyat öncesi hastalara karbonhidratlı sıvı verilmesinin etkileri nelerdir?" ve %52,3'ü "Aşağıdakilerden hangisi ERAS protokolünü uygulamanın avantajlarından biri değildir?" sorularına doğru cevaplar vermişlerdir.

Hemşirelerin %70,6'sı "ameliyat öncesi kaç saate kadar katı gıda alabilir?", %77,1'i "ameliyat öncesi kaç saate kadar berrak sıvı gıda alabilir?", %72,9'u "ameliyat öncesi kaç saate kadar inek sütü alabilir?", %89,7'si "gece yarısından sonra oral alımın durdurulması konusundaki düşünceleriniz?", %84,1'i "anesteziden iki saat önce berrak sıvı gıda verilmesi aspirasyon riskini artırır mı?", %74,3'ü "ameliyata alınması geciken hastalara oral sıvı desteği sağlanmalı mıdır?", %57,0'si "ameliyat öncesi karbonhidratlı sıvı gıda verilmesi vb. gibi yaklaşımlar hastalarda uygulanmalı mıdır?", %67,3'ü "GİK infüzyon protokolünü duydunuz mu?", %76,2'si "ERAS protokolünü duydunuz mu?" ve %86,0'sı "karbonhidrattan zengin sıvı gıda ameliyattan kaç saat önce verilebilir?" sorularına yanlış cevap vermişlerdir.

Hemşirelere yöneltilen ameliyat öncesi açlık sürelerine yönelik bilgi sorularının yanıtları Tablo 3.5'te özetlenmiştir.

Tablo 3.4. Ameliyat öncesi açlık sürelerine yönelik bilgi sorularını doğru yanıtlama oranları (n=214)

	Yanlış	**Doğru**
	n(%)	**n(%)**
1. Ameliyat öncesi hastalarda oral alım kısıtlamasının en önemli nedeni nedir?	11 (5,1)	**203 (94,9)**
2. Ameliyat öncesi hastalar kaç saate kadar katı gıda alabilirler?	151 (70,6)	63 (29,4)
3. Ameliyat öncesi hastalar kaç saate kadar berrak sıvı gıda (su, açık çay, berrak meyve suyu vs.) alabilirler?	165 (77,1)	49 (22,9)
4. Ameliyat öncesi hastalar kaç saate kadar inek sütü alabilirler?	156 (72,9)	58 (27,1)
5. Hastaların ameliyat öncesi gece yarısından sonra ağızdan alımının durdurulması konusunda ne düşünüyorsunuz?	192 (89,7)	22 (10,3)
6. Hastalara anesteziden 2 saat önce berrak sıvı gıda (su, açık çay, berrak meyve suyu vs.) verilmesi aspirasyon riskini arttırır mı?	180 (84,1)	34 (15,9)
7. Ameliyata alınması geciken hastalara oral sıvı desteği sağlanmalı mıdır?	159 (74,3)	55 (25,7)
8. Hastalarda ameliyat öncesi uzun süren açlık sonucunda aşağıdakilerden hangisi görülmez?	20 (9,3)	**194 (90,7)**
9. Cerrahi girişim yapılacak hastalarda beslenme desteğinin sağlanamaması sonucu aşağıdakilerden hangisi görülmez?	72 (33,6)	**142 (66,4)**
10. Ameliyat sabahı hastalar bazı gerekli oral ilaçlarını alabilirler mi?	47 (22,0)	**167 (78,0)**
11. Ameliyat öncesi (karbondihratlı sıvı gıda verilmesi, ameliyattan dört saat önce anne sütü verilebilmesi vb). gibi yaklaşımlar hastalarda uygulanmalı mıdır?	122 (57,0)	92 (43,0)
12. Ameliyat öncesi diyabetik hastalarda uygulanan GİK (glikoz-insülin-potasyum) infüzyon protokolünü daha önce duydunuz mu?	144 (67,3)	70 (32,7)
13. Ameliyat öncesi beslenme ile ilgili oluşturulan protokollerin uygulanması hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon (dehidratasyon, cerrahi alan infeksiyonu, bulantı-kusma vb.) gelişme riskini azaltır mı?	76 (35,5)	**138 (64,5)**
14. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolünü duydunuz mu?	163 (76,2)	51 (23,8)
15. Ameliyat öncesi gece yarısından sonra aç kalmak yerine hastalara karbonhidratlı sıvı verilmesinin hastalar üzerindeki etkileri nelerdir?	72 (33,6)	**142 (66,4)**
16. Karbonhidrattan zengin sıvı gıda ameliyattan kaç saat öncesine kadar verilebilir?	184 (86,0)	30 (14,0)
17. Aşağıdakilerden hangisi ERAS protokülünü uygulamanın avantajlarının biri değildir?	102 (47,7)	**112 (52,3)**

Tablo 3.5. Ameliyat öncesi açlık sürelerine yönelik bilgi soruları (n=214)

	Sayı (n)	**Yüzde (%)**
1. Ameliyat öncesi hastalarda oral alım kısıtlamasının en önemli nedeni nedir?		
a. Alerji gelişmesini önlemek	2	0,9
b. Aspirasyon riskini azaltmak	**203**	**94,9**
c. Sedasyonun etkisini arttırmak	2	0,9
d. Aritmi gelişmesini önlemek	-	-
e. Fikrim yok	7	3,3
2. Ameliyat öncesi hastalar kaç saate kadar katı gıda alabilirler?		
a. Ameliyattan 2 saat önce katı gıda alabilirler	3	1,4
b. Ameliyattan 4 saat önce katı gıda alabilirler.	4	1,9
c. Ameliyattan 6 saat önce katı gıda alabilirler.	**63**	**29,4**
d. Ameliyattan 8-10 saat önce katı gıda alabilirler.	87	40,7
e. Ameliyat öncesi gece 24'te alabilirler.	51	23,8
f. Fikrim yok	6	2,8
3. Ameliyat öncesi hastalar kaç saate kadar berrak sıvı gıda (su, açık çay, berrak meyve suyu vs.) alabilirler?		
a. Ameliyattan 2 saat önce sıvı gıda alabilirler.	**49**	**22,9**
b. Ameliyattan 4 saat önce sıvı gıda alabilirler.	25	11,7
c. Ameliyattan 6 saat önce sıvı gıda alabilirler.	62	29,0
d. Ameliyattan 8-10 saat önce sıvı gıda alabilirler.	31	14,5
e. Ameliyat öncesi gece 24'te alabilirler.	39	18,2
f. Fikrim yok	8	3,7
4. Ameliyat öncesi hastalar kaç saate kadar inek sütü alabilirler?		
a. Ameliyattan 2 saat önce inek sütü alabilirler.	6	2,8
b. Ameliyattan 4 saat önce inek sütü alabilirler.	31	14,5
c. Ameliyattan 6 saat önce inek sütü alabilirler.	**58**	**27,1**
d. Ameliyattan 8-10 saat önce inek sütü alabilirler.	38	17,8
e. Ameliyat öncesi gece 24'te alabilirler.	30	14,0
f. Fikrim yok	51	23,8
5. Hastaların ameliyat öncesi gece yarısından sonra ağızdan alımının durdurulması konusunda ne düşünüyorsunuz?		
a. Doğru	161	75,2
b. Yanlış	**22**	**10,3**
c. Kararsızım	23	10,7
d. Fikrim yok	8	3,7

Tablo 3.5'in devamı

6. Hastalara anesteziden 2 saat önce berrak sıvı gıda (su, açık çay, berrak meyve suyu vs.) verilmesi aspirasyon riskini arttırır mı?		
a. Evet	135	63,1
b. Hayır	**34**	**15,9**
c. Kararsızım	33	15,4
d. Fikrim yok	12	5,6
7. Ameliyata alınması geciken hastalara oral sıvı desteği sağlanmalı mıdır?		
a. Evet	**55**	**25,7**
b. Hayır	101	47,2
c. Kararsızım	50	23,4
d. Fikrim yok	8	3,7
8. Hastalarda ameliyat öncesi uzun süren açlık sonucunda aşağıdakilerden hangisi görülmez?		
a. Dehidratasyon	5	2,3
b. Hipoglisemi	1	0,5
c. Elektrolit dengesizliği	9	4,2
d. Hipervolemi	**194**	**90,7**
e. Ağız kuruluğu	5	2,3
9. Cerrahi girişim yapılacak hastalarda beslenme desteğinin sağlanamaması sonucu aşağıdakilerden hangisi görülmez?		
a. Beslenme durumunda kötüleşme	9	4,2
b. Enfeksiyon	20	9,3
c. Hastanede kalış süresinin azalması	**142**	**66,4**
d. Organ yetmezliği	41	19,2
e. Yara iyileşmesinde azalma	2	0,9
10. Ameliyat sabahı hastalar bazı gerekli oral ilaçlarını alabilirler mi?		
a. Evet	**167**	**78,0**
b. Hayır	11	5,1
c. Kararsızım	26	12,1
d. Fikrim yok	10	4,7
11. Ameliyat öncesi (karbondihratlı sıvı gıda verilmesi, ameliyattan dört saat önce anne sütü verilebilmesi vb). gibi yaklaşımlar hastalarda uygulanmalı mıdır?		
a. Evet	**92**	**43,0**
b. Hayır	27	12,6
c. Kararsızım	64	29,9
d. Fikrim yok	31	14,5

Tablo 3.5'in devamı

12. Ameliyat öncesi diyabetik hastalarda uygulanan GİK (glikoz-insülin-potasyum) infüzyon protokolünü daha önce duydunuz mu?		
a. Evet	**70**	**32,7**
b. Hayır	100	46,7
c. Kararsızım	21	9,8
d. Fikrim yok	23	10,7
13. Ameliyat öncesi beslenme ile ilgili oluşturulan protokollerin uygulanması hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon (dehidratasyon, cerrahi alan infeksiyonu, bulantı-kusma vb.) gelişme riskini azaltır mı?		
a. Evet	**138**	**64,5**
b. Hayır	16	7,5
c. Kararsızım	38	17,8
d. Fikrim yok	22	10,3
14. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolünü duydunuz mu?		
a. Evet	**51**	**23,8**
b. Hayır	120	56,1
c. Kararsızım	10	4,7
d. Fikrim yok	32	15,4
15. Ameliyat öncesi gece yarısından sonra aç kalmak yerine hastalara karbonhidratlı sıvı verilmesinin hastalar üzerindeki etkileri nelerdir?		
a. Hastalarda ağız kuruluğu ve açlık hissini artırır.	18	8,4
b. İnsülin direnci azalır. Bulantı-kusma azalır. Erken taburculuğa yardımcı olur.	**142**	**66,4**
c. Hastanede kalış süresi uzar.	15	7,0
d. Bağırsak hareketlerinin daha geç başlamasına neden olur.	23	10,7
e. Dehidratasyon gelişir.	16	7,5
16. Karbonhidrattan zengin sıvı gıda ameliyattan kaç saat öncesine kadar verilebilir?		
a. Ameliyattan 2-3 saat once	**30**	**14,0**
b. Ameliyattan 4 saat once	28	13,1
c. Ameliyattan 6 saat once	28	13,1
d. Ameliyattan 8-10 saat once	40	18,7
e. Ameliyat gecesi 24'ten once	19	8,9
f. Fikrim yok	69	32,2

Tablo 3.5'in devamı

17. Aşağıdakilerden hangisi ERAS protokülünü uygulamanın avantajlarının biri değildir?		
a. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişme oranı azalmaktadır.	25	11,7
b. Hastanede kalış süresi kısaltmaktadır.	25	11,7
c. Ameliyat sonrası cerrahi yara infeksiyonu görülme sıklığı azalmaktadır.	5	2,3
d. Günlük yaşam aktivitelerine daha uzun sürede dönülmektedir.	**112**	**52,3**
e. Cerrahiye bağlı stres azalmaktadır.	47	22,0

3.3. Ameliyat Öncesi Açlık Sürelerine Yönelik Tutum Sorularının İncelenmesi

Hemşirelere yöneltilen ameliyat öncesi açlık sürelerine yönelik tutum sorularını doğru yanıtlama oranları Tablo 3.6'da gösterilmiştir.

Tablo 3.6. Ameliyat öncesi açlık süresine yönelik tutum sorularını doğru yanıtlama oranları (N=214)

Tutum ifadeleri	**Yanlış**	**Doğru**
	n(%)	**n(%)**
1. Ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili girişimlerin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum.	22 (10,3)	192 (89,7)
2. Hastaların ameliyat öncesi uygun şekilde aç kalmalarını sağlamak hemşirenin görevlerindendir.	25 (11,7)	189 (88,3)
3. Ameliyat öncesi beslenme ile ilgili yeterli bilgi almadım.	120 (56,1)	94 (43,9)
4. Açlık süreleri ile ilgili öğrendiklerimi her zaman uygulamaktan korkarım.	37 (17,3)	177 (82,7)
5. Ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili aldığım eğitimi uygulamaya çalışmak günlük rutinlerimi olumsuz etkiler.	37 (17,3)	177 (82,7)
6. Ameliyat öncesi protokolleri takip etmek ve uygulamak profesyonel/mesleki önceliklerim arasındadır.	24 (11,2)	190 (88,8)
7. Ameliyat öncesi protokolleri takip etmek ve uygulamak sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.	13 (6,1)	201 (93,9)
8. Ameliyat öncesi gece yarısından itibaren açlık uygulamasının gerekli olduğunu düşünüyorum.	164 (76,6)	50 (23,4)
9. Ameliyat öncesi beslenme ameliyat sonrası iyileşmede önemlidir.	20 (9,3)	194 (90,7)
10. Ameliyat öncesi kısa süreli açlık hastalarda konforu artırır.	49 (22,9)	165 (77,1)
11. Uzun süren açlık sonucu hastalarda dehidratasyon, insülin direncinde artma vs. görülebileceğini düşünüyorum.	23 (10,7)	191 (89,3)

Tablo 3.6'nın devamı

12. Ameliyat öncesi karbonhidrattan zengin içecek alımı bulantı ve kusmayı etkilemez.	69 (32,2)	145 (67,8)
13. Yüksek riskli hastalarda ameliyat öncesi beslenmeye dikkat ederim.	19 (8,9)	195 (91,1)
14. ERAS protokolü hakkında yeterli bilgiye sahibim.	167 (78,0)	47 (22,0)
15. ERAS protokolü hakkında bilgi almak isterim.	23 (10,7)	191 (89,3)
16. Ameliyat öncesi kanıta dayalı uygulamaların susuzluk hissini azaltacağına inanırım.	41 (19,2)	173 (80,8)

Hemşirelerin %89,7'si "ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili girişimlerin, hemşireliğin günlük uygulamalarının bir parçası olmasından memnun olurum", %88,3'ü "hastaların uygun şekilde aç kalmalarını sağlamak hemşirenin görevlerindendir", %82,7'si "açlık süreleri ile ilgili öğrendiklerimi her zaman uygulamaktan korkarım", %82,7'si açlık süreleri ile ilgili aldığım eğitimi uygulamak günlük rutinlerimi olumsuz etkiler", %88,8'i "ameliyat öncesi protokolleri takip etmek ve uygulamak mesleki önceliklerim arasındadır", %93,9'u "ameliyat öncesi protokolleri takip etmek ve uygulamak sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir", %90,7'si "ameliyat öncesi beslenme ameliyat sonrası iyileşmede önemlidir", %77,1'i "ameliyat öncesi kısa sureli açlık hastalarda konforu artırır", %89,3'ü "uzun süren açlık sonucu dehidratasyon, insülin direncinde artma vs. görülebileceğini düşünüyorum", %67,8'i "ameliyat öncesi karbonhidrattan zengin içecek alımı bulantı ve kusmayı etkilemez", %91,1'i yüksek riskli hastalarda ameliyat öncesi beslenmeye dikkat ederim", %89,3'ü "ERAS protokolü hakkında bilgi almak isterim" ve %80,8'i "ameliyat öncesi kanıta dayalı uygulamaların susuzluk hissini azaltacağına inanırım" ifadelerinde olumlu tutum göstermişlerdir.

Tablo 3.7. Ameliyat öncesi açlık süresine yönelik tutum soruları (n=214)

Tutum ifadeleri	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
1. Ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili girişimlerin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum.	70 (32,7)	122 (57,0)	20 (9,3)	2 (0,9)
2. Hastaların ameliyat öncesi uygun şekilde aç kalmalarını sağlamak hemşirenin görevlerindendir.	59 (27,6)	130 (60,7)	23 (10,7)	2 (0,9)
3. Ameliyat öncesi beslenme ile ilgili yeterli bilgi almadım.	26 (12,1)	94 (43,9)	81 (37,9)	13 (6,1)
4. Açlık süreleri ile ilgili öğrendiklerimi her zaman uygulamaktan korkarım.	3 (1,4)	34 (15,9)	144 (67,3)	33 (15,4)
5. Ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili aldığım eğitimi uygulamaya çalışmak günlük rutinlerimi olumsuz etkiler.	6 (2,8)	31 (14,5)	145 (67,8)	32 (15,0)
6. Ameliyat öncesi protokolleri takip etmek ve uygulamak profesyonel/mesleki önceliklerim arasındadır.	47 (22,0)	143 (66,8)	21 (9,8)	3 (1,4)
7. Ameliyat öncesi protokolleri takip etmek ve uygulamak sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.	76 (35,5)	125 (58,4)	12 (5,6)	1 (0,5)
8. Ameliyat öncesi gece yarısından itibaren açlık uygulamasının gerekli olduğunu düşünüyorum.	57 (26,6)	107 (50,0)	45 (21,0)	5 (2,3)
9. Ameliyat öncesi beslenme ameliyat sonrası iyileşmede önemlidir.	64 (29,9)	130 (60,7)	17 (7,9)	3 (1,4)
10. Ameliyat öncesi kısa süreli açlık hastalarda konforu artırır.	53 (24,8)	112 (52,3)	44 (20,6)	5 (2,3)
11. Uzun süren açlık sonucu hastalarda dehidratasyon, insülin direncinde artma vs. görülebileceğini düşünüyorum.	56 (26,2)	135 (63,1)	22 (10,3)	1 (0,5)
12. Ameliyat öncesi karbonhidrattan zengin içecek alımı bulantı ve kusmayı etkilemez.	9 (4,2)	60 (28,0)	131 (61,2)	14 (6,5)
13. Yüksek riskli hastalarda ameliyat öncesi beslenmeye dikkat ederim.	83 (38,8)	112 (52,3)	13 (6,1)	6 (2,8)
14. ERAS protokolü hakkında yeterli bilgiye sahibim.	13 (6,1)	34 (15,9)	103 (48,1)	64 (29,9)
15. ERAS protokolü hakkında bilgi almak isterim.	68 (31,8)	123 (57,5)	19 (8,9)	4 (1,9)
16. Ameliyat öncesi kanıta dayalı uygulamaların susuzluk hissini azaltacağına inanırım.	23 (10,7)	150 (70,1)	31 (14,5)	10 (4,7)

Ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili bilgi ve tutum sorularının puan ortalamaları ve güvenirlik değerleri Tablo 3.8'de gösterilmiştir.

Tablo 3.8. Soru formları puan ortalamaları ve güvenirlilik değerleri

Ölçülen Değişkenler	**Madde sayısı**	**Ortalama**	**Med (Min-Maks)**	**Cronbach alpha**
Ameliyat öncesi açlık süresine yönelik bilgi soruları	17	7,57±3,04	7 (1-17)	0,717
Ameliyat öncesi açlık süresine yönelik tutum soruları	16	12,54±2,12	13 (3-16)	0,758

Çalışmada kullanılan ölçek değerleri incelendiğinde; Ameliyat öncesi açlık süresine yönelik bilgi soruları ölçek boyutu cronbach alpha iç tutarlık katsayısı 0,717 (ortalama: 7,57±3,04) olduğu gözlenirken, ameliyat öncesi açlık süresine yönelik tutum soruları ölçek boyutu cronbach alpha iç tutarlık katsayısı 0,758 (ortalama: 12,54±2,12) olduğu saptanmıştır (Tablo 3.8). Çalışmamızın güvenle yapılabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

3.4. Hemşirelerin Bilgi ve Tutuma Yönelik Skorlarının Değişkenler Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Hemşirelerin bilgi ve tutuma yönelik skorlarının ikili değişkenleri arasındaki farklılıkları Tablo 3.9'da incelenmiştir.

Tablo 3.9. Bilgi ve tutuma yönelik puanların hemşirelerin ikili değişkenleri arasındaki farklılıkların incelenmesi

	BİLGİ	**TUTUM**
	Med (Min-Maks)	**Med (Min-Maks)**
Cinsiyet		
Kadın	8 (2-17)	13 (3-16)
Erkek	7 (1-15)	13 (5-16)
Mann Whitney U	3253,0	3543,5
P	0,315	0,846
Medeni durum		
Evli	8 (2-17)	13 (3-15)
Bekar	7 (1-15)	13 (4-16)
Mann Whitney U	4731,5	5102,0
P	**0,045**	0,235

Tablo 3.9'un devamı

Ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim aldıkları		
Evet	8 (2-17)	13 (4-16)
Hayır	7 (1-11)	12 (3-15)
Mann Whitney U	305,500	267,000
P	0,665	0,266
Yaş grubu		
30 yaş ve altı	7 (1-15)	13 (5-16)
30 yaş üzeri	8 (2-17)	13 (3-15)
Mann Whitney U	4313,5	5228,0
P	**0,003**	0,337

* p<0,05, Mann Whitney U testi

Hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyleri skorları ile cinsiyet (p=0,315) ve ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim alma düzeyleri (p=0,665) arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken (p>0,05), evli olan hemşireler (p=0,045) ile 30 yaş üzerinde olan hemşirelerin (p=0,003) bilgi düzeyi skorlarının yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 3.9).

Çalışmada yer alan hemşirelerin cinsiyet (p=0,846), medeni durum (p=0,235), ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim alma düzeyleri (p=0,266) ve yaş grupları (p=0,337) ile tutuma yönelik skorları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Hemşirelerin bilgi ve tutuma yönelik skorlarının ikiden fazla değişkenleri arasındaki farklılıkları Tablo 3.10'da incelenmiştir.

Tablo 3.10. Bilgi ve tutuma yönelik puanları ile hemşirelerin ikiden fazla değişkenleri arasındaki farklılıkların incelenmesi

	BİLGİ	**TUTUM**
	Med (Min-Maks)	**Med (Min-Maks)**
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi (1)	6 (2-11)	13 (6-16)
Önlisans (2)	7 (2-9)	13 (5-15)
Lisans (3)	8 (1-15)	13 (4-16)
Yüksek lisans ve üzeri (4)	9 (2-17)	13 (3-15)
Chi-square	13,294	1,904
P	**0,004**	0,592
Post Hoc Bonferroni p	1-3: p=0,026 1-4: p=0,004 2-4: p=0,020	Anlamlılık yok
Pozisyon		
Servis hemşiresi (1)	7 (1-15)	13 (3-16)
Sorumlu hemşire (2)	9 (5-17)	14 (11-14)
Ameliyathane hemşiresi (3)	8 (2-15)	14 (8-15)
Diğer (4)	8 (3-12)	13 (11-16)
Chi-square	5,078	10,639
P	0,166	**0,014**
Post Hoc Bonferroni p	Anlamlılık yok	3-1: p=0,044
Toplam çalışma yılı		
1 yıl ve aşağısı (1)	6 (1-14)	12,5 (8-15)
2-5 yıl (2)	7 (2-14)	13 (4-16)
6-10 yıl (3)	7 (2-15)	13 (5-16)
11-15 yıl (4)	8 (2-15)	12 (6-15)
16 yıl ve üzeri (5)	8 (2-17)	13 (3-15)
Chi-square	10,082	3,125
P	**0,039**	0,537
Post Hoc Bonferroni p	4-1: p=0,038	Anlamlılık yok

(Tablo 3.10. devamı) **Çalıştığınız klinikte çalışma süresi**		
1 yıl ve aşağısı (1)	6 (1-14)	13 (6-16)
2-5 yıl (2)	8 (2-15)	13 (4-16)
6-10 yıl (3)	7,5 (2-15)	13 (5-15)
11-15 yıl (4)	8 (3-17)	13 (6-15)
16 yıl ve üzeri (5)	9 (2-14)	11 (3-14)
Chi-square	5,356	11,110
P	0,253	**0,025**
Post Hoc Bonferroni p	Anlamlılık yok	2-5: p=0,014
Çalışılan Klinik		
Servis (1)	7 (1-17)	13 (5-16)
Yoğun bakım (2)	8 (2-15)	12,5 (3-16)
Ameliyathane (3)	8 (2-15)	14 (8-15)
Chi-square	0,827	6,993
P	0,661	**0,030**
Post Hoc Bonferroni p	Anlamlılık yok	2-3: p=0,044

* p<0,05, Kruskal wallis testi, Post Hoc Bonferroni testi

Hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi puanları ile pozisyonu (p=0,166), çalıştığı klinikte çalışma süresi (p=0,253) ve çalışılan klinik (p=0,661) arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken (p>0,05), eğitim durumu (p=0,004) ve toplam çalışma yılı (p=0,038) bulguları ile arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni analizine göre;

- Sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyi skorlarının lisans (p=0,026) ile yüksek lisans ve üzeri (p=0,004) mezuniyeti olan hemşirelerin skorlarından anlamlı düşük olduğu saptanmıştır. Önlisans mezunu olan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyi skorlarınında yüksek lisans ve üzerinde mezuniyeti olan hemşirelerin skorlarından anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (p=0,020).

- Hemşirelerin toplam çalışma yılı bulgularında 1 yıl ve aşağısında görev yapanların, 11 ila 15 yıldır görev yapan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyi skorlarından anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir (p=0,038).

Hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutum puanları ile hemşirelerin eğitim durumu (p=0,592) ve toplam çalışma yılları (p=0,537) arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken (p>0,05), hemşirelerin pozisyonu (p=0,014), çalıştığı klinikte çalışma süresi (p=0,025) ve çalışılan klinik (p=0,030) bulguları ile arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni analizine göre;

- Ameliyathane de görev yapan hemşirelerin, servislerde görev yapan hemşirelere göre ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutum düzeyleri skorlarının yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,044).

- Hemşirelerin çalıştıkları klinikte çalışma süresi 16 yıl ve üzeri olanların, 2-5 yıl arasında görev yapan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutum düzeyleri skorlarından düşük olması istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p=0,014).

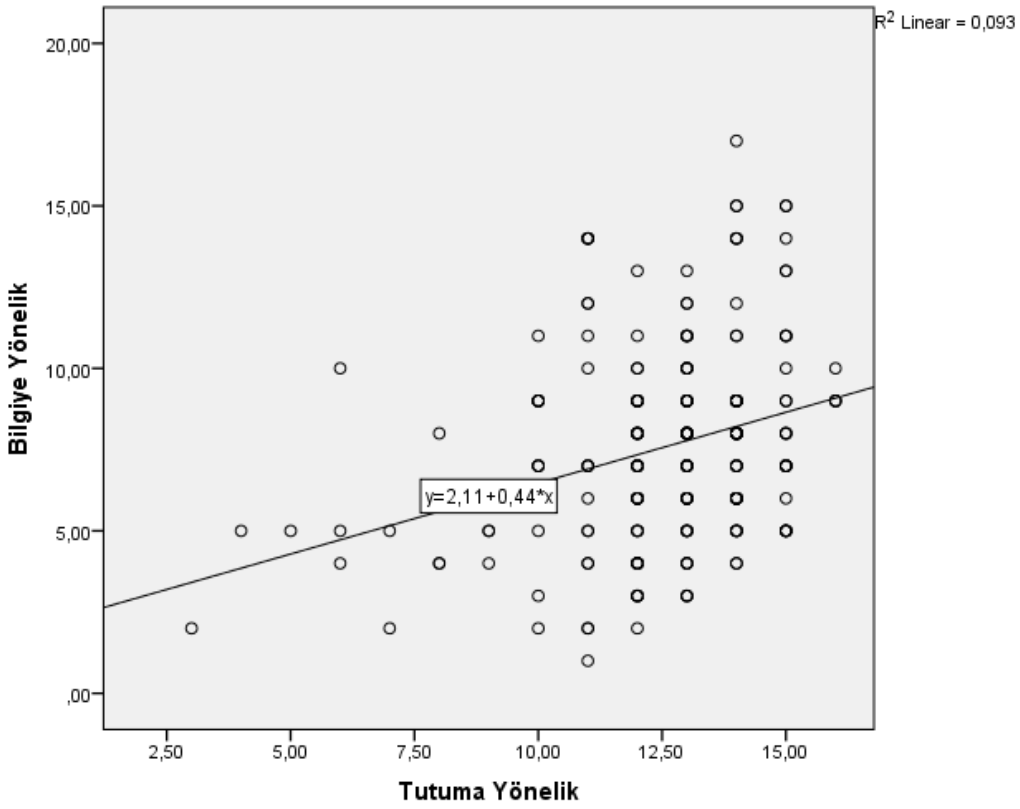
- Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde gözlenen farklılığın kaynağını incelendiğinde; ameliyathane de görev yapan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutum düzeyleri skorlarının yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin skorlarından istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,044) (Tablo 3.10).

Tablo 3.11. Bilgi ve tutuma yönelik skorlar arasındaki ilişkinin incelenmesi

Ölçülen Değişkenler	**Tutuma Yönelik**	
	R	**P**
Bilgiye Yönelik	0,305	**<0,001****

* p<0,05, **p<0,001

Hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi durumları ile ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutumları arasında pozitif yönlü bir korelasyon varlığı saptamıştır (r=0,305, p<0,001) (Tablo 3.11) (Şekil 2). Buna göre bilgi düzeyi puanı arttıkça tutum puanının da arttığı belirlenmiştir.



Şekil 2.2. Bilgi ve tutuma yönelik skorlar arasındaki ilişki

Hemşirelerin bilgiye yönelik puanlarını belirleyen bağımsız parametreler Tablo 3.12'de incelenmiştir.

Tablo 3.12. Bilgiye yönelik puanları belirleyen bağımsız parametreler arasındaki farklılıkların incelenmesi

Model	**Standardize olmayan katsayılar**		**Standardize katsayılar**	**t**	**p**
	B	**Std Hata**	**Beta**		
Yaş	-0,037	0,057	-0,087	-0,642	0,521
Cinsiyet	0,061	0,507	0,008	0,120	0,905
Medeni durum	-0,270	0,439	-0,044	-0,616	0,539
Eğitim	0,907	0,246	0,272	3,684	**<0,001**
Pozisyon	-0,125	0,222	-0047	-0,564	0,573
Toplam çalışma yılı	0,654	0,347	0,267	1,884	0,061
Çalıştığınız klinikte çalışma süresi	-0,020	0,236	-0,008	-0,083	0,934
Klinik grupları	0,465	0,322	0,122	1,447	0,149
Ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili Eğitim alma durumu	-1,574	0,447	-0,225	-3,521	**0,001**
Model 1: R= 0,408; R^2= 0,167; Adjusted R= 0,130; F= 4,529; p≤<0,001***					

* p<0,05, ** Çoklu regresyon analizi

Yapılan inceleme sonucunda hemşirelerin eğitim düzeyleri (β=0,907) ve ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim alma durumu değişkenleri (β=-1,574) ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin bilgiye yönelik skoru belirlemede ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim alma değişkeni negatif yönlü etki ettiği gözlenirken, eğitim düzeyinin pozitif yönlü bir etkisi olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 3.13'de hemşirelerin tutuma yönelik puanlarını belirleyen bağımsız parametreler özetlenmiştir.

Tablo 3.13. Tutuma yönelik puanları belirleyen bağımsız parametreler arasındaki farklılıkların incelenmesi

Model	**Standardize olmayan katsayılar**		**Standardize katsayılar**	**T**	**p**
	B	**Std Hata**	**Beta**		
Yaş	-0,024	0,041	-0,080	-0,578	0,564
Cinsiyet	-0,309	0,360	-0,058	-0,858	0,392
Medeni durum	0,221	0,312	0,052	0,709	0,479
Eğitim	0,151	0,175	0,065	0,865	0,388
Pozisyon	0,408	0,158	0,220	2,584	**0,010**
Toplam çalışma yılı	0,235	0,247	0,137	0,951	0,343
Çalıştığınız klinikte çalışma süresi	-0,202	0,168	-0,111	-1,203	0,230
Klinik grupları	-0,029	0,229	-0,011	-0,125	0,901
Ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili Eğitim alma durumu	-1,301	0,318	-0,267	-4,090	**<0,001**
Model 1: R= 0,368; R^2= 0,135; Adjusted R= 0,097; F= 3,551; p≤<0,001***					

* p<0,05, ** Çoklu regresyon analizi

Yapılan analiz sonucunda hemşirelerin pozisyon (β=0,408) ve ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim alma durumu değişkenleri (β=-1,301) ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin tutuma yönelik skoru belirlemede ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim alma değişkeni negatif yönlü etki ettiği gözlenirken, pozisyon değişkenlerinin pozitif yönlü bir etkisi olduğu anlaşılmıştır.

4. TARTIŞMA

Cerrahi uygulamalar ve anestezi tekniklerinde görülen gelişmeler kliniklerde bilimsel veriler ile oluşturulan yaklaşımların uygulanmasına yol açmıştır (Aslanoğlu, 2018). Bilimsel veriler ışığında yapılmış çalışmalar, ameliyat öncesi gece yarısından sonra besin-sıvı kısıtlaması ile ilgili geleneksel yaklaşımın olumsuz etkilere sahip olduğunu; kısa açlık sürelerinin ise hastanın iyilik halini arttırdığını belirtmektedir (Demirdağ ve Karaöz, 2015; Tsang ve ark., 2018; ERAS Türkiye Derneği, 2019). Hemşireler, hastaların güvenliği, konforu ve iyilik hali için ameliyat öncesi güvenli açlık sürelerine ilişkin kanıt temelli yaklaşımları bilme ve uygulamada ekip içinde önemli rol ve sorumluluklara sahiptir. Kanıta dayalı rehberler bu alanda birer yol göstericidir. Bu bölümde hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bulgular ve etkileyen faktörler literatür ile tartışılmıştır.

Besin ve sıvı kısıtlamasının taşıdığı önem nedeniyle, hastaların ameliyat öncesinde açlık süresini doğru yönetmek, bilimsel verileri uygulamak ve ameliyat sonrası komplikasyonları önlemek hemşirelerin temel sorumluluklarındandır. Bu nedenle hemşirelerin bilgilerinin değerlendirilmesi ve bu bilgilerin tutumlara ne kadar dönüştürüldüğünün araştırılması hastaya verilecek bakımın kalitesini artırmak için önemlidir (Aktaş, 2018; Bilgiç, 2019). Bu anlamda, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutumlarının ve bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapmış olduğumuz bu çalışma sonucunda; hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili bilgi düzeylerinin orta (7 puan), tutum düzeylerinin de iyi (12 puan) olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ameliyat öncesi gıdaların alınma saati ile ilgili yöneltilen sorulara katılımcıların çoğu (%70 üzeri) yanlış cevap vermişlerdir. Karasu ve Özşaker çalışmalarında, hemşirelerin %85,7'sinin ameliyat öncesi aç kalma süresiyle ilgili bilgi sorusuna yanlış cevap verdiklerini saptamışlardır (Karasu ve Özşaker, 2019). Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin servis hemşirelerine göre tutum düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Karasu ve Özşaker'de çalışmalarına katılan cerrahi hemşirelerinin beslenmeye ilişkin tutum düzeylerini yüksek bulmuştur (Karasu ve Özşaker, 2019).

Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin sosyodemografik özellikleri ile bilgi ve tutum puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; evli olan hemşireler ile 30 yaş üzerinde olan hemşirelerin bilgi düzeyi puanları yüksek ve istatistiksel açıdan

anlamlı, tutum düzeyleri açısından da anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Atalay'ın hemşirelerin besin ve sıvı kısıtlamasına yönelik bilgi ve uygulamaları üzerine yapmış olduğu çalışmasında benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Atalay'ın çalışmasında, 31 yaş ve üzerindeki hemşirelerin bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Atalay, 2016). Karasu ve ark.'nın çalışmasında, cerrahi hemşirelerinin sosyodemografik özellikleri ile bilgi ve tutum puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Toplam çalışma süresi ve cerrahi birimde çalışma süresi ile bilgi düzeyi ve tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Karasu ve Özşaker, 2019).

Çalışmamızda eğitim durumu arttıkça ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyinin anlamlı derecede arttığı görülmüştür. Sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyinin, lisans ve üstü mezuniyeti olan hemşirelerin bilgi düzeyinden anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Önlisans mezunu olan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyinin de yüksek lisans ve üzerinde mezuniyeti olan hemşirelerin bilgi düzeyinden anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma yıllarına göre baktığımızda ise çalışma yılı düştükçe ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyinin anlamlı derecede düştüğü görülmektedir. Yılmaz ve ark.'nın "Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği" kullanarak yaptığı çalışmanın sonucunda da yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin tutum ölçeği puan ortalaması daha yüksek olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2018).

Çalışmamızda kliniklerde çalışan hemşirelerde çalışma yılı arttıkça ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutum düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalara bakıldığında çalışmamız ile benzer sonuçlar olduğu gibi (Breimaier ve ark., 2011; Yılmaz ve ark., 2018) çalışmamızın aksine çalışma deneyimi arttıkça ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutum düzeylerinin arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Tamer, 2019). Breimaier ve ark. Avusturya'da hemşirelik uygulamalarında araştırma kullanımını değerlendirmek için 1825 hemşire ile bir çalışma yapmış ve çalışma yılı arttıkça tutum düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşmıştır (Breimaier ve ark., 2011). Çalışmamızda işe yeni başlayanlarda tutumun yüksek olması, mezuniyet tarihinin yakın olmasının alınan eğitimin daha iyi hatırlanması ve hemşirelik eğitimine son yıllarda kanıta dayalı uygulama kavramının entegre edilmeye başlanması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çalışma yılı fazla olan hemşirelerde de tükenmişlik veya

geleneksel uygulamalara bağlı kalma nedeni ile bilgilerini tutuma yansıtamamış olabilecekleri düşünülmektedir.

Hemşirelerin görev yerlerindeki farklıkların kaynağı incelendiğinde; ameliyathane de çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutum düzeyleri, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun ameliyathane çalışanlarında preop bakıma yönelik daha fazla eğitim aldıkları, hastaların açlık sürelerini sorguladıklarına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Hemşireler bakım verdikleri hastalara daha kaliteli ve doğru uygulamalarda bulunabilmek için bilimsel yayınları takip etmeli, bilgilerini sürekli yenilemeyi hedeflemelidir. Bunu sağlamak için eğitim çalışmalarına katılmalı, sempozyum ve kongrelere katılımları teşvik edilmelidir. Çalışmamızda hemşirelerin eğitim düzeyleri ve açlık süreleri ile ilgili eğitim alma durumları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Daha önce eğitim almayan hemşirelerin bilgilerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin %74,8'i ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitim aldıklarını, bu eğitimlerin ise 61,2'sinin hizmet içi eğitim olduğunu ifade etmiştir. Yılmaz ve ark. çalışmasında, eğitim alan hemşirelerin aldıkları eğitimlerin %86 oranında hizmet içi eğitim, %78 oranında hemşirelik eğitimi sırasında alınan bilgiler, %74,2 oranında deneyimli hemşirelerden edinilen bilgiler olduğunu ifade etmiştir (Yılmaz ve ark., 2018). Bu çalışmaların aksine Akın ve Koçhan çalışmasında, hemşirelerin %66,2'si beslenme uygulamaları ile ilgili daha önce eğitim almadıklarını belirtmiştir (Akın ve Koçhan, 2018). Atalay çalışmasında, besin ve sıvı kısıtlamasına yönelik hizmet içi eğitim alan hemşirelerin bilgi puanı 43,46±14,57, hizmet içi eğitim almayan hemşirelerin puanı 52,09±17,22 bulunmuştur. Ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlamasına yönelik hizmet içi eğitim almayan hemşireler, hizmet içi eğitim alan hemşirelere göre daha yüksek puan almışlardır (Atalay, 2016). Beklenenin aksine hem bu çalışmada hem de benzer çalışmalarda eğitim alınma düzeyi yüksek ama bilgi puanları aksine eğitim almayanlara göre düşük. Sanırım verilen eğitimin istenilen farkındalığı yaratmadığı söylenebilir.

Hastaların eğitim ihtiyaçlarının karşılanması nitelikli bir bakım vermenin göstergesidir. Hastalarla yapılan etkili iletişim ve bilgilendirme, hastaların uyumunu kolaylaştırmakta ve streslerini azaltmaktadır (Demirdağ ve Karaöz, 2015; Ertem ve ark., 2013, Atalay, 2016; Gezer ve ark., 2020). Planlı kardiyak cerrahi yapılan 92

hasta ile yapılan çalışmada ameliyat öncesi dönemde kendilerine verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerileri araştırılmış ve olumlu sonuçlara ulaşılmıştır (Ertem ve ark., 2013). Çalışmamızda katılımcıların %86,5'i hastalara ameliyat öncesi açlık düzeyi ile ilgili bilgi verildiğini ve bu bilginin %68,7 oranında hekim-hemşire birlikte verildiğini bildirmişlerdir. Dolgun ve ark tarafından yapılan çalışmada operasyon öncesi bilginin %40,7 oranında doktor tarafından, %35,9 oranında hemşire tarafından verildiğini belirtmişlerdir (Dolgun ve ark., 2011). Abebe ve ark.'nın yaptığı çalışmada da açlık süresi ile ilgili bilginin, %56,9 oranında servis hemşireleri tarafından, %43,1 oranında doktorlar tarafından verildiğini ortaya koymuştur (Abebe ve ark., 2016). Çakır ve ark.'nın çalışmasında ise hemşirelerin %65,7'si operasyon öncesi bilginin hemşire dışındaki meslek grubunun vermesi gerektiğini düşündüklerini bildirmişlerdir (Çakır ve ark., 2018). Çelebi'nin cerrahi kiniğinde yatan hastaların perioperatif uygulamalarının ERAS protokolüne uygunluğunu ve hasta sonuçlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada 405 hastanın tamamının ameliyat öncesi bilgilendirildiği sonucuna ulaşılmıştır (Çelebi, 2019).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %62,1'i "çalıştığınız kurum/bölümde hastalara ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili uygulanan bir protokol var mı?" sorusuna evet yanıtını vermiş ve %66,4'ü bu protokollerin kurum/bölümde uygulandığını belirtmiştir. Basınç yaralanmalarına ilişkin kurum protokolüne sahip olma durumunun sorgulandığı bir çalışmada da kurumda uygulana bir protokol olmadığını ifade etmiştir (Aktaş ve Koçaşlı, 2020). Çakır ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada da araştırmanın yapıldığı kurumundaki uygulamanın ameliyat öncesi gece 24:00'ten sonra hastaları aç bırakmak şeklinde olduğunu belirtmiştir (Çakır ve ark, 2018).

Ameliyat sırasında genel anestezide kullanılan anestezik ilaçlar nedeniyle akciğerleri koruma fonksiyonu olan refleksler azalabilmekte ve pulmoner aspirasyon gelişebilmektedir. Besin ve sıvı kısıtlaması uygulamaları bu nedenle önem taşımaktadır ve geleneksel uygulama şeklinde devam etmiştir (ASA, 2011; Gebremedhn, 2014; Abebe, 2016). Çalışmamızda "besin ve sıvı kısıtlamasının en önemli sebebi" sorusuna hemşirelerin %94,9'u sebep olarak aspirasyon riski cevabını vermiştir. Yapılmış çalışmalara baktığımızda çalışmamıza benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Demirdağ ve Karaöz çalışmalarındaki hemşirelerin %74,4'ü ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlaması nedeninin aspirasyon riski olduğunu belirtmişlerdir (Demirdağ ve Karaöz, 2015). Bir araştırma hastanesindeki cerrahi kliniklerde çalışan

87 hemşirenin katıldığı ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlamasına yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada da hemşireler aspirasyon riski sebebiyle hastaların aç bırakıldığını belirtmişlerdir (Atalay, 2016). Çakır ve ark. Tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelerin %80,7'sinin hastaların aç bırakılmasının nedeninin aspirasyonu önlemek olduğunu belirtmiştir (Çakır ve ark., 2018).

Ameliyat öncesi hastaların gece yarısından sonra bugüne kadar rutin bir uygulama olarak devam etmiştir. Zaman zaman planlanan operasyonların gecikmesi nedeniyle; hastaların ameliyat öncesi aç kalma dönemleri de uzamaktadır. Açlık süresinin uzamasından dolayı, insülin direnci artmakta, asidoz oluşabilmekte, metabolizmayı olumsuz etkilemektedir. Ameliyat sonrası uygulanan kanıt temelli uygulamalar ile bu sorunların minimum seviyeye indirilebildiği çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır (Mortensen ve ark., 2014; P. Simon ve ark., 2017; Gustafsson ve ark., 2018; Melloul ve ark., 2019; Engelman ve ark., 2019). Çalışmamız kapsamında hemşirelere sorulan "Hastaların ameliyat öncesi gece yarısından sonra ağızdan alımının durdurulması konusunda ne düşünüyorsunuz?" sorusuna %75,2'si doğru olan cevabı vermiştir. Benzer olarak Demirdağ ve Karaöz'ün çalışmalarında hemşirelerin çoğu (%64) hastaların ameliyat öncesi gece yarısından sonra katı ve sıvı besin kısıtlamasının uygun olacağını ifade etmişlerdir (Demirdağ ve Karaöz, 2015). Özkan ve ark. ameliyat öncesi katı ve sıvı besin kısıtlamasının anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, ameliyat öncesi hastaların aç kaldıkları zamanların 12 saat ve üzerinde olduğunu belirtmiştir (Özkan ve ark., 2016). Abebe ve ark. çalışmasında ise hastaların %98,1'i gece yarısından sonra aç bırakıldığını belirtmiştir. Yapılan birçok çalışmada da ameliyat öncesi açlık düzeyinin uzun tutulduğu sonucuna ulaşılmıştır (Dolgun ve ark., 2011; Özkan ve ark., 2016; Abebe ve ark., 2016; Njorege ve ark., 2017; Lamacraft ve ark., 2017). Çalışma kapsamındaki hemşirelerin çoğunluğu katı gıdalar, berrak sıvılar, süt ve inek sütünün ameliyattan önce en son ne zaman alınmalıdır sorularına çoğunlukla (%70 üzeri) yanlış cevap vermiştir. Bu da bize hemşirelerin son bilimsel verilerle ilgili bilgi eksikliği olduğunu, genellikle servisteki rutini benimsediklerini, bu konudaki rehberler hakkında bilgilerinin olmadığını, 8 saatlik açlık süresinin doğru olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde önemli rolleri bulunan hemşirelerin uygun açlık süresi hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir.

Çalışmada sorulan "Ameliyat sabahı hastalar bazı gerekli oral ilaçlarını alabilirler mi?" sorusuna ise %78,0'i evet cevabını vermiştir. Demirdağ ve Karaöz'ün çalışmasında benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Tüm hemşireler hastaların ameliyat sabahı oral ilaçlarını ameliyattan 1-2 saat öncesinde birkaç yudum su ile alabileceklerini söylemişlerdir (Demirdağ ve Karaöz, 2015; Çakır ve ark., 2018). İskandinav Yoğun Bakım ve Anestezi Birliği'nin rehberine göre de hastalar ameliyattan 1 saat öncesine kadar 150 ml su ile oral ilaçlarını alabileceği önerilmektedir.

Çalışmada sorulan "Ameliyata alınması geciken hastalara oral sıvı desteği sağlanmalı mıdır?" sorusuna ise katılımcıların %47,2'si hayır cevabını vermiştir. Demirdağ ve Karaöz'ün çalışmasında ise hemşirelerin %53.8'i hastaların ameliyata girme süreleri uzadığında sıvı verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Demirdağ ve Karaöz, 2015; Noba et al, 2019). Hemşirelerin ameliyat saatlerinin net olmaması, aspirasyon endişesi ve tek başına karar verme yetkisinin olmaması nedeni ile oral alınmasına pek sıcak bakmadıkları düşünülmektedir.

Çalışmada "ERAS protokolünü duydunuz mu" sorusuna katılımcıların %56,1'i hayır cevabını vermiş, %15,4'ü ise ERAS hakkında fikri olmadığını ifade etmiştir. Güzel ve Yava'nın çalışmasında hemşirelerin çoğunun (%70,4) ERAS ve uygulamaları hakkında bilgisinin olmadığı görülmektedir (Güzel ve Yaya, 2018). Gustafsson ve ark.'nın çalışmalarında da sağlık çalışanlarının çoğunun perioperatif bakımda ERAS hakkında sınırlı bilgiye sahip oldukları ortaya konmuştur. %84,25'i ERAS hakkında bilgisinin olmadığını söylemiştir (Gustafsson ve ark., 2018). Ongün ve Ak'ın çalışmasında kliniğinizde ERAS protokolü uygulanıyor mu? sorusuna %88,9'u hayır cevabını vermiştir. ERAS protokol uygulamalarının faydalı olduğunu düşünüyor musunuz sorusuna ise %77,6'sı bilmiyorum cevabı vermiştir (Ongün ve Ak, 2020). Birçok çalışmada hemşireler ERAS hakkında bilgi sahibi değildir. Bunun nedeninin bir çok merkezde geleneksel uygulamaların devam etmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir Clifford'un perianestezi hemşireleri ile yaptığı çalışmada da hemşirelerin optimal bir bakım ve başarı için multidisipliner bir yaklaşımla kanıta dayalı rehberlerin ortaya konması gerektiğini belirttikleri görülmektedir (Clifford, 2017). Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin %59,7'si hemşirelik uygulamalarında kanıta dayalı uygulamaları kullanmadığını ve %55,9'u hemşirelik uygulamaları ile ilgili kanıtlara ulaşabileceği kaynakları bilmediğini belirtmiştir (Yılmaz ve ark., 2018).

Çalışmamızın yapıldığı hastanede de geleneksel yöntemin hakim olduğu, hemşirelerin bilgilerini güncellemedikleri, çalıştıkları klinikteki uygulamaları devam ettirdikleri ve bu nedenle ameliyat öncesi açlık süresiyle ilgili bilgi düzeylerinin orta olduğu ortaya çıkmıştır.

5. SONUÇ

Cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutumlarının ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapmış olduğumuz bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmamızın yapıldığı kurumda cerrahi hemşirelerinin sosyodemografik özellikleri ile bilgi ve tutum puanları arasındaki ilişki incelendiğinde evli olan hemşireler ile 30 yaş üzerinde olan hemşirelerin bilgi düzeyi puanları yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı, tutum düzeyleri açısından da anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

2. Çalışmamızda eğitim durumu arttıkça ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyinin anlamlı derecede arttığı görülmüştür.

3. Çalışma yıllarına göre baktığımızda ise çalışma yılı düştükçe ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin bilgi düzeyinin anlamlı derecede düştüğü görülmektedir.

4. Çalışmamızda kliniklerde çalışan hemşirelerde çalışma yılı arttıkça ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutum düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir.

5. Çalışmamızın yapıldığı kurumda ameliyathane de görev yapan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutum düzeyleri yoğun bakım hemşirelerinin puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

6. Çalışmamıza katılan hemşirelerin ameliyat öncesi gece yarısından sonra ağızdan alımın durudurulmasının doğruluğuna inandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

7. Hemşirelerin ameliyat öncesinde gıdaların alınma saatlerini bilmedikleri sonucuna ulaşılmıştır.

8. Hemşirelerin çoğunun ERAS protokolü ve bilimsel uygulamaları daha önce hiç duymadıkları tespit edilmiştir.

9. Çalışmamızın yapıldığı kurumda hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili bilgi düzeylerinin orta, tutum düzeylerinin de iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5.1. Öneriler

Çalışmamız doğrultusunda elde ettiğimiz sonuçlar ile aşağıdaki öneriler verilebilir,

1. Hemşireler ve tüm sağlık çalışanlarına ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin, bilimsel veriler doğrultusunda hazırlanmış hizmet içi eğitimlerin verilmesi,

2. Hemşirelerin bilimsel yayın takip etme ve okuma becerilerinin geliştirilmesi,

3. Hemşirelerin sempozyum, kongre ve seminerlere katılmaya teşvik edilmesi,

4. Kurumda uygulanacak, rehberler doğrultusunda ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili bir protokol geliştirilmesi,

5. Ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili daha fazla çalışma yapılması önerilir.

KAYNAKÇA

Abebe, WA., Rukewe, A., Bekele, NA., Stoffel, M., Dichabeng, MN., Shifa, JZ. (2016). Botsvana'daki bir sevk hastanesinde elektif cerrahi hastalarda ameliyat öncesi açlık süreleri. *Pan Afrika Tıp Dergisi*, 23 (1).

Abola, RE., Gan, TJ. (2017). Preoperative Fasting Guidelines: Why Are We Not Following Them?: The Time to Act Is NOW.

Aksoy, G., Kanan, N., & Akyolcu, N. (Eds.). (2017). Cerrahi hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevi.

Aktaş, D., & Koçaşlı, S. (2020). Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerin Cerrahiye Bağlı Basınç Yaralanmalarına İlişkin Bilgi Düzeyi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 173-179.

Aktaş, YY., Gürçayır, D., & Atalay, C. (2018). Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Dicle Medical Journal/Dicle Tip Dergisi*, 45(3).

American Society of Anesthesiologists Committee. (2011). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. *Anesthesiology*, 114(3), 495-511.

Anesteziyoloji, T., & Derneği, R. (2015). Anestezi uygulama kılavuzları preoperatif hazırlık. Erişim: 11.01.2020, https://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/preoperatifdegerlendirme.pdf

Aslanoğlu, H. (2018). Preoperatif açlık süresinin postoperatif iyileşme üzerine etkisi. Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Atalay, B. (2016). Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Besin ve Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). (2016). Guidelines on Pre-Anaesthesia Consultation and Patient Preparation. Erişim: 11.01.2020, https://www.anzca.edu.au/resources/professional-documents/guidelines/ps07bp-guidelines-on-pre-anaesthesia-consultation

Breimaier, H. E., Halfens, R. J., & Lohrmann, C. (2011). Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1744-1756.

Bilgiç, D., Yağcan, H., Güler, B., & Aypar, NN. (2019). Jinekolojik cerrahide ameliyat öncesi ve sonrası kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi,* 6(2), 114-121.

Bölükbaş, N., & Birlikbaş, S. (2019). ERAS Rehberleri Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi,* 2(3), 194-205.

Bulut, Ş. (2017). Cerrahi operasyon geçirecek hastaların ameliyata özgü kaygılarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Campos, S. B. G., Barros-Neto, J. A., Guedes, G. D. S., & Moura, F. A. (2018). Pre-operative fasting: why abbreviate?. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo),* 31(2).

Çakır, S. (2017). Cerrahi Hemşirelerinin Perioperatif Hipotermi Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi. Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çakır, S. K., van Giersbergen, M. Y., & Umar, D. Ç. (2018). Cerrahi Hemşirelerinin Ameliyat Öncesi Aç Kalma İle İlgili Uygulama ve Bilgi Düzeyi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 34(1), 26-35.

Çelebi, D., & Yılmaz, E. (2019). Cerrahi Hastalarda Enteral ve Parenteral Beslenmede Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik Bakımı.

Çelebi, Ş., Ciğerci, Y.(2018). Cerrahi Hastalarda Perioperatif Uygulamaların ERAS Protokolüne Uygunluğu. 21. Ulusal Cerrahi Kongresi. 16. Cerrahi Hemşireliği Kongresi Bildirileri.

Çilingir, D., Candaş, B., & Çilingir, D. (2017). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 20(2), 137-143.

Dağıstanlı, S., Kalaycı, M., & Kara, Y. (2018). Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. *İKSST Derg,* 10, 9-20.

Davies, A., Pang, W. S., Fowler, T., Dewi, F., & Wright, T. (2018). Preoperative fasting in the department of plastic surgery. *BMJ Open Qual,* 7(4).

Demirdağ, H., Karaöz, S. (2015). Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Hastaların Deneyimleri ve Hemşirelerin Konu ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,* 23(1), 1-10.

Demirhan, İ., & Pınar, G. (2014). Postoperatif İyileşmenin Hızlandırılması ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik e-Dergisi,* 2(1).

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

Edeer, A. D., Sarıkaya, A., & Baksi, A. (2018). Ameliyat Öncesi Dönem Hasta Hazırlığında Hemşirelik Yönetimi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 10(4), 330-343.

Engelman, D. T., Ali, W. B., Williams, J. B., Perrault, L. P., Reddy, V. S., Arora, R. C., ... & Lobdell, K. (2019). Guidelines for perioperative care in cardiac surgery: enhanced recovery after surgery society recommendations. *Jama Surgery*, 154(8), 755-766.

ERAS Türkiye Derneği. ERAS protokollerinin temel ögeleri. Erişim: 08.02.2020, http://eras.org.tr/page.php?id=10&saglikCalisani=true

Ertem, A., Yava, A., & Demirkılıç, U. (2013). Kardiyak cerrahi yapılan hastaların ameliyat öncesi verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi. *Turk Gogus Kalp Dama*, 21, 378-91.

Falconer, R., Skouras, C., Carter, T., Greenway, L., & Paisley, A. M. (2014). Preoperative fasting: current practice and areas for improvement. *Updates in surgery*, 66(1), 31-39.

Fındık, Ü. Y., & Yeşilyurt, D. S. (2017). Cerrahi hastalarının ameliyat sonrası hemşirelik bakım kalitesi algısı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 195-200.

Gebremedhn, E. G., & Nagaratnam, V. B. (2014). Audit on preoperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. *World Journal of Surgery*, 38(9), 2200-2204.

Gezer, N., Kunter, D., Özgün, Ş., Demir, E., Özdemir, B., Çetinkaya, G., & İbik, S. (2020). Ameliyat Öncesi Açlık Süresinin Hasta Konforuna Etkisi. *Jaren*, 6(2), 248-53.

Gillespie, B. M., Harbeck, E., Lavin, J., Gardiner, T., Withers, T. K., & Marshall, A. P. (2018). Using normalisation process theory to evaluate the implementation of a complex intervention to embed the surgical safety checklist. *BMC health services research*, 18(1), 170.

Gillis, C., & Wischmeyer, P. E. (2019). Pre-operative nutrition and the elective surgical patient: why, how and what?. *Anaesthesia*, 74, 27-35.

Gök, F. (2018). Ameliyat öncesi aç kalma: Sistematik derleme. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(2), 183-194.

Gunawardhana, A. (2012). Knowledge, attitudes and practice of preoperative fasting guidelines in the National Hospital of Sri Lanka. *Sri Lankan Journal of Anaesthesiology*, 20(2).

Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., & de Boer, H. D. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) society recommendations: 2018. *World journal of surgery*, 43(3), 659-695.

Güzel, N., Yava, A. (2019). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ERAS (enhanced recovery after surgery) protokolüne ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi,* 1(1):15-23.

Javillier, B., Fabbro, C., Brichant, J. F., & Deflandre, E. (2020). Preoperative fasting: state of the art. *Revue Medicale de Liege*, 75(1), 17-22.

Kabataş, M. S., & Özbayır, T. (2016). Kolorektal Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü: Sistematik Derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 120-132.

Kafrouni, H., & Ojaimi, R. E. (2018). Preoperative Fasting Guidelines in Children: Should They Be Revised?. *Case reports in anesthesiology*.

Kankılıç, R., & Tuna, A. (2019). 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.

Karadağ, M., & İşeri, Ö. P. (2014). Determining health personnel's application trends of new guidelines for preoperative fasting: findings from a survey. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 29(3), 175-184.

Karasu, M., & Özşaker, E. (2019). Hemşirelerin cerrahi hastasının beslenmesi konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarının incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 5(1), 1191-1205.

Koçhan, E., & Akın, S. (2018). Hemşirelerin enteral ve parenteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *J Acad Res Nurs, JAREN*, 4(1), 1-14.

Korkmaz, Ö. G. D. F. (2011). Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 59-67.

Köstekli, S., Çelik, S., & Karahan, E. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyathaneye Hasta Transferi Konusundaki Kanıta Dayalı Bilgi Düzeyleri. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 5(1), 52-64.

Lamacraft, G., Labuschagne, C., Pretorius, S., Prinsloo, M. C., Smit, M. D., & Steyn, J. R. (2017). Preoperative fasting times: prescribed and actual fasting times at Universitas hospital annex, Bloemfontein, South Africa. *South African Medical Journal*, 107(10).

Li, J., Zhu, H., & Liao, R. (2019). Enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for primary hip and knee arthroplasty: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 1-8.

Mahakalkar, C., Modi, S., Yeola, M., Kaple, M., Patwardhan, M., & Laddha, P. (2014). Malnutrition in hospitalised patients; a real concern in surgical outcomes. *Intl J Res Med Sci*, 2, 250.

Melloul, E., Lassen, K., Roulin, D., Grass, F., Perinel, J., Adham, M., & Scott, M. J. (2020). Guidelines for Perioperative Care for Pancreatoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Recommendations 2019. *World journal of surgery*, 1-29.

Mignini, E. V., Scarpellini, E., Rinninella, E., Lattanzi, E., Valeri, M. V., Clementi, N., & Santori, P. (2018). Impact of patients nutritional status on major surgery outcome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 22(11), 3524-33.

Mortensen, K., Nilsson, M., Slim, K., Schäfer, M., Mariette, C., Braga, M., & Carli, F. (2014). Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy. *Br J Surg*, 101(10), 1209-1229.

Nelson, G., Bakkum-Gamez, J., Kalogera, E., Glaser, G., Altman, A., Meyer, L. A., & Scott, M. (2019). Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations-2019 update. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 29(4), 651-668.

Njoroge, G., Kivuti-Bitok, L., & Kimani, S. (2017). Preoperative fasting among adult patients for elective surgery in a Kenyan referral hospital. *International Scholarly Research Notices*, 2017.

Noba, L., & Wakefield, A. (2019). Are carbohydrate drinks more effective than preoperative fasting: A systematic review of randomised controlled trials. *Journal of clinical nursing*, 28(17-18), 3096-3116.

Ongun, P., & Ak, E. S. (2020). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin ERAS Protokolüne Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Med J Bakirkoy*, 16(3), 287-94.

Özkan, M., Gökkaya, Z., & Sarıtaş, S. (2016). Ameliyat Öncesi Katı ve Sıvı Besin Kısıtlamasının Anksiyete Üzerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 4(1), 25-35.

Polat, İ. (2018). Obstetrik ve Perinatolojik Girişimler ve ERAS. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi,* 10:33-40.

Rızalar, S., Aydemir, A., & Topçu, S. Y. (2019). Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi ve sonrasında açlık ve susuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi,* 1(2), 32-36.

Roberts, S. (2013). Preoperative fasting: a clinical audit. *Journal of perioperative practice,* 23(1-2), 11-16.

Sevin, K. (2018). Ortopedik cerrahi geçiren hastalarda perioperatif hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

Simon, P., Pietsch, U. C., Oesemann, R., Dietrich, A., & Wrigge, H. (2017). Präoperative Flüssigkeitskarenz in der bariatrischen Chirurgie. *Der Anaesthesist,* 66(7), 500-505.

Şimşek, H. U., & Cantürk, N. Z. (2014). Travmaya cevap ve metabolik değişiklikler: posttravmatik metabolizma. *Turkish Journal of Surgery/Ulusal Cerrahi Dergisi,* 30(3).

Tamer, F., & Karadağ, M. (2020). Cerrahi Hemşirelerinin İstenmeyen Perioperatif Hipotermi Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. *Turkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri,* 12(1).

Tosun, B., Yava, A., & Açıkel, C. (2015). Evaluating the effects of preoperative fasting and fluid limitation. *International journal of nursing practice,* 21(2), 156-165.

Tsang, E., Lambert, E., & Carey, S. (2018). Fasting leads to fasting: examining the relationships between perioperative fasting times and fasting for symptoms in patients undergoing elective abdominal surgery. *Asia Pacific journal of clinical nutrition,* 27(5), 968.

Tuna, P. T., & Kurşun, Ş. (2018). Kolorektal cerrahisinde hızlandırılmış bakım protokolleri ve hemşirelik bakımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* 11(2).

Tunay, D. L., & Güneş, Y. (2019). Pediatrik Nöroanestezide Sıvı Tedavisi. *Çukurova Anestezi ve Cerrahi Bilimler Dergisi*, 2(2), 123-140.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2014). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Erişim: 18.04.2020, http://www.ktu.edu.tr/dosyalar/17_02_15_2b178.pdf

Vlaisavljević, Ž., Milutinović, D., Miličić, B., & Ješić-Vukićević, R. (2014). Attitudes and knowledge of nurses on organ legacy and transplantation. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo,* 142(3-4), 213-218.

Yılmaz, E. (2009). Cerrahi Hastalarda Ameliyat Öncesi Açlık Sürecinde Yeni Yaklaşımlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 25(3), 105-118.

Yılmaz, E., Çeçen, D., Aslan, A., Kara, H., Toğaç, H. K., & Mutlu, S. (2018). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve araştırma kullanımında algıladıkları engeller. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 15(4), 235-241.

Ek 4. Anket Formu

Cerrahi Hemşirelerinin Ameliyat Öncesi Açlık Süresine İlişkin Tutumlarının ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi Anketi

Değerli Meslektaşım,
Bu araştırma,cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin tutumlarıve bilgi düzeylerinin belirlenmesiamacıyla yapılmaktadır.Araştırmanın amacına ulaşması için anket sorularını dikkatli bir şekilde okuyup, içtenlikle yanıtlamanız büyük önem taşımaktadır.Formda yer alan bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak ve yanıtlarınız tamamen gizli tutulacaktır.
Katılımınız için teşekkür ederiz.

Zehra AYDIN
İstinye Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi

Arzu İŞLER
İstinye Üniversitesi
Yüksek Lisans Öğrencisi

KİŞİSEL VERİ TOPLAMA FORMU

BÖLÜM 1. SOSYO-DEMOGRAFİK VE MESLEKİ ÖZELLİKLER

1. Yaşınız: ……..

2. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar

4. Eğitim durumunuz:

a) Sağlık Meslek Lisesi b) Önlisans c) Lisans d) Yüksek Lisans e) Doktora

5. Göreviniz:

a) Servis Hemşiresi b) Sorumlu Hemşire c) Ameliyathane Hemşiresi d) Diğer ……

6. Toplam çalışma yılınız:

a) 0-1 yıl b) 2-5 yıl c) 6-10 yıl d) 11-15 yıl e) 16 yıl ve üzeri

7. Çalıştığınız Klinikte Çalışma Süreniz:

a) 0-1 yıl b) 2-5 yıl c) 6-10 yıl d) 11-15 yıl e) 16 yıl ve üzeri

8. Çalıştığınız Klinik: ……..……..……

9. Ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili daha önce eğitim aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

10. Ameliyat öncesi hasta hazırlığı ve açlık süreleri ile ilgili eğitimi nereden aldınız?

a) Hizmet içi eğitim b) Dergiler/Makaleler c) Meslektaşlardan d) İnternetten e) Kongre/Sempozyum/Panel

11. Çalıştığınız kurum/bölümde hastalara ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili bilgi veriliyor mu?

a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

12. Çalıştığınız kurum/bölümde ameliyat öncesi hastalara açlık süreleri ile ilgili bilgi kim tarafından veriliyor?

a) Hemşire b) Hekim c) Hekim+Hemşire d) Anestezi doktoru e) Verilmiyor

13. Çalıştığınız kurum/bölümde ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili uygulanan bir protokol var mı?

a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

14. Çalıştığınız kurum/bölümde ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili uygulanan bir protokol var ise düzenli olarak uygulanıyor mu?

a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

BÖLÜM 2. AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRESİNE YÖNELİK BİLGİ SORULARI

1. Ameliyat öncesi hastalarda oral alım kısıtlanmasının <u>en önemli</u> nedeni nedir?

a) Alerji gelişmesini önlemek
b) Aspirasyon riskini azaltmak
c) Sedasyonun etkisini artırmak
d) Aritmi gelişmesini önlemek
e) Fikrim yok

2. Ameliyat öncesi hastalar kaç saate kadar <u>katı gıda</u> alabilirler?

a) Ameliyattan 2 saat önce katı gıda alabilirler
b) Ameliyattan 4 saat önce katı gıda alabilirler
c) Ameliyattan 6 saat önce katı gıda alabilirler
d) Ameliyattan 8-10 saat önce katı gıda alabilirler
e) Ameliyat öncesi gece 24'te alabilirler
f) Fikrim yok

3. Ameliyat öncesi hastalar kaç saate kadar <u>berrak sıvı gıda</u> (su, açık çay, berrak meyve suyu vs.) alabilirler?

a) Ameliyattan 2 saat önce sıvı gıda alabilirler
b) Ameliyattan 4 saat önce sıvı gıda alabilirler
c) Ameliyattan 6 saat önce sıvı gıda alabilirler
d) Ameliyattan 8-10 saat önce sıvı gıda alabilirler
e) Ameliyat öncesi gece 24'te alabilirler
f) Fikrim yok

4. Ameliyat öncesi hastalar kaç saate kadar <u>inek sütü</u> alabilirler?

a) Ameliyattan 2 saat önce inek sütü alabilirler.
b) Ameliyattan 4 saat önce inek sütü alabilirler.
c) Ameliyattan 6 saat önce inek sütü alabilirler.
d) Ameliyattan 8-10 saat önce inek sütü alabilirler.
e) Ameliyat öncesi gece 24'te alabilirler.
f) Fikrim yok

5. Hastaların ameliyat öncesi gece yarısından sonra ağızdan alımının durdurulması konusunda ne düşünüyorsunuz?

a) Doğru b) Yanlış c) Kararsızım d) Fikrim yok

6. Hastalara anesteziden 2 saat önce berrak sıvı gıda (su, açık çay, berrak meyve suyu vs.) verilmesi aspirasyon riskini artırır mı?

a) Evet b) Hayır c) Kararsızım d) Fikrim yok

7. Ameliyata alınması geciken hastalara oral sıvı desteği sağlanmalı mıdır?

a) Evet b) Hayır c) Kararsızım d) Fikrim yok

8. Hastalarda ameliyat öncesi uzun süren açlık sonucunda aşağıdakilerden hangisi görülmez?

a) Dehidratasyon
b) Hipoglisemi
c) Elektrolit dengesizliği
d) Hipervolemi
e) Ağız kuruluğu

9. Cerrahi girişim yapılacak hastalarda beslenme desteğinin sağlanamaması sonucu aşağıdakilerden hangisi görülmez?

a) Beslenme durumunda kötüleşme
b) Enfeksiyon
c) Hastanede kalış süresinin azalması
d) Organ yetmezliği
e) Yara iyileşmesinde azalma

10. Ameliyat sabahı hastalar bazı/gerekli oral ilaçlarını alabilirler mi?

a) Evet b) Hayır c) Kararsızım d) Fikrim yok

11. Ameliyat öncesi (karbonhidratlı sıvı gıda verilmesi, ameliyattan dört saat önce anne sütü verilebilmesi vb.) gibi yaklaşımlar hastalarda uygulanmalı mıdır?

a) Evet b) Hayır c) Kararsızım d) Fikrim yok

12. Ameliyat öncesi diyabetik hastalarda uygulanan GİK (glikoz-insülin-potasyum) infüzyon protokolünü daha önce duydunuz mu?

a) Evet b) Hayır c) Kararsızım d) Fikrim yok

13. Ameliyat öncesi beslenme ile ilgili oluşturulan protokollerin uygulanması hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon (dehidratasyon, cerrahi alan infeksiyonu, bulantı-kusma vb.) gelişme riskini azaltır mı?

a) Evet b) Hayır c) Kararsızım d) Fikrim yok

14. ERAS (EnhancedRecoveryAfterSurgery) protokolünü duydunuz mu? (Cevabınız Evet ise lütfen açıklayınız)

a) Evet b) Hayır c) Kararsızım d) Fikrim yok

.....

.....

15. Ameliyat öncesi gece yarısından sonra aç kalmak yerine hastalara karbonhidratlı sıvı verilmesinin hastalar üzerindeki etkileri nelerdir?

a) Hastalarda ağız kuruluğu ve açlık hissini artırır.
b) İnsülin direnci azalır. Bulantı-kusma azalır. Erken taburculuğa yardımcı olur.
c) Hastanede kalış süresi uzar.
d) Bağırsak hareketlerinin daha geç başlamasına neden olur.
e) Dehidratasyon gelişir.

16. <u>Karbonhidrattan zengin sıvı gıda</u> ameliyattan kaç saat öncesine kadar verilebilir?

a) Ameliyattan 2-3 saat önce
b) Ameliyattan 4 saat önce
c) Ameliyattan 6 saat önce
d) Ameliyattan 8-10 saat önce
e) Ameliyat gecesi 24'ten önce
f) Fikrim yok.

17. Aşağıdakilerden hangisi ERAS protokolünü uygulamanın avantajlarından biri değildir?

a) Ameliyat sonrası komplikasyon gelişme oranı azalmaktadır
b) Hastanede kalış süresi kısalmaktadır
c) Ameliyat sonrası cerrahi yara infeksiyonu görülme sıklığı azalmaktadır
d) Günlük yaşam aktivitelerine daha uzun sürede dönülmektedir
e) Cerrahiye bağlı stres azalmaktadır

BÖLÜM 3. AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRESİNE YÖNELİK TUTUM SORULARI

	Tutum İfadeleri	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili girişimlerin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum.				
2	Hastaların ameliyat öncesi uygun şekilde aç kalmalarını sağlamak hemşirenin görevlerindendir.				
3	Ameliyat öncesi beslenme ile ilgili yeterli bilgi almadım.				
4	Açlık süreleri ile ilgili öğrendiklerimi her zaman uygulamaktan korkarım.				
5	Ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili aldığım eğitimi uygulamaya çalışmak günlük rutinlerimi olumsuz etkiler.				
6	Ameliyat öncesi protokolleri takip etmek ve uygulamak profesyonel/mesleki önceliklerim arasındadır.				
7	Ameliyat öncesi protokolleri takip etmek ve uygulamak sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.				
8	Ameliyat öncesi gece yarısından itibaren açlık uygulamasının gerekli olduğunu düşünüyorum.				
9	Ameliyat öncesi beslenme ameliyat sonrası iyileşmede önemlidir.				
10	Ameliyat öncesi kısa süreli açlık hastalarda konforu artırır.				
11	Uzun süren açlık sonucu hastalarda dehidratasyon, insülin direncinde artma vs. görülebileceğini düşünüyorum.				
12	Ameliyat öncesi karbonhidrattan zengin içecek alımı bulantı ve kusmayı etkilemez.				
13	Yüksek riskli hastalarda ameliyat öncesi beslenmeye dikkat ederim.				
14	ERAS protokolü hakkında yeterli bilgiye sahibim.				
15	ERAS protokolü hakkında bilgi almak isterim.				
16	Ameliyat öncesi kanıta dayalı uygulamaların susuzluk hissini azaltacağına inanırım.				

Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

1.Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırma adı:
CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRESİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Araştırmanın Türü
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi açlık süresine yönelik tutumlarını ve bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların araştırmanın yapıldığı hastanede çalışanlar için bir rehber olabileceği düşünülmektedir.

2.Gönüllülük , Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:
a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
c.Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimi bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmaya reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi biliyorum.

3.Gizlilik:
Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, uygulanan yöntemin verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerin iletilebilir.Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir.Ancak bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

4.Çalışmaya Katılma Onayı:
Yukarda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım.Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:
Yaş ve Cisiyeti:
İmzası:
Adresi (varsa telefon ve/ veya fax numarası):
.....
.....
Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;
Veli ya da Vasisinin Adı- Soyadı:
İmzası:
Adresi(varsa telefon ve/ veya fax numarası):
.....
.....
Tarih:

Açıklamaları yapan Araştırmacı Adı- Soyadı: Arzu İşler
İmzası:
Tarih: