



**EBE VE HEMŞİRELERE VERİLEN WEB TABANLI
EĞİTİMİN JİNEKOLOJİK VE OBSTETRİK
CERRAHİDE UYGULANAN ERAS PROTOKOLLERİNE
İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Mervenur EGE ERTEN
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Aşlı SİS ÇELİK

Yüksek Lisans Tezi-2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**EBE VE HEMŞİRELERE VERİLEN WEB TABANLI
EĞİTİMİN JİNEKOLOJİK VE OBSTETRİK CERRAHİDE
UYGULANAN ERAS PROTOKOLLERİNE İLİŞKİN BİLGİ
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Mervenur EGE ERTEN

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Aşlı SİS ÇELİK**

**ERZURUM
2024**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. ERAS Protokolü	5
2.2. ERAS Protokolü Bileşenleri ve Önerileri	6
2.2.1. ERAS Protokolü Preoperatif Bileşenler	7
2.2.2. ERAS Protokolü İntraoperatif Bileşenler	13
2.2.3.ERAS Protokolü Postoperatif Bileşenler	19
2.3.Jinekolojik Cerrahide ERAS Uygulamaları ve Hemşirenin Rolü	25
2.4. Obstetrik Cerrahide ERAS Uygulamaları ve Hemşirenin Rolü	26
2.5. Web Tabanlı Eğitim.....	32
2.5.1. Web Tabanlı Eğitimin Sağlık Eğitimindeki Yeri	33
2.6. Kanıt ve Kanıta Dayalı Uygulama.....	35
2.6.1. Kanıta Dayalı Uygulamaların Tarihçesi ve Önemi.....	36
2.6.2. Kanıta Dayalı Hemşirelik	39
2.6.3. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum	40
2.6.4. Kadın Sağlığı Alanında Kanıta Dayalı Uygulamalar	41
2.6.5. Kanıta Dayalı Uygulamalarda Yaşanan Engeller	46

3. MATERYAL VE METOT.....	50
3.1.Araştırma Türü.....	50
3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı	50
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi	50
3.4. Verilerin Toplanması	52
3.5. Araştırmada Kullanılan Hemşirelik Girişimi.....	55
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	61
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	63
3.8.Araştırma Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri	64
4. BULGULAR.....	65
5. TARTIŞMA.....	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81
KAYNAKLAR	83
EKLER	104
EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	104
EK-2. Etik Kurul Onay Formu	105
EK-3. Kurum İzinleri	106
Ek-4. Tanıtıcı Özellik Formu	108
Ek-5. Eras Bilgi Testi.....	110
Ek-6. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği.....	116
Ek-7. Discern Ölçüm Aracı	117

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, her konuda beni destekleyen çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK'e en derin saygı ve şükranlarımı sunarım

Jüri üyesi olarak tezime verdikleri kıymetli katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Dilek POTUR ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN hocalarıma,

Bu çalışmayı TYL-2023-13132 proje numarası ile destekleyen Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne,

Lisansüstü eğitimime devam edebilmem için bana destek olan tüm ekip arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her konuda yanımda olan, beni daima destekleyen, her başarılı hikayemin mimarı canım annem ve babama, manevi desteğini her zaman yanımda hissettiğim canım eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mervenur EGE ERTEN

ÖZET

Ebe ve Hemşirelere Verilen Web Tabanlı Eğitimin Jinekolojik ve Obstetrik

Cerrahide Uygulanan ERAS Protokollerine İlişkin Bilgi Düzeylerine Etkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı ebe ve hemşirelere verilen web tabanlı eğitimin jinekolojik ve obstetrik cerrahide uygulanan ERAS protokollerine ilişkin bilgi düzeylerine ve ebe/hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarına etkisini belirlemektir.

Materyal ve Metot: Bu araştırma ön test – son test kontrol gruplu deneysel bir çalışmadır. Eylül 2023 - Ağustos 2024 tarihleri arasında Erzurum Şehir Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nin Kadın hastalıkları ve doğumla ilgili birimlerinde (klinik, ameliyathane, doğum salonu) çalışan 78 (45 deney grubu, 33 kontrol grubu) ebe ve hemşire ile yapılmıştır. Çalışmada deney grubundaki ebe ve hemşirelere 3 hafta boyunca, haftada 2 kez toplamda 6 web tabanlı eğitim verilmiştir. Verilerin toplanmasında; “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “ERAS Bilgi Testi”, “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki katılımcıların ERAS protokollerine yönelik bilgi düzeylerinin benzer düzeyde düşük olduğu, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların ERAS Bilgi Testi ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubundaki katılımcıların Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunurken ($p<0.05$), kontrol grubundaki katılımcıların puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Sonuç: Ebe ve hemşirelere verilen web tabanlı eğitimin jinekolojik ve obstetrik cerrahide uygulanan ERAS protokollerine ilişkin bilgi düzeylerini ve ebe/hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarını olumlu yönde arttırdığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ebe, ERAS, hemşire, jinekoloji, kanıta dayalı, obstetri, web tabanlı eğitim

ABSTRACT

The Effect of Web-Based Education Given to Midwives and Nurses on Their Knowledge Levels Regarding ERAS Protocols Applied in Gynecological and Obstetric Surgery

Aim: The aim of this study was to determine the effect of web-based training given to midwives and nurses on their level of knowledge about ERAS protocols applied in gynecological and obstetric surgery and the attitudes of midwives/nurses towards evidence-based practices.

Material and method: This research is an experimental study with a pre-test-post-test control group. It was conducted with 78 midwives and nurses (45 experimental group, 33 control group) working in gynecology and obstetrics units (clinic, operating room, delivery room) at Erzurum City Hospital and Atatürk University Research Hospital between September 2023 and August 2024. In the study, a total of 6 web-based trainings were given to the midwives and nurses in the experimental group twice a week for 3 weeks. Introductory Characteristics Form, ERAS Knowledge Test, Attitude Towards Evidence-Based Nursing Scale were used in data collection.

Results: It was determined that the knowledge levels of the participants in the experimental and control groups included in the study regarding ERAS protocols were similarly low, and their attitudes towards evidence-based nursing were moderately positive. The difference between the pre-test and post-test measurements of the ERAS Knowledge Test mean scores of the participants in the experimental and control groups was found to be statistically significant ($p<0.05$). While the difference between the pre-test and post-test measurements of the Attitude Scale towards Evidence-Based Nursing mean scores of the participants in the experimental group was found to be statistically significant ($p<0.05$), the difference between the mean scores of the participants in the control group was found to be statistically significant ($p>0.05$).

Conclusion: It was found that web-based training given to midwives and nurses positively increased their knowledge level regarding ERAS protocols applied in gynecological and obstetric surgery and their attitudes towards evidence-based practices.

Key Words: ERAS, evidence-based, gynecology, midwife, nurse, Obstetrics, web-based education

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DVT	: Derin Ven Trombozu
ERAS	: Ameliyat Sonrası Gelişmiş İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery)
ERAS-CD	: Enhanced Recovery After Surgery- Cesarean Delivery
FST	: Fast Track Surgery
HPV	: İnsan Papilloma Virüsü
INTRA-OP	: Ameliyat Esnası
IV	: İntravenöz
KDH	: Kanıta Dayalı Hemşirelik
KDT	: Kanıta Dayalı Tıp
KDU	: Kanıta Dayalı Uygulama
NG	: Nazogastrik Sonda
NHS	: Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti
NSAİİ	: Non-Steroid Antiinflatuar İlaç
POBK	: Post Operatif Bulantı Kusma
POST-OP	: Ameliyat Sonrası
PRE-OP	: Ameliyat Öncesi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WTE	: Web Tabanlı Eğitim

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Consort diyagramı	52
Şekil 3.2. Web sitesi ana sayfa	58
Şekil 3.3. Web sitesi giriş paneli	59
Şekil 3.4. Web sitesi eğitim paneli	59
Şekil 3.5. Eğitim videolarının görsel ve sesli sunum ile anlatılması.....	60
Şekil 3.6. Eğitimlerin izlenme durumunun takibi.....	60
Şekil 3.7. Araştırma uygulama akış şeması.....	61

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Amerika Anestezi Birliği ameliyat öncesi açlık süresi önerileri	10
Tablo 2.2. ERAS Protokolünün obstetrik cerrahi için stratejileri	28
Tablo 2.3. Web tabanlı eğitimin avantajları ve sınırlılıkları	34
Tablo 3.1. ERAS Bilgi Testi sorularının eğitim içeriğine göre dağılımı	54
Tablo 3.2. Eğitimlerdeki konu başlıkları.....	56
Tablo 3.3. DISCERN ölçüm aracı değerlendirme sonuçları.....	56
Tablo 3.4. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler.....	62
Tablo 3.5. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu.....	62
Tablo 3.6. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait grup içi normal dağılım tablosu	63
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri	66
Tablo 4.2. Katılımcıların ön testte ERAS Bilgi Testinden aldıkları puanların karşılaştırılması	68
Tablo 4.3. Katılımcıların ön testte Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	68
Tablo 4.4. Katılımcıların son testte ERAS Bilgi Testinden aldıkları puanların karşılaştırılması	69
Tablo 4.5. Katılımcıların son testte Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	69
Tablo 4.6. Deney ve kontrol gruplarında ERAS Bilgi Testi puanlarının grup içi karşılaştırılması	70
Tablo 4.7. Deney ve kontrol gruplarında Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği puanlarının grup içi karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.8. Ön test kontrol edildiğinde girişimin ERAS Bilgi Testi puanına etkisi	71

Tablo 4.9. Ön test kontrol edildiğinde girişimin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik

Tutum Ölçek puanına etkisi 71



1. GİRİŞ

Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) protokolü, cerrahi sonrası iyileşmeyi hızlandıran, hastanede kalma süresini ve morbidite oranını azaltan, kanıta dayalı uygulamaları kapsayan bakım protokollerinin bütünüdür (ERAS Türkiye Derneği, 2022; Kehlet ve ark., 2008) ERAS, kişiye ameliyat öncesi (pre-op) dönemden başlayıp ameliyat esnası (intra-op), ameliyat sonrası (post-op) ve taburculuk dönemini de kapsayan çok yönlü öneriler sunmaktadır. Temel amacı ise yapılan cerrahi işleme bağlı meydana gelen stresi azaltmak, metabolik işlevlerin kısa sürede normalleşmesini desteklemek, yara iyileşmesini hızlandırmak ve kişinin günlük yaşam aktivitelerine kısa sürede dönmesini sağlamaktır (Gündoğdu, 2018; Bray ve ark., 2017).

Cerrahi alanlarda sık kullanılan ve benzer özellikler gösteren ERAS protokolleri ilk kez 1990 yılında Danimarka’da Prof. Henrik Kehlet tarafından ele alınmıştır. Abdominal kolorektal cerrahi işleminde “Hastanın ameliyat sonrası travmaya bağlı oluşan stresini azaltmak, fonksiyonlarının en kısa sürede eski haline dönmesine destek olmak, mümkün olan en kısa sürede günlük aktivitelerine dönmesini sağlamak” amacıyla uygulanmıştır ve sonucunda istenen başarının elde edilmesiyle ERAS Protokolünün diğer cerrahi alanlarda da uygulanmasına temel hazırlamıştır (Ersoy ve ark., 2007; Gündoğdu, 2018; Bozkirli ve ark., 2012). ERAS protokollerinin obstetrik ve jinekolojik açıdan ele alınması için, Nisan 2012’de gerçekleştirilen Ulusal Hızlandırılmış İyileştirme Zirvesi’nde Royal Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği’nin temsilcileri tarafından “Multidisipliner Konsensus Bildirisi” imzalanmış, 2016’da ise “Anestezi ve Majör Jinekoloji Kılavuzu” yayınlanmıştır. Nelson ve ark.’nın (2019) “Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations” adında geliştirdiği kılavuzda Jinekolojik onkoloji alanında

ERAS protokolünün kanıt kalitesindeki farklılıkları güncellemek amaçlanmıştır (Nelson ve ark., 2019). Daha sonra Altman ve ark.'nın (2020) "Guidelines for vulvar and vaginal surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations" adında geliştirdiği kılavuzda "Vulva ve vajinal ameliyatlara için optimal bakım" ele alınmış ve konuyla ilgili yapılan metaanalizler, randomize kontrollü çalışmalar ve prospektif kohort çalışmaları EMBASE ve PUBMED veri tabanında taranarak incelenip derecelendirilmiştir. (Altman ve ark., 2020; ERAS Türkiye Derneği, 2022). Yapılan iki çalışma sonucuna göre ERAS protokolünün önerilerinin kanıt düzeyi dereceleri güncellenmiştir. Geliştirilen bu kılavuzlar sayesinde vajen, vulva ve jinekolojik onkoloji gibi cerrahi işlemlerde ERAS'ın uygulanması ve sonucunda başarı elde etme sıklığında artış gözlemlenmiştir (Altman ve ark., 2020; Nelson ve ark., 2019).

ERAS protokolünün Obstetri alanında akla ilk gelen uygulanma noktası sezaryendir (ERAS Türkiye Derneği, 2022). Sezaryen sonrası iyileşme süresini kısaltmak amacıyla 2018 ve 2019 yılında pre-op in-op ve post-op dönemde kanıta dayalı uygulamaları kapsayan "Enhanced Recovery After Surgery- Cesarean Delivery (ERASCD)" rehberi yayımlanmıştır (Caughey ve ark., 2018). Bu rehber pre-op, intra-op ve post-op dönemdeki yapılan girişimlere yönelik öneriler sunmuştur. Bu öneriler sayesinde annenin sağlığını sürdürmesine, yara iyileşmesinin hızlanmasına, erken mobilizasyon süresine, erken beslenmesine ve hastanede kalış süresinin kısalmasına olanak sağlayan kanıta dayalı uygulamalara temel oluşturulmuştur (Wilson ve ark., 2018).

Kanıta dayalı uygulamalar, 1980'lerde kavramsallaşmaya başlamış ve 1990'lı yılların başında, sağlık hizmetlerinde bir hareket olarak öne çıkmaya başlamıştır (Sackett ve ark., 1996). Kanıta Dayalı Hemşirelik (KDH) uygulaması, araştırma sonuçları ile elde edilen kanıtların kliniklerin tecrübesi ve hasta değer ve seçimleriyle birleştirildiği sorun

özme yaklaşımıdır. Araştırma sonuçlarının kullanılması, Florance Nightingale’in Kırım Savaşı’nda yaralanan askerlerin ölüm hızlarının azalmasına katkı sağlayan kayıtları ile başlamıştır. Kanıta dayalı uygulamalar ERAS Protokolünün önerilerine entegre edilmesiyle, ERAS Protokolünün başarılı sonuçlar vermesinde önemli rol oynamaktadır (Küçük ve ark., 2017).

19 Nisan 2011 tarihli “Hemşirelik Yönetmeliği’nde” ülkemizde hemşirelerin görev ve yetki ve sorumlulukları “*Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.*” şeklinde belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu yönetmelikle, ERAS’ın multidisipliner bir yaklaşım olduğu ve her bölümünde ebe ve hemşirenin etkin rol alması gerektiği desteklenmiştir.

Ülkemizde ebe ve hemşireler jinekoloji ve obstetri alanında yapılan cerrahi girişimlerde pre-op ve post-op dönemde “hastayı bilgilendirmek, yara iyileşmesini hızlandırmak, cerrahi sonrası komplikasyonları azaltmak” gibi birçok alanda bağımlı ve bağımsız önemli role sahiptir (Demirhan ve ark., 2014). Jinekoloji ve Obstetri alanında çalışan ebe ve hemşirelerin özellikle ERAS protokolünü uygulama amaçları kadının stresini minimum düzeye indirmek, normal diyetle dönme süresini kısaltmak, erken mobilizasyon ve psikolojik destek ile erken rehabilitasyonu sağlamaktır. Ayrıca, ebe ve hemşire hasta ile 24 saat boyunca iletişimde olması nedeni ile cerrahi sürecin izleminden primer olarak sorumludur (Kabataş ve ark., 2016).

Literatürde yapılan araştırmalar incelendiğinde; Güzel ve Yava’nın (2019) yaptıkları çalışmada hemşirelerin ERAS Protokollerine yönelik bilgi sahibi olmadığı ve bilgi almak için herhangi bir başvuru yapmadığı belirtilmiştir (Güzel ve Yava., 2019). Ongun ve Ak’ın (2020) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin ERAS protokolü hakkında

bilgi sahibi olmadığı, çalıştıkları kurumda ERAS'ın uygulanmadığı, ERAS protokolüne dair herhangi bir bilgiye başvurmadağı ve ERAS'a yönelik eğitim almadığı bildirilmiştir (Ongun ve Ak., 2020). Ayrıca hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik olumlu tutumlarının orta düzeyde olduğu, çalıştıkları birimde uygulamakta güçlük çektikleri belirtilmiş ve kanıta dayalı uygulamaların uygulanmasında yaşanan en büyük sorunun zaman kısıtlılığı, kanıtlar için kaynağa ulaşmakta güçlük çekmek, ulaşılan bilgileri yorumlayamama ve kullanamama olduğu bildirilmiştir (Koehn ve Lehman, 2008; Dalheim, 2012:1; Doğan ve ark., 2021).

Konu ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalardan elde edilen verilere göre Jinekoloji ve Obstetri alanında görev alan ebe ve hemşireler için kanıta dayalı uygulamaların ve ERAS protokollerinin büyük önem taşımasına rağmen hemşirelerin ERAS protokolleri hakkında bilgi düzeylerinin eksik, kanıta dayalı uygulamalara yönelik olumlu tutumlarının yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı; ebe ve hemşirelere verilen web tabanlı eğitimin jinekolojik ve obstetrik cerrahide uygulanan ERAS protokollerine ilişkin bilgi düzeylerine ve ebe/hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarına etkisini belirlemektir.

Araştırmanın Hipotezleri;

H_{0a}: ERAS Protokolü hakkında verilen web tabanlı eğitim ebe ve hemşirelerin ERAS protokolü hakkında bilgi düzeyini etkilemez.

H_{1a}: ERAS Protokolü hakkında verilen web tabanlı eğitim ebe ve hemşirelerin ERAS protokolü hakkında bilgi düzeyini artırır.

H_{0b}: ERAS Protokolü hakkında verilen web tabanlı eğitim ebe ve hemşirelerin Kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarını etkilemez.

H_{1b}: ERAS Protokolü hakkında verilen web tabanlı eğitim ebe ve hemşirelerin Kanıta dayalı uygulamalara yönelik olumlu tutumlarını artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ERAS Protokolü

ERAS Protokolü, “düzenli hasta takibi, detaylı hasta eğitimi, analjezi ve anestezi” yeni yaklaşımların ve minimal invaziv cerrahi tekniklerin birleşimidir. Bu kombinasyon fiziksel rehabilitasyonun ve oral beslenmenin önemini vurgular. Ayrıca hasta bakım gereksinimlerini azaltır, iyileşme dönemini hızlandırır. ERAS protokolünün amacı hastanın stres yanıtını azaltmak, ağrı ve anksiyete düzeyini minimum düzeye indirmektir. ERAS Protokolünü değerlendiren birçok çalışma post-op dönemde hastanede kalış süresinin ve hastane maliyetinin azaldığını ileri sürmüştür (Chapmann ve ark., 2015; Nelson ve ark., 2016; Parsons ve ark., 2015).

Perioperatif bakım modellerinde ERAS Protokolü kapsamında birçok alanda değişiklikler meydana gelmiştir. Fast-Track Surgery (FTS)” olarak da tanımlanan bu programın temelleri 1999 yılında atılmıştır. “Kehlet ve Mogensen” ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme için özel bir protokol hazırlamış ve 2001 yılında bir grup akademik cerrahın Londra’daki ERAS çalışma grubunu başlatması ile ERAS Protokolü ortaya çıkmıştır (Miralpeix ve ark., 2016; Barber ve ark., 2015, Sanchez ve ark., 2014; . Steenhagen ve ark., 2016).

Kehlet ERAS Protokolünü 15 faktörde özetlemiştir. Wind ise 2006 yılında ERAS Protokolünü detaylı ve sistematik bir şekilde yorumlayarak birçok faktörü kapsayacak şekilde tanımlamıştır. Bu faktörler, “randomize kontrollü çalışmalar ve meta-analizler ile belirlenmiştir ve birçok yazar bu faktörlerin 9-12 tanesini önermişlerdir. “Erken mobilizasyon ve erken enteral beslenme” çalışmalarda kullanılan ortak faktörler arasındadır (Miralpeix ve ark., 2016).

ERAS Protokolü dört prensibe dayandırılmıştır;

- İyileşmeyi hızlandırmak amacıyla stres yanıtını minimum düzeye indirecek girişimler uygulanır.
- Preoperatif hazırlık aşamasında hastanın ameliyata en hazır hissettiği zamanı seçilir ve hastanın rehabilitasyonuna yatıştan önce başlanır.
- Hızlı iyileşme komponentleri, süreç boyunca birbiriyle ilişkilidir.
- İyileşme sürecini hızlandırmak için hastalara pre-op, intra-op ve post-op süreçte aktif rol ve sorumluluklar verilir.

ERAS uygulamaları kolay anlaşılır ve mantığa uygun uygulamaları içerir ancak sağlık personelinin eğitimi, tutumu, yeterli sayıda olması ve hastanın kültür değerleri ERAS protokolünün başarısını değiştirebilir. ERAS uygulanması özverili ve motivasyonu yüksek bir sağlık ekibini (cerrah, hemşire, ebe, fizyoterapist, anestezi uzmanı, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanı) gerektirir (Lucas ve ark., 2013).

2.2. ERAS Protokolü Bileşenleri ve Önerileri

ERAS protokolü; “ameliyat öncesi (pre-op), ameliyat sırası (intra-op) ve ameliyat sonrası (post-op)” dönemleri kapsayan bileşenlerden oluşur (ERAS,2022).

Ameliyat Öncesi (pre-op) Bileşenler

- Bilgilendirme ve Danışmanlık
- Bağırsak Temizliği
- Açlık ve Karbonhidrat Yükleme
- Optimizasyon
- Premedikasyon
- Tromboemboli Profilaksisi
- Antimikrobial Profilaksi
- Ameliyat Yerinin Hazırlığı

Ameliyat Sırası (intra-op) Bileşenler

- Anestezi Protokolü
- Cerrahi Kesilerin Seçimi
- Hipoterminin Önlenmesi
- Bulantı ve Kusmanın Yönetimi
- Perioperatif Sıvı Yönetimi
- Drenlerin Kullanımı

Ameliyat Sonrası (post-op) Bileşenler

- Nazogastrik Sonda Kullanımı
- İdrar Katateri
- Kan Şekeri Yönetimi
- Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması ve İleusu Önleme
- Ameliyat Sonrası Analjezi
- Erken Beslenme
- Erken Mobilizasyon
- Taburculuk
- Takip ve Sonuçların Denetimi

2.2.1. ERAS Protokolü Preoperatif Bileşenler

Bilgilendirme ve Danışmanlık

Pre-op dönemde yeterli bilgi sahibi olmayan hastalar stres ve anksiyete yaşamaktadır (Gustaffsson ve ark, 2019). Pre-op dönemde verilen eğitim ve danışmanlık hizmeti, hastanın stres düzeyini azaltır, cerrahi sonrası iyileşmeyi hızlandırır ve yatış süresini azaltır.(Gustaffsson ve ark, 2019). Bu sebeple hasta ameliyat öncesi mevcut tanı ve yapılacak tedavi süreci hakkında yazılı veya sözlü olarak bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme hastanın hastaneye yatış işlemlerinden taburculuğa kadar geçen süreyi

kapsamalı ve bu süreç boyunca yaşayacakları hakkında her detayı kapsamalıdır. (ERAS, 2022; Gustaffsson ve ark, 2019).

Pre-op dönemde bilgi verilmesi gereken konular;

- Hastaya mevcut sağlık durumuna yönelik “konulan tanı ve tedavi süreci” ile ilgili bilgi verilmelidir.
- Cerrahi süreçte uygulanacak olan ERAS Protokolü hakkında hastaya bilgi verilmeli ve bu süreçte ERAS Protokolüne dayalı olarak hastanın neler yapması veya yapmaması gerektiği nedenleriyle açıklanmalıdır.
- Post-op dönemde “beslenme, mobilizasyon ve solunum egzersizleri” gibi faktörlere uygun olan “*en erken süreçte*” başlanması gerektiği anlaşılır ve ayrıntılı biçimde hastaya anlatılmalıdır.
- Hastaya bu süreç boyunca kendi sorumluluklarını alması için başarabileceği düzeyde günlük görevlendirmeler yapılmalıdır.
- Hastaya taburculuk dönemiyle ilgili bilgi verilmelidir. (ERAS, 2022)

Hastalar bilgilendirilirken; verilen bilginin hastaya doğru yolla verilmesine (yazılı, görsel, sözel vb.) ve hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığına dikkat edilmelidir. Gereken durumlarda hastalara post-op dönemde yapması gereken egzersizler (solunum, yatak içi vb.), hareketler, beslenme vb. gibi faktörler hakkında pre-op dönemde bilgi verilerek, alıştırmaya yapmalarına destek olunabilir. Bilgilendirme sürecine hasta yakınları da aktif olarak dahil edilmelidir. Çünkü ERAS Protokolü yalnızca sağlık çalışanı ve hastayı değil hasta yakınlarını da kapsamaktadır ve bu durum ERAS Protokolünün başarıyla uygulanmasını sağlamaktadır. Bu aşamada önemli nokta hastayı pasif olarak bilgilendirmek değil tüm süreçte üstleneceği sorumlulukları anlatmaktır. İyileşme sürecinde hastanın aktif rol oynayacağı hastaya anlatılmalıdır. Buna bağlı olarak hasta sürecin bir parçası olduğunu benimseyecek ve böylece iyileşme sürecinde yaşayacağı

stres/anksiyete düzeyi azalacaktır. Pre-op dönemde “danışmanlık, eğitim” gibi kavramlara önem verilmesinin post-op dönemde görülen komplikasyonları, anksiyeteyi, analjezik kullanımını ve hastanede kalış süresini azalttığı görülmektedir (Kırık, 2018; Öndeş, 2012).

Bağırsak Temizliği

Literatürdeki çalışmalarda bağırsak hazırlığı yapılan hastalarda “sıvı elektrolit kaybı” yapılmayan hastalara göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Bağırsak temizliği yapıldığı zaman hastaların, toplam vücut sıvısının 2 litresi kadarını kaybettikleri belirtilmiştir (Duran Yakar, 2019; Kankılıç, 2018).

Son yıllarda yapılan araştırmalara göre kolon cerrahisi öncesi “anastomoz kaçaklarını” önlemek amacıyla uygulanan barsak temizliğinin, özellikle ileri yaş hastalarda ciddi sıvı-elektrolit dengesizliğine yol açtığı saptanmıştır. Bu nedenle kolonoskopi yapılacak hastalar haricinde “bağırsak temizliği” yapılmaması önerilmiştir. (Bayar ve ark., 2013; Büyük yılmaz ve Şendir, 2009; Erdem, 2018). Cerrahi öncesi barsak temizliği yapılmaması dehidratasyonun ve elektrolit dengesizliğinin oluşmasına engel olduğu saptanmıştır (Duran Yakar, 2019).

Açlık ve Karbonhidrat Yüklenmesi

Günümüzde mide içeriğinin aspire edilmesini önlemek için gece yarısından sonra oral alımın kapatılması gelenekselleşmiş bir uygulamadır. Ancak uzun süre açlığın olumsuz yönde etkilerinin olduğu saptanmıştır. Özellikle, 12 saatlik açlık, vücudun metabolik açlığa geçmesine sebep olur. Bu durum, post-op dönemde yüksek enerji ihtiyacını karşılamak amacıyla harekete geçen “*karaciğer glikojen depolarının tükenmesine, glikoz metabolizmasının bozulmasına ve insülin direncinin artmasına*” sebep olmaktadır (Ersoy ve Gündoğdu, 2007). Dolgun ve ark.’larının yapmış olduğu

çalışmaya göre hastaların pre-op dönemde aç kalma süresi ortalama 13.53 saat ve sıvı kısıtlama süresinin ortalama 12.21 saat olduğu saptanmıştır (Dolgun ve ark., 2011) .

ERAS protokolüne göre cerrahi işlemden “altı saat öncesine kadar katı, iki saat öncesine kadar berrak sıvı alımına” izin verilmesi önerilmektedir. Bunun yanı sıra cerrahi işlem öncesi “gece yarısına kadar 800 ml, 2-3 saat öncesinde ise 400 ml” karbonhidrat açısından zengin sıvı gıda verilmesinin post-op iyilik halini artırdığı, bulantı-kusma, insülin direnci ve hastanede kalış süresi gibi faktörleri büyük oranda azalttığı saptanmıştır. (Demirhan ve Pınar, 2014; Erdem, 2018; Ersoy ve Gündoğdu, 2007) Amerika Anestezi Birliği besinlerin türüne göre ameliyattan kaç saat önce tüketilebileceğine dair öneriler sunmuştur (Tablo 2.1) (American Society of Anesthesiologists Committee Guideline, 2017).

Tablo 2.1. Amerika Anestezi Birliği ameliyat öncesi açlık süresi önerileri

Besin Türü	Açlık Süresi
Berrak sıvı (su, posasız meyve suyu, açık çay vb.)	2
Anne sütü	4
Hayvansal sütler	6
Hafif yemekler (yağsız, çay, kahve)	6
Kızarmış gıda, yağlı yiyecek, et	8+

Karbonhidrat yüklenmesi, “*cerrahi öncesi gece ve cerrahi işlemden 3 saat önce*” karbonhidratlı içeceklerin alınması şeklinde uygulanır. Bu içecekler, yoğun karbonhidrat içeren berrak sıvılardır ve yarım saat içerisinde mideden atılmaktadır. Cerrahi işlemden 2-3 saat önce alınan içeceğin 400 mililitresinin hastanın insülin direncini, hastada oluşan kaygı, susuzluk ve açlık gibi sorunlarını da azaltma etkisi olduğu gözlemlenmiştir (Erdem, 2018; Öndeş, 2012).

Ameliyat Öncesi Optimizasyon

Ameliyat öncesi hasta “*alışkanlıkları, sigara/alkol kullanımı, kullandığı ilaçları ve kronik hastalıkları*” açısından iyi değerlendirilmeli ve bilgi gereksinimi karşılanmalıdır. Böylece hastanın “*kalp, böbrek, akciğer hastalıkları, hipertansiyon, anemi, diyabet ve malnütrisyon vb.*” sistemik hastalıklarının düzeltilmesi ve sigara alkol kullanımının kontrol altına alınması sağlanır (ERAS, 2022).

Sigara alkol kullanımının ameliyattan “8 hafta önce” bırakılması önerilmektedir. Alkol kullanan hastalar kardiyopulmoner fonksiyonlar, yara iyileşmesi ve kanama yönünden riskli grupta yer alırlar. Ayrıca alkol kullanan hastaların morbidite oranı diğer hastalara göre 3-4 kat daha fazladır (Tuna ve Kurşun., 2018). Sigara kullanan hastalar ise yara yeri komplikasyonları ve pulmoner fonksiyon açısından riskli grupta yer almaktadır. Sigara/Alkol kullanmamanın, hastaların metabolik stres yanıtını azaltan yönde etkileri saptanmıştır. Diğer yandan cerrahi öncesi erken dönemde sigara kullanımının bırakılması, post-op dönemde solunum yolunda oluşabilecek komplikasyonların önüne geçer. Fakat sigaranın pulmoner etkisi, sigarayı bıraktıktan sonraki 4 hafta içerisinde düzelebilmektedir (Tuna ve Kurşun., 2018, ERAS Türkiye Derneği, 2022).

Premedikasyon-Anestezi Protokolü

Hastanın “iyileşme süreci ve hastanede kalma süresi” kullanılan “Opoidler, Sedatifler veya hipnotikler gibi uzun süre etki gösteren premedikasyonlar nedeniyle uzamaktadır. Bu sebeple anestezi öncesi gerek olmadıkça premedikasyon uygulamalarından kaçınılması önerilmektedir. Yalnızca, bu tip ilaçları kullanma geçmişi olan hastalar “psikiyatri konsültasyonu” ile ilaçlarına devam edebilir (ERAS Türkiye Derneği, 2022).

Tromboemboli Profilaksisi

Tromboemboli oluşmasının nedenleri; kardiyovasküler hastalıklar, derin ven trombozu (DVT) öyküsü, post-op komplikasyonlar ve post-op dönemde hastanın yeterince mobilize olmaması olarak belirtilmektedir. Bu nedenle pre-op dönem itibari ile hastaya günlük tek doz “düşük moleküler ağırlıklı Heparin” verilmesi ve tromboembolinin oluşmasını önleyen basınçlı çorapların kullanılması gerekmektedir. Fakat düşük molekülü Heparin uygulanırken kronik karaciğer hastalığı ya da böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalarda oluşabilecek “kanama riski” açısından dikkatli olunması gerekmektedir (Tuna ve Kurşun, 2018).

Derin ven tromboembolizm durumunda hastada “kızarıklık, şişlik, sıcaklık, hassasiyet ve ağrı” risk faktörleri görülebileceği için hastaya çorap giydirilmeden önce bu risk faktörleri açısından değerlendirme yapılmalıdır. Çorabın hastanın ölçülerine göre olması gerekmekte ve hasta çorabı sırt üstü pozisyonda yatarken giymelidir. Eğer oturur pozisyonda ise ayaklar 15 dk. yükseltildikten sonra giydirilmelidir (Tuna ve Kurşun, 2018).

DVT cerrahi işlemlerin en önemli komplikasyonudur. DVT nedeniyle oluşan kan pıhtıları inme ya da akciğer embolisi gibi sistemik problemlere yol açabilir. Bu sebeple pıhtılaşmayı önleyen “Antikoagülan” ilaçlar intravenöz, oral ya da subkutan yol ile uygulanmalıdır (ERAS, 2022).

Antimikrobial Profilaksi

Cerrahi işlem sonrası yara yeri enfeksiyonunu önlemek ve oluşabilecek enfeksiyonların önüne geçmek için tek doz antibiyotik uygulanır. Yapılan çalışmalara göre antimikrobial profilaksi uygulandığı zaman cerrahi alan enfeksiyonunda azalma olduğu saptanmıştır. Enfeksiyona neden olan “aerobik veya anaerobik” etkenlere karşı uygulanan tek doz antibiyotik ameliyattan yaklaşık 30-60 dakika önce yapılmalıdır.

Ameliyatın “3-4 saatten fazla sürdüğü ya da kan kaybının 1500 ml’den fazla olduğu” durumlarda ilacın “yarılanma ömrüne” bağlı ek doz uygulanabilir. Uygulanan antibiyotik yerleşik enfeksiyon tedavisinde kullanılan antibiyotiklerden farklı olmalıdır ve kullanılan antibiyotik aerobik/anaerobik bakterileri kapsamalıdır. Standart antibiyotik aerobik /anaerobik bakterileri kapsayan “metronidazol” ile birlikte bir “sefalosporin” içermektedir. Sefalosporinler “geniş spektrumlu ve maliyetinin düşük olması” nedeniyle en sık tercih edilen antibiyotik grubudur (Dağıstanlı ve ark., 2018). Kolorektal cerrahi öncesi antibiyotik profilaksisinin zorunlu kullanımının, yara yeri enfeksiyonunu %39’dan %13’e indirdiği 2014 yılında yayınlanan bir “cochrane” incelenmesinde bildirilmiştir (Duran Yakar,2019).

Ameliyat Yeri Hazırlığı

Yara yerinde oluşabilecek enfeksiyonları engellemek amacıyla cerrahi işlem öncesi cilt hazırlığı yapılmaktadır. Cilt ürünlerini karşılaştıran bir çalışmada, “Klorheksidin-alkol” kullanılan hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu oluşma riskinin “povidon-iyot” kullanılan hastalara göre %40 daha düşük olduğu saptanmıştır (Darouiche ve ark.,2010). Rutin tıraş, antiseptik duş, yapışkan bantlar gibi ürünlerle ilgili kanıtlar ise literatürde yetersiz düzeydedir. Kıl temizliğinin yapılması gereken durumlarda kılların koparılmasının, tıraş edilmesine göre daha az enfeksiyona yol açtığı görülmektedir. Sonuç olarak cerrahi işlem öncesi dönemde Klorheksidin gibi alkol bazlı solüsyonlarla yapılan cilt hazırlığından sonra yara yeri enfeksiyonunun daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Dağıstanlı ve ark., 2018; Kırık,2018).

2.2.2. ERAS Protokolü İntraoperatif Bileşenler

Anestezi Protokolü

Anestezi, ameliyat esnasında hastanın ağrı duymasını engellemek amacıyla “lokal, genel veya rejyonel” şekilde uygulanabilmektedir.

Cerrahi işleme göre en uygun anestezi yöntemiyle alakalı net bir bilgi olmamakla birlikte, “kısa etkili” ajanların uygulanması daha uygundur. Uzun etkili intravenöz “sülfat, morfin hidroklorür, fentanil sitrat” gibi opioidler yerine kısa etkili “propofol, remifentanil hidroklorür” kullanmak, böylece proaktif iyileşmenin post-op dönemde hemen başlamasına izin vermek mantıklıdır (ERAS Türkiye Derneği, 2022).

Kolon cerrahisinde ısrarla önerilen “Midtorasik Epidural” anestezinin iki yararı vardır. Birincisi post-op dönemde daha düşük morbidite ile yeterli analjezinin sağlanmasıdır. İkinci yararı ise, midtorasik epidural blokajın adrenal bezlerde de blokaj meydana getirerek travmaya karşı metabolik endokrin cevabın azalmasına neden olmasıdır. Bu şekilde “stres” hormonlarının salınımı azalacak, post-op ileus süresi kısalacak ve post-op insülin direnci düşecektir. Sonuç olarak hastanın karşılaştığı “metabolik travma” şiddeti azalmış, iyileşme süreci hızlanmış ve hastanede kalma süresi kısalmış olacaktır (ERAS Türkiye Derneği, 2022).

Epidural anesteziye bağlı hematoma, apse ya da nörolojik hasar riskinin %0.01 ile %0.6 arasında olmasına rağmen, bu olasılık mutlaka dikkate alınmalıdır. Nörolojik komplikasyonların önüne geçmek amacıyla kateter hasta uyanırken yerleştirilmelidir. Ameliyat esnasında blokaj, devamlı lokal anestetik infüzyonu ve ek olarak 4-10 ml/saat ile düşük opioid dozu verilerek yapılabilir (ERAS Türkiye Derneği, 2022).

Düşük dozda Epidural opioidler analjezi sağlamada Epidural lokal aneziklerle sinerjik olarak hareket etmektedir. Torasik Epidural infüzyona ek “epinefrin” uygulanması analjeziyi artırmaktadır. Sonuç olarak protokolde tavsiye edilen uygulama “Midtorasik Epidural blokaj” ve beraberinde kısa etkili anestetiklerle cerrahi işlemin yapılması ve post-op dönemde de “Midtorasik Epidural” kateter yolu ile analjezinin sağlanmasıdır (ERAS Türkiye Derneği, 2022).

Cerrahi Kesilerin Seçimi

Cerrahi sonrası doku bütünlüğünün sağlanması ve ortaya çıkan kanamaların kontrolü amacıyla cerrahi işlem esnasında kesi seçimi önemlidir. Kesi yöntemi seçilirken ameliyatın yeri ve anatomik bölgesine dikkat edilmelidir. Seçilen kesinin sadece ameliyat sırası kontrolü değil ameliyat sonrası dönemde hastanın konforu da göz önüne alınarak seçilmelidir. ERAS protokolüne göre hastanın doku bütünlüğü düşünülerek seçilebilecek en uygun en küçük kesi yeri seçilmelidir. (ERAS Türkiye Derneği ,2022). Laparoskopik cerrahi işlem son dönemlerde sık tercih edilen invaziv yaklaşımdır. Bu cerrahi işlem sayesinde “ağrı yönetimi, kan kaybının minimum düzeyde tutulması, pulmoner fonksiyonlar ve ileusun önlenmesi gibi durumlarda açık cerrahiye göre daha etkilidir ve pozitif yönde sonuçlar verdiği gözlemlenmiştir. Ayrıca taburculuk süresini de kısalttığı saptanmıştır. Laparoskopik cerrahiye göre minimal invaziv olarak “robotik cerrahi, tek insizyonlu laparoskopik cerrahi ve el yardımcı laparoskopik cerrahi” gibi yöntemler kullanılmaktadır. Fakat bu yöntemlerin laparoskopik yönteme göre etki durumu henüz kanıtlanmamıştır (Akpolat,2018).

Hipoterminin Önlenmesi

Vücut sıcaklığının 36 °C altına düşmesi olayına “Hipotermi” denir. Hastada “ısı üretiminin azalması, ısı kaybının artması veya termoregulasyonun bozulması” gibi durumlarda hipotermi gelişir (Demiraslan,2017; Yüksel ve Uğraş,2016).

Hipotermi olan hastalarda yara iyileşmesinde gecikme, yara yeri enfeksiyonu, kanama, kardiyak problemler, taburculuk süresinde uzama ve yaşam kaybı gibi önemli komplikasyonlar görülebilir. Hipotermi “serebral iskemi” durumunda hipoksiden korur (Koyuncu ve ark.,2015). Bu sebeple kontrollü hipotermiye neden olan bazı ameliyatlara ya da patolojik durumlar hariç hipotermi, cerrahi hastalarında önlenmesi gereken bir komplikasyondur. Hipotermi gelişen hastada normotermiyi sağlamak yaklaşık 2-5 saat

gerektirdiği için hastada hipotermi oluşmadan önlemini almak oldukça önemlidir. (Yüksel ve Uğraş,2016). İntro-op ve post-op dönemlerde normotermiyi sağlamak taburculuk süresini %40’a kadar azaltmakta ve yara yeri enfeksiyon riskini %64’e kadar düşürmektedir (Hooven, 2011).

Pasif izolasyon, aktif eksternal ısıtma sistemi ve internal ısıtma yöntemi hipotermi gelişmesini önleyen, normoterminin sürdürülmesini sağlayan yöntemler arasındadır (Demirarslan, 2017).

Hipotermi “sempatik deşarjı ve travmaya metabolik endokrin yanıtı” uyarak ve “koagülasyon sistemlerini bozarak” kanamanın artmasına sebep olabilir. Bazı araştırmalarda “ısıtma örtüsü” kullanılarak normoterminin korunmasıyla yara yeri enfeksiyonlarının, kardiyak komplikasyonların, kanamanın ve transfüzyon gerekliliğinin azaldığı saptanmıştır. Sistemik ısıtmanın pre-op dönemde başlatılıp post-op 2 saate kadar uzatılması ek olarak yarar sağlayabilmektedir (ERAS Türkiye Derneği, 2022). Aktif ısıtma yöntemi kullanılmasına rağmen normotermiyi sağlamak 15-60 dakika kadar sürebilmektedir ve yaşa bağlı bu süre uzamaktadır (Demirarslan, 2017).

Bulantı ve Kusma Yönetimi

Post Operatif Bulantı Kusma (POBK), anestezi ve cerrahinin ortak komplikasyonlarından biridir. Bulantı ve kusma; erken enteral beslenmeyi erteleyerek normal beslenmeye geçişi zorlaştırır ve hastanın stres düzeyinin artmasına, taburculuk süresinin uzamasına ve hastane maliyetinin artmasına neden olur (Demirarslan, 2017; ERAS, 2022). POBK için alınan önlemlerin uygulanmasındaki artış sonucunda ortaya çıkma insidansında azalmalar görülmüştür. POBK risk faktörlerini belirlemek amacıyla farklı skor sistemleri geliştirilmiştir. Apfel ve ark., (2004) tarafından POBK proflaksisi için 4 bileşeni kapsayan skor sistemi geliştirilmiştir. Bu bileşenler; “ kadın cinsiyeti, sigara kullanmama, post-op opioid kullanımı, taşıt tutması ya da POBK yks ”dr. Bu

risk faktörlerinden 0,1,2,3 ve 4'ü mevcut ise “POBK görülme riski” sırasıyla %10, %21, %39, %61 ve %79 oranındadır (Apfel ve ark., 2004).

Post operatif bulantı kusma için “50 yaş altı olmak, immobilize, obezite ve laparoskopik cerrahi geçirmiş olmak” riski artıran faktörler arasındadır. Rejyonel anestezi uygulanması ve propofol kullanımı, pre-op dönemde minimal açlık ve karbonhidrat yüklemesi riski azaltmaya yardımcı olur. Yüksek riskli hasta gruplarında kullanılan en yaygın yöntem: anestezi esnasında “deksametazon” ve anestezi uyanma öncesi “ondansetron” verilmesidir. Glukortikoid grubu olan deksametazon, bulantı ve kusma riskini azaltmasının yanında doku ödemi de azaltır ve hafif analjezik etkisi de mevcuttur. Ondansetron ise yeni geliştirilmiştir, ağrılar üzerine etkilidir (Akpolat, 2018; Öndeş, 2012).

Yapılan araştırmalarda POBK’nın engellemesinde en iyi sonuçların; profilakside en az 3 doz ve üzeri “antiemetik” kullanımı ile elde edildiği saptanmıştır. Bulantı ve kusmanın önlenmesi için “yeterli sıvı alımının sağlanması, Perioperatif opioid kullanımının minimum düzeye indirilmesi, nitroz oksit kullanılmaması, farklı antiemetiklerin kullanılması, erken mobilizasyon, uygun antibiyotik uygulanması, minimal invaziv cerrahi yapılması gibi stratejiler denenmelidir (ERAS, 2022)

Perioperatif Sıvı Yönetimi

İntravenöz (IV) sıvı tedavisinin amacı, kardiyak outputu, intravasküler hacmi ve doku perfüzyonunu korumak için; Perioperatif sıvı dengesini korumak ve eksrasellüler alana sıvı kaçışını azaltmaktır. Hipovolemi durumunda kardiyak outputun azalması, dokulardaki oksijen değerinin azalması, organ disfonksiyonu ve yaralanmalarının oluşması gibi tablolar ortaya çıkmaktadır. Hipervoleminin de olumsuz sonuçları olabileceği için fazla sıvı elektrolit yüklenmesinden kaçınılmalıdır. Fazla sıvı yüklenmesi normal gastrointestinal fonksiyonun dengelenmesini, post-op yara iyileşmesini

geciktirebilir. Ayrıca doku oksijenlenmesini etkileyebilir, pulmoner ödeme sebep olan intersisyal aralığa sıvı geçişine ve barsak fonksiyonunun dönüşü geciktirmeye neden olan barsak duvarı ödemeine sebep olabilir (Duran Yakar, 2019; Kırık, 2018).

Hastanın intra-op dönemde sıvı dengesini korumak amacıyla “günlük 1.5-2.5 litre sıvı yüklemesi veya 1-4 ml/kg/saat oranında kristaloid solüsyon” verilir. Arteriyel hipotansiyon durumunda IV sıvı yüklemeleri ile volüm sağlanamadığı zaman “vazopressör ajanlar” ile müdahale edilmelidir. Yeterli oksijen dağılımı sağlamak amacıyla kardiyak kontraktilitesi düşük olan hastalarda “inotropolar” kullanılmalıdır (ERAS, 2022)

ERAS protokolüne göre pre-op IV sıvı yüklenmesi protokolü, hastayı dehidrate bırakmayacak düzeyde sıvı ihtiyacını karşılayacak şekilde uygulandığında hastanın morbidite ve taburculuk süresinde azalma olduğu saptanmıştır. Hastanın post-op erken dönemde oral sıvı alımına başlanması fazla IV sıvı yüklenmesinden korur. Post-op ilk günde oral sıvı alımı başlatılması için çalışılmalıdır. ERAS protokolüne göre “post-op ilk 2 saat içinde” hasta oral sıvı alımına başlatılmalı, oral sıvı alımı arttıkça intravenöz ve parenteral sıvı alımı azaltılmalıdır (ERAS Türkiye Derneği, 2022).

Dren Kullanımı

Dren, ameliyat sonrası birikimin ve olası bir anastomatik kaçağın drenajı için uygulanır. ERAS derneğinin yayınladığı rehberde hastanın mobilizasyonunu engellemesi ve rahatsızlık vermesi nedeniyle hastalara düzenli dren takılması önerilmemektedir (American Society of Anesthesiologists Committee, 2017). Drenler cerrahi işleme özgü olmalı drenlerden özgün bir şekilde yararlanılmalıdır. Dren rutin olarak uygulanmamalıdır (ERAS, 2022)

2.2.3.ERAS Protokolü Postoperatif Bileşenler

Nazogastrik Sonda Kullanımı

Nazogastrik sonda (NG), post-op dönemde gastrik distansiyon ve kusmayı azaltmak için kullanılır. Yapılan araştırmalara göre Nazogastrik sondayı rutin kullanmanın hasta için olumsuz etki oluşturduğu; sondanın kullanılmasının “erken enteral beslenme, erken mobilizasyon gibi önemli basamakları geciktirdiği, pnömoni vb. pulmoner komplikasyonların oluşma riskini artırdığı, gastrik boşaltımı erteleyerek bulantı/kusma riskini artırdığı ve hasta için huzursuzluk verdiği” saptanmıştır. NG takılmayan hastalarda oral beslenmeyi tolere etmesinin daha iyi olduğu, barsak fonksiyonlarında geri yanıtın erken olduğu, pulmoner komplikasyonların azaldığı, taburculuk süresinin kısaldığı, NG kullanılan hastalarda ise oral alımın gereksiz yere ertelendiği saptanmıştır. Nazogastrik sonda cerrahi işlem esnasında yerleştirilse bile hasta uyandırılmadan önce çıkarılmalıdır (ERAS, 2022; Demirhan ve Pınar 2014)

İdrar Katateri

İdrar katateri, cerrahi işlem esnasında mesanenin boşaltılması ve idrar çıkışını takip etmek amacıyla majör cerrahi operasyonlarda rutin olarak kullanılır. Ancak katater kullanımı idrar yolu enfeksiyonu açısından risk oluşturmakta ve mobilizasyonu güçleştirmektedir. Bu sebeple idrar kataterinin post-op dönemde olabildiğince erken çıkarılması önerilmektedir (Zaouter ve Kaneva, 2009). Çıkarma zamanı hastaya ve cerrahi işlemin türüne göre farklılık gösterebilir. Yapılan tüm araştırma sonuçlarına göre idrar kataterinin ameliyattan 6 saat sonra çıkartılmasının, erken ya da geç çıkarılmasından daha avantajlı olduğu saptanmıştır. ERAS protokolüne göre ise üriner kataterin “cerrahiden sonraki 24 saat içerisinde çıkarılması” ve bazı durumlarda daha erken çıkarılabileceği savunulmaktadır (Watt ve McSorley, 2015).

Yapılan araştırmalarda 2 günden daha uzun süre idrar kataterinin kullanımının üreter enfeksiyon oranlarını 2 kat artırdığı, “ürosepsis” oluşumuna neden olacağı saptanmıştır (Basse ve Werner,2000).

Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması ve İleusu Önleme

Cerrahi sonrası erken dönemde gastrointestinal motilitenin uyarılması ve en önemlisi motiliteyi olumsuz yönde etkileyecek ajanları kullanmaktan kaçınılması erken dönemde enteral beslenmenin sağlanabilmesi için önemlidir. Cerrahi sonrası bağırsakların boşalmasının gecikmesini önlemek amacıyla İleusu (tıkanıklığı) önlemek gerekir (Tjandra ve Chan, 2006).

Post-op İleusu önlemek için; *“opioid kullanımını azaltıp Epidural analjezi kullanımını artırmak, sıvı yüklemesinden kaçınmak, sakız çiğnemek, laparoskopi gibi minimal invaziv cerrahi tercih etmek, NG kullanımından kaçınmak, erken enteral beslenmeye geçmek”* gibi koruyucu yöntemler uygulanabilir.

Opioidlerin oral beslenmeyi geciktirdiği ve mobilizasyonu olumsuz yönde etkilediği için hastaya uygulamaktan kaçınılması gerekmektedir. Laparoskopik cerrahi sonrası barsak hareketlerinin geri dönüşü ve erken oral beslenmenin başlamasının açık cerrahi işleme göre daha hızlı olduğu saptanmıştır (Tjandra ve Chan, 2006). Post-op İleus; mide/barsak hareketliliğinde azalma bulantı, kusma, distansiyon ve ağrı gibi durumlara neden olabilir. Pre-op dönemde hastaların sakız çiğnemesinin post-op ileus oluşmasını engellediği gözlemlenmiştir. Sakız çiğnemek, mide salgısını uyardığı için enteral beslenme taklidiyle gastrointestinal sistemi aktif hale getirir. Yapılan çalışmalara göre sakız çiğnemek için doğru zamanın ameliyat sabahı olduğu belirlenmiş ve sakız çiğnemenin hastada ileus oluşma riskini azalttığı, gaz çıkışı/dışkılama zamanını kısalttığı saptanmıştır (Chan ve Law, 2007). Bu sebeple hastalara post-op dönemde günde 3-4 kez en az 10 dk. boyunca “şekersiz sakız” çiğnemesi önerilir (Tuna ve Kurşun, 2018).

Barsak hareketlerini hızlandırmak amacıyla “magnezyum oksit” oral yoldan günde 2 kez kullanılabilir. Opioid reseptör antagonisti olan “alvimopan” gastrointestinal motiliteyi arttırmak amacıyla uygulanan yeni kullanıma giren bir ilaçtır. Bu ilaç opioidlerin gastrointestinal sistemde yol açtığı yan etkileri engeller (ERAS, 2022)

Ameliyat Sonrası Analjezi

Post- op dönemde ağrı; cerrahi strese yanıtını, organların fonksiyonlarını, beslenmeyi, mobilizasyonu, iyileşme sürecini olumsuz etkilediği için bazı komplikasyonlara ve hastanede kalma süresinin artmasına neden olur. Bu sebeple ağrı kronikleşmeden hemen tedavi sürecinin başlanması gerekmektedir (Dağıstanlı ve ark., 2018). Non-steroid antiinflamatuvar ilaçların (NSAII) Parasetamol ile kombinasyonu, analjezide en etkili sonuca ulaşmayı sağlar. NSAII, opioid kullanımını ve ağrıyı azaltıp hasta memnuniyetini artırır. Ağrı yönetimi için opioid kullanımını azaltmak için “rejyonel analjezi ve lokal anestezi” yöntemiyle non-opioid parenteral ajanlar kombine edilip kullanılmalıdır (ERAS, 2022). Post-op dönemde ilk iki gün “Epidural kateter” yoluyla devamlı analjezik infüzyonu ve buna ek “4g/gün Parasetamol” rutin olarak kullanılmalıdır. Bu yöntem ağrı yönetimi için yetersiz kalırsa NSAII kullanılabilir. Epidural kateterin çekildiği zaman rutin analjezik olarak NSAII tercih edilmeli ve taburculukta da ağrı yönetimi için Parasetamol ve NSAII türü ilaçlar reçete edilmelidir (ERAS, 2022; Erdem,2018).

Erken Beslenme

Geçmişte post-op dönemde anastomoz kaçağı olmaması için hastaların beslenmesinin ertelendiği bilinmektedir. Günümüzde erken beslenmenin anastomoz kaçağı açısından risk oluşturmadığını ayrıca bakteriyel translokasyonunu azaltarak enfeksiyon riskini azalttığı saptanmıştır. Aynı zamanda erken enteral beslenmenin taburculuk süresini kısalttığı bilinmektedir. Erken beslenme kusma riskini arttırabilir

fakat buna yönelik hastalara “antiemetik” profilaksisi yapılmaktadır. Sağlık personeli kusma riski açısından hastayı değerlendirmeli ve gözlemlemelidir. Hasta cerrahi işlemden “2 saat sonra oral sıvı, 4 saat sonra katı gıda” alması için bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir (ERAS, 2022)

Post-op dönemde hiperglisemi oluşmasının nedeni hastada gelişen “insülin” direncidir. Yapılan çalışmalara göre hastanın aç bırakılması ile artan insülin direnci ve kan glikoz düzeyinin, büyük ameliyatlardan sonra oluşan metabolik komplikasyonlarda etkili olduğu saptanmıştır. ERAS protokolüne göre pre-op ve post-op dönemde aç kalma süresini kısa tutmak, karbonhidrat tedavisi uygulamak; insülin direncini ve etkisini olumlu yönde etkiler (Ljungqvist, 2012).

Doğru zamanda beslenmeye başlamak “yara iyileşmesinin hızlanması, erken mobilizasyonun sağlanması, kas gücünün artması ve enfeksiyon riskinin azalması” açısından önem taşıyan faktörlerdendir. Geç ve azalmış beslenme katabolizmayı artırıp, kas yıkılmasına neden olur. Oral beslenmenin yetersiz kaldığı durumlarda “nütrisyon” solüsyonları ile destek verilebilir. Nütrisyon desteğine ihtiyaç duyan hastalara; pre-op 7.-10. günde desteğe başlanmalı ve post-op dönemde de 8 haftaya kadar devam edilmelidir (ERAS, 2022).

Ameliyat Sonrası Glisemik Kontrol

Cerrahi işlem sonrası oluşan strese karşı vücut, fizyolojik olarak katabolik tepki verebilir. Böylece hastada insülin direnci gelişme riski artabilir. Hastanın geçirdiği cerrahi işlem ne kadar büyük ise oluşacak direncin yanıtı da o kadar artmaktadır (Gustaffsson ve ark, 2019; Pędziwiatr ve ark., 2018). Oluşan hiperglisemiye rağmen kas ve yağ dokusunda azalma meydana gelmektedir. Glikoz alımının azaltılmasıyla birlikte yağsız vücut kütlesi kaybı, kas fonksiyonlarının azalmasına neden olur ve bunun sonucunda mobilizasyonda güçlük çekilebilir. İnsüline duyarlı olmayan hücreler glikoz

alımını artırır. Glikoz alımında artış ise enfeksiyonlar ve kardiyovasküler problemler gibi birçok komplikasyona neden olmaktadır (Pędziwiatr ve ark., 2018). Alışılmış bakımdan farklı olarak ERAS Protokolü iyileşmenin hızlanması ve post- op morbiditenin azaltılmasında önemli etkiye sebep olan insülin direnci gelişmesini engellemeyi amaçlamaktadır. (Pędziwiatr ve ark., 2018).

Erken Mobilizasyon

Erken mobilizasyon, ERAS protokolünün en önemli amaçlarından birisidir. Mobilizasyon geciktiği zaman hastada “kas atrofisi, kas gücü kaybı, fiziksel aktivite azalması, atelektazi, insülin direncinde artma ve DVT” gibi komplikasyonların oluşma riski artar. Bu durum hastanın hastanede kalış süresinin uzamasına sebep olur. (ERAS, 2022). Mobilizasyonu geciktiren durumlar; ağrı yönetiminin yetersiz kalması, stres, idrar kateterinin varlığı, IV sıvı alımının devam etmesi gibi durumlardır (ERAS,2022). Post-op ilk 6-8 saat aralığında yatak etrafında birkaç adım atmak “erken mobilizasyon” olarak kabul edilmektedir (Uğurlu ve ark., 2017). Erken mobilizasyon emboli riskini azaltır ve barsak hareketlerinin kısa sürede geri dönmesine yardımcı olur. ERAS protokolü, hastanın post-op sıfırncı günde 2 saat, sonraki günlerde ise en az 6 saat mobilize olmasını önermektedir. Bu hedef hastaya anlatılmalı ve hasta mobilizasyon açısından gözlemlenmelidir (ERAS, 2022). Düşme riski görülme sıklığı; riskli ilaç kullanımı ve daha önce düşme öyküsü bulunan hastalarda daha fazladır (Özlü ve ark., 2014). Ameliyat günü hasta değerlendirilip eğer uygun görülürse ve hasta tolere edebilecekse 2 saat boyunca sandalyede oturtulmalıdır. Uzun süre boyunca yatan hastalar aniden ayağı kaldırılırsa hipotansiyon görülebilir. Bu sebeple hasta ayağı kaldırılmadan önce sırt üstü pozisyonda, sonra oturur pozisyonda tansiyon ölçümü yapılmalıdır. Ortostatik hipotansiyon bulguları “*mevcut olan hastada sistolik kan basıncında 20 mmHg, diyastolik kan basıncında 10 mmHg’lık düşme, baş dönmesi ve halsizlik*” olursa hastanın

mobilizasyonu birkaç saat geciktirilebilir. Pozisyon değişikliği kademeli olarak yaptırılırsa hastanın dolaşım sisteminin bu değişime oryantasyonu daha kolay olur (Tuna ve Kurşun, 2018; Yolcu ve ark., 2016).

Taburculuk

Taburculuk planlandığı an itibariyle hasta ve hasta yakını evde yapılması gereken bakıma yönelik bilgilendirilmelidir. Hastaya mevcut durumu, taburculuk sonrası olabilecek olumsuz durumları ve bu durumların ne kadar süreceği, bu süreç boyunca ne yapması gerektiği hakkında her bilgi açık anlaşılır biçimde anlatılmalıdır (Dal ve ark., 2012).

ERAS protokolüne göre taburcu olan hastada;

- Hastanın ağrı yönetimi oral analjezikle kontrol altına alınabiliyorsa,
- IV. sıvı desteğine ihtiyacı yoksa ve oral yeterli ve dengeli besleniyorsa,
- Barsak fonksiyonları aktifse,
- Enfeksiyon açısından riskli değilse,
- Mevcut kronik hastalıklar kontrol altındaysa,
- Pre-op dönemdeki gibi mobilize ise ve taburcu olmak istiyorsa, hasta taburcu edilebilir (Dağıstanlı ve ark.,2018; Erdem, 2018).

Takip ve Sonuçların Denetimi

Cerrahi sonrası taburcu olan hasta ile 24-48 saat sonra telefon ile ulaşılarak yara yeri ve herhangi bir şikâyeti olup olmadığı hakkında bilgi alınmalıdır. Bir sıkıntı olmaması halinde hasta 7-10. günler arasında dikişlerin alınması ve kontrol amaçlı hastaneye çağrılmalıdır. Taburcu olan hastalar anastomoz kaçağı açısından değerlendirilmelidir. Taburcu olan hastalarda %1-3 oranında anastomoz kaçağı ya da farklı büyük komplikasyonlar meydana gelebileceği unutulmamalıdır. Bu sebeple hastanın tüm şikâyetleri dikkatle dinlenmeli ve değerlendirilmelidir. Hastada mevcut bir

şikâyet yoksa, patoloji sonuçları normalse ve olumsuz bir durum görülmediyse hasta ile 1 ay sonra telefon ile görüşme yapılabilir. ERAS Protokolünün geliştirilmesi ve gerekiyorsa değiştirilmesi gereken noktaları bulabilmek için hastanın iyileşme süreci ve deneyimleri yakından takip edilip kayıt altına alınmalıdır. Kayıt edilen sonuçlar ERAS uygulayan merkezler içinde kanıt niteliği taşımaktadır (Erdem, 2018; ERAS, 2022).

2.3.Jinekolojik Cerrahide ERAS Uygulamaları ve Hemşirenin Rolü

Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli sağlık problemlerinin başında “kanser” gelmektedir. Kanserin Dünya genelinde ölüm sebepleri arasında ikinci sırada yer aldığı görülürken, 2030 yılına kadar ilk sırada yer alacağı öngörülmektedir. (T.C. Halk Sağlığı, 2021) Kadın genital organlarında görülen jinekolojik kanserler “serviks, endometrium, over, vulva ve vajina” da görülen malign hastalıklardır (Buckley ve ark., 2018).

Jinekolojik kanserlerin tedavi yöntemleri arasında “kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi” olsa da tedavi önceliği çoğunlukla cerrahi müdahaledir. Bu nedenle ERAS Protokolü kapsamında kanıta dayalı bakım standartları, ebe/hemşirelerin üst düzey bakım vermesine olanak sağlamaktadır. Son yıllarda Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarda cerrahi sonrası iyileşmeyi hızlandırmak için ERAS Protokolünün kullanımı önem kazanmıştır (Mirapeix ve ark., 2016; Mirapeix ve ark., 2019)

Hemşirelik bakımı onkoloji alanındaki gelişmelere bağlı olarak gelişim göstermektedir. Bu nedenle Jineko-onkoloji tanısı alan kişilere verilecek bakımda zorunluluk olarak gösterilen ERAS Protokolünün benimsenmesi, yaygınlaştırılması ve uygulanması verilen bakımın kalitesini arttırmak açısından önem taşımaktadır (Wickenbergh ve ark., 2020; Nelson ve ark., 2019). Hasta ve sağlık bakım uygulamalarının sonuçları için yararlı olduğu bildirilen ERAS Protokolü, hastaları fizyolojik ve psikolojik açıdan en iyi düzeye getirmeyi amaçlamaktadır (Nelson ve ark.,

2019; Acog, 2018) Jinekolojik kanser tanısı almış kadınların tedavisi, “jinekolojik onkolog, tıbbi onkolog, patoloji uzmanı, radyolog , hekim , ebe, hemşire, palyatif bakım ekibi, cinsel terapist, diyetisyen ve diğer sağlık ekipleri” tarafından multidisipliner olarak yönetilmektedir. Ebe/hemşireler bu multidisipliner ekibin önemli parçası olarak kabul edilmektedir (Cook ve ark., 2019; Li ve ark., 2016).

Jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin yanında , “beden imajı, cinsel sağlık” dahil birçok fonksiyonlarda değişikliğe neden olması bu hastalara bakım veren ebe/ hemşirenin sorumluluğunu artırmaktadır. Jinekolojik kanser tanısı alan hastaların gereksinimleri her evrede farklılık gösterebildiği için ebe/hemşirelerin bu gereksinimleri karşılayabilmesi için kanıta dayalı güncel gelişmeleri yakından takip etmesi gerekmektedir. Kanıta dayalı rehberleri temel alarak verilen bakımın doğrultusunda; sağlık eğitimi ve danışmanlığıyla birlikte bireylerin riskli davranışlardan uzak durması sağlanmalı, tarama programları ve düzenli sağlık kontrolleri hakkında bilgilendirme yapılmalı, tanı alan kişilerin semptom taraması ve risk değerlendirmesi yapılarak tedavi veya rehabilitasyon sürecinde oluşabilecek komplikasyonlar sınırlandırılmalıdır (Okumuş ve ark., 2015).

2.4. Obstetrik Cerrahide ERAS Uygulamaları ve Hemşirenin Rolü

ERAS protokolünün Obstetri alanında akla ilk gelen uygulanma noktası sezaryendir (ERAS, 2022). Sezaryen sonrası iyileşme süresini kısaltmak amacıyla 2018 ve 2019 yılında pre-op in-op ve post-op dönemde kanıta dayalı uygulamaları kapsayan “Enhanced Recovery After Surgery- Cesarean Delivery (ERAS-CD)” rehberi yayımlanmıştır (Caughey ve ark., 2018). Bu rehber alanda yapılan meta-analiz çalışmaları, randomize kontrollü çalışmaları ve randomize olmayan çalışmaları inceleyerek pre-op ögelerde “*danışmanlık, açlık süresi, anestezi yönetimi, profilaktik uygulanması, cilt hazırlığı*” intra-op ögelerde “*anestezi uygulanması, Maternal*

hipotermi önlenmesi, cilt altı boşluk, cilt kapatma” ve post-op ögelerde *“bulantı-kusma yönetimi, analjezik uygulanması, beslenme, aldığı çıkardığı takibi, mobilizasyon”* öneriler sunmuştur. Bu öneriler sayesinde annenin sağlığını sürdürmesine, yara iyileşmesinin hızlanmasına, erken mobilizasyon süresine, erken beslenmesine ve hastanede kalış süresinin kısalmasına olanak sağlayan kanıta dayalı uygulamalara temel oluşturulmuştur (Wilson ve ark., 2018).

Son dönemlere kadar obstetrik cerrahide ERAS protokolüne yönelik pek çalışma yapılmamıştır. Buna rağmen NICE (National Institute for Health and Care Excellence (Birleşik Krallık Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü) rehberinde şu ifadeler yer verilmiştir; “sezaryen sonrası iyileşme sürecini hızlı geçiren, ateşi olmayan ve komplikasyon oluşmamış hastalar erken taburcu edilebilir. (24 saat sonra) ve takibi evden yapılabilir, çünkü bu durum anne ve yenidoğanın hastaneye tekrar yatmasına sebep olan bir durum değildir (Wrench ve ark., 2015).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları 1993-2013 yılları arasında sezaryen doğum oranının gittikçe arttığını göstermektedir. Son yapılan TNSA 2018 raporlarına göre Türkiye’de sezaryen doğum oranı %52’dir (TNSA, 2018) Bu sebeple sezaryen ameliyatlarında ERAS protokolünün uygulanmasının avantajları göz önüne alınmalıdır. Post-op süreçte komplikasyon oluşmaması ve annenin hızlı iyileşmesi durumunda taburculuk süresi kısılır ve böylece artan maliyetin azalması sağlanır (Halder ve ark., 2014). Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service-NHS) tarafından ERAS Protokolünün obstetrik cerrahi için stratejileri Tablo 2.2’de verilmiştir (Lucas ve ark., 2013).

Tablo 2.2. ERAS Protokolünün obstetrik cerrahi için stratejileri

Doğum öncesi
Perioperatif sürece dair bilgilendirme
Hemoglobin optimizasyonu
Emzirme eğitiminin başlatılması
Tromboemboli profilaksi
Post analjezi hakkında antenatal eğitim
Doğumun gerçekleşeceği gün
Açlık sürecinin en aza indirilmesi
Sezaryen ameliyat liste sırasına uymak
Epidural opioid içeren anesteziğin kullanılması
Antibiyotik profilaksisi
Venöz tromboemboli profilaksisi
Doğum sonrası
Katı- sıvı beslenmeye erken başlama ve IV. uygulamanın erken sonlaması
Analjezide Non-steroid antiinflatuar ilaç (NSAİİ) kullanımı
Mobilizasyonu kolaylaştırmak için üriner kateterin erken çıkarılması
Emzirmenin desteklenmesi
Doğum sonrası iyi bir halk sağlığı hizmetinin sağlanması

Sezaryen Sonrası İyileşme Sürecinde ERAS Protokolü Önerileri

ERAS Protokolü planlı/plansız sezaryende, cerrahi işlemten 30-60 dakika öncesinde başlayarak taburculuk dönemine kadar geçen süreyi kapsamaktadır (Wilson, 2018).

Yapılan doğumlar göz önüne alındığında son yıllarda sezaryen uygulama oranı artmış olup ve artmaya devam etmektedir. Ülkemizde neredeyse her iki hastadan birine sezaryen uygulanmaktadır. Normal doğuma yerine sezaryen doğum yapan hastalarda hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır. Oysa ki hastayı erken taburcu etmek enfeksiyon riskini ve bakım yükünü azaltmaktadır. Bu sebeple sezaryen uygulamalarında ERAS protokolünün uygulanması hasta açısından önemli bir faktördür. Sezaryende uygulanan ERAS protokolleri de diğer cerrahi işlemlerdeki gibi peroperatif

bakımı kapsar ve Antenatal Preoperatif, İntraoperatif ve Postoperatif dönemleri vardır (Wrench IJ, ve ark., 2015).

Bu dönemlerde uygulanan ERAS protokolü basamakları şöyledir;

Antenatal Dönem

- ERAS protokolünün antenatal dönemde gebeliğin “10-20. haftası” itibarıyla uygulanmaya başlanması önerilmektedir (Wilson ve ark., 2018; Yuan, Sun, Pan & Li, 2017).
- Hastaneye yatış işlemleri öncesinde mevcut tanı ve tedavi süreci hakkında bilgilendirme ve danışmanlık önerilmektedir (Wilson ve ark., 2018; Yuan ve ark., 2017).
- Antenatal dönemde “*gebeye doğum öncesi bakım verilmesi, gebenin beden kitle indeksinin değerlendirilmesi, kronik hastalık açısından taranması, sigara kullanma öyküsünün belirlenmesi*” önerilmektedir (Wilson ve ark., 2018).
- Antenatal dönemde gebe ile eşinin birlikte değerlendirilmesi ve baba adayının da eğitimlere katılması ve bilgilendirilmesi önerilmektedir (Wilson ve ark., 2018).
- Bu dönemde anne adayına verilen eğitimleri kimin yaptığı, eğitimlerin hangi konuları kapsadığı, gebe adaylarının geri yanıtları ve bilgi eksikliği nedeniyle eğitim planlanmasının gerektiği konu başlıkları sağlık çalışanı tarafından kayıt altına alınması önerilmektedir (Wilson ve ark., 2018).

Preoperatif Dönem (Pre-Op)

- Planlanmış sezaryende cerrahi işlem öncesi “sedasyon” kullanımı önerilmemektedir. Plansız sezaryende ise “fentanil, ketamin” gibi ajanlar kullanılmaktadır. (Gustafsson ve ark., 2016)
- Sezaryen öncesi “barsak hazırlığı” önerilmemektedir. (Wilson ve ark., 2018)

- Sezaryenden “6 saat” öncesine kadar hafif yemekler yenilmesi önerilmektedir. (Aksoy, Vefikuluçay& Yılmaz, 2018)
- Gebe adayının diyabet tanısı yoksa eğer sezaryenden 2 saat öncesine kadar oral karbonhidrat sıvısının alınabileceği önerilmektedir. (Wilson ve ark., 2018)
- Ek olarak anne-bebek bakımı hakkında bilgilendirme yapılmalı ve emzirme eğitimine başlanmalıdır (Lucas ve ark., 2013).

İntra-operatif Dönem (İntra-op)

- Sezaryenden 60 dk. öncesi rutin intravenöz antibiyotik (*1. derece Sefalosporinler*) uygulanması önerilmektedir (Caughey ve ark., 2018).
- Cilt hazırlığında “povidon iyot” yerine “klorheksidin-alkol” kullanımı önerilmektedir. “Povidon İyotun” enfeksiyon kontrolünde kullanılması önerilmektedir (Caughey ve ark., 2018).
- Sıvı dengesini korumak amacıyla Perioperatif sıvı yönetiminin sağlanması ve verilecek sıvı miktarının 3000 cc kadar olması önerilmektedir (Caughey ve ark., 2018).

Neonatal bakım protokolleri

- Miad doğumda cerrahi işlem sonrası kord klemplenmesi en az 1 dakika geç yapılması önerilir.
- Erken doğumda ise kord klemplenmesinin en az 30 saniye geç yapılması önerilir.
- Gastrik aspirasyondan kaçınılması önerilmektedir.
- Acil yenidoğan resüsitasyonuna yönelik hazırlıklar yapılmalıdır. (Caughey ve ark., 2018).

Postoperatif Dönem (Post-Op)

- Oral alıma geç başlanacak ise post-op dönemde barsak fonksiyonları için sakız çiğnemek önerilmektedir (Terzioğlu ve ark., 2013).
- Post-op dönemde oluşabilecek bulantı-kusma komplikasyonlarını önlemek amacıyla 15-30 ml/kg intravenöz sıvı yüklenmesi önerilmektedir. (ERAS, 2022).
- Ağrıyı azaltmada “*Non-steroid antiinflatuar (NSAI)* ve *Parasetamol*” ilaç kullanılması önerilmektedir (Caughey ve ark., 2018).
- Post-op dönemde oral beslenmeye 2. Saatte sıvı gıdaya, 4. Saatte katı gıdaya başlanması önerilir. İstenilen oral beslenme düzeyine kadar hasta oral nütrisyon solüsyonları ile desteklenmelidir (Gustafsson ve ark., 2016).
- “Venöz Tromboembolizm” riskini ortadan kaldırmak veya minimum seviyeye indirmek için post-op dönemde “varis” çorabı” kullanımı önerilmektedir. (Nelson ve ark., 2019).
- Üriner kataterin enfeksiyon oluşturma riskini azaltmak için sezaryen sonrası en kısa sürede çıkarılması önerilmektedir (Nelson ve ark., 2019).
- Anne bebek buluşması olabilecek en kısa zamanda sağlanmalı, emzirme desteklenmeli ve annenin bebeği tutması için destek verilmelidir (Nelson ve ark., 2019).
- Bebeğin bakımı hakkında anneye bilgilendirme ve destek sağlanmalıdır.
- Uterus involusyonu değerlendirilmelidir (Lucas ve ark., 2013).
- Taburculukta standartlaştırılmış yazılı taburculuk eğitimi kullanılması önerilmektedir (Caughey ve ark., 2018).

ERAS Protokolünün önerdiği uygulamaların her anında ebe/hemşirenin takip ve denetimi önemli yer taşır. Ayrıca ERAS Protokolü bileşenleri arasında ebe/hemşirenin

hekim kararıyla (profilaktik/analjezik uygulaması gibi) ve ebe/hemşire kararıyla (danışmanlık, beslenme, mobilizasyon, emzirme gibi) yapılan birçok girişim vardır. Geleneksel cerrahi standartlarında olduğu gibi ERAS protokolü standartları uygulandığı zamanda hastanın hızlı ve komplikasyonsuz iyileşmesi ve daha memnun olabilmesi için ebe/hemşire ekibin önemli parçasıdır.

ERAS protokolünün başarılı bir şekilde uygulanması ve olumlu sonuçlar alınabilmesi için bu konuda uzmanlaşmış bir ebe/hemşirenin belirlenmesi önemlidir. Bu konu ile ilgili Dr. Kehlet makalesinde ERAS protokolünde post operatif her gün için ayrıntılı hemşirelik programının sağlanmasının zorunlu olduğunu belirtmiştir (Kehlet, 2008).

2.5. Web Tabanlı Eğitim

Bilim ve teknoloji alanındaki hızlı gelişmeler ekonomik sistemde olduğu kadar eğitim ve sosyal alanda da etkisini göstermektedir. Eğitim hayatımızın her yerinde, “ticaret, ordu, psikoloji, sanayi” dallarının tümünde yer alır. Eğitim hem bilgi verilen hem de becerileri kazandıran bir süreçtir ve bu süreçte “bilgi dağılımı” en önemli noktadır. Bu nedenle eğitim bilgiyi etkileyebilecek teknoloji alanındaki her gelişmeye açık olmalıdır. Eğitim alanında bilgiye duyulan her ihtiyaç, farklı eğitim/öğretim yöntemlerinde teknolojik yeniliklere neden olmuş ve sonuç olarak eğitim/öğretim ve teknolojinin birlikte gelişmesi ile eğitimi kademeli olarak değişime sürüklemiştir. Eğitim ve öğretimdeki bu köklü değişimin en önemli sebepleri arasında “öğrenci sayısındaki artış, bireylerin eğitim isteklerinin artması” gibi faktörler yer alır (Montgomery,2002)

Uzaktan eğitim kavramı ilk olarak Wisconsin Üniversitesinin 1892 kataloğunda adı geçmiş ve Wisconsin Üniversitesinin direktörü William Lightly tarafından 1906 yılında bir yazıda kullanılmıştır. Başlangıçta mektup ile başlayan ardından radyo, televizyon ve CD’lerle süregelen uzaktan eğitim yaklaşımı, günümüzde büyük değişimler göstererek devam etmektedir. E-mail, e-dergi, e-kitap terimlerinin ardından, bilgisayar ve

internet teknolojisinde geline bugünkü nokta birçok eğitim/öğretim kurumunun internete bağlı uzaktan eğitime geçiş yapmasına sebep olmuştur (O'neil ve ark., 2008)

“Web tabanlı eğitim (WTE)” uzaktan eğitimde web teknolojilerinin kullanılmasıyla oluşturulan eğitim yöntemidir. WTE ortamlarında öğretmen, öğrenci, internet ortamında metin, veri, grafik ve formül vb. öğelere yer verilebilir. Ayrıca uzaktan eğitim çerçevesini “gruplar ile oluşturulan tartışma ortamları, bireysel/grup aktiviteleri, öğretmen ve öğrenci arasında farklı düzeylerde iletişim yolları” gibi girişimler oluşturmaktadır (Montgomery, 2002; O'neil ve ark., 2008)

2.5.1. Web Tabanlı Eğitimin Sağlık Eğitimindeki Yeri

Eski dönemlerde sadece yüz yüze eğitim ile sınırlandırılan sağlık eğitimi, bilişim teknolojilerinde meydana gelen yenilikler sayesinde web ortamına da taşınmıştır. (Demir ve ark., 2011) Sağlık hizmetleri/hastane hizmetlerinin yapısı, içeriği süreci ve sonucu diğer sektörlere göre daha farklı ve karmaşıktır. Ek olarak sağlık sisteminde yapılacak hatanın direkt insan sağlığını riske atacak olması da önemli etkindir.

Günümüzde kurumlar tarafından eğitime yapılan yatırımların artması, insana verilen değerin yanı sıra bunun verimlilik üzerindeki etkisinin daha iyi benimsendiğinin göstergesidir. Diğer yandan sağlık hizmetlerinin sunum yöntemleri ve kullandığı teknoloji hızla gelişmektedir (Eraslan, 2014). Kurumlarda internet ve internet destekli bilgisayarlarla yapılan teknoloji temelli eğitim, son dönemlerde yaygınlaşan bir eğitim yöntemidir. Bu eğitimlerin, “yapılacak yatırımın maliyetinin ucuz olması, zaman ve mekân koşulunun ortadan kalkması, değişimlerin takibinin kolaylaşması” gibi avantajları vardır. Bu yöntem, uyarıcı rolde bulunan bilgisayarın, eğitime katılan çalışanların cevaplarını analiz ederek geri bildirim sağladığı etkileşimli bir eğitim sistemidir (Eraslan, 2014). Günümüzde üniversitelerdeki hemşireliğe yönelik profesyonel eğitimlerde, eğiticiye odaklanan, ezber dayalı bir eğitim yeterli olmamaktadır. Bu yönden tamamlayıcı ve güçlendirici olarak web tabanlı eğitim, yenilikçi yaklaşım olarak kabul edilebilir (Arslanhan, 2019). Literatürde yapılan çalışmalar, web tabanlı eğitimin

bireylerin; akademik başarılarına ve psikomotor becerilerine olumlu yönde etki yaptığı ortaya konmuştur (Özgür ve ark., 2015). Tayvan’da yapılan bir çalışmada hemşirelerin birçoğunun web tabanlı eğitime olumlu baktığını, yer ve zaman kısıtlılığının olması nedeniyle hizmet içi eğitimlere katılamayan hemşirelerin web tabanlı eğitim ile mesleki gelişimlerini daha iyi tamamlayabileceği belirtilmiştir (Yu ve Yang, 2006). Çalışmaların sonucuna göre hemşirelerin web tabanlı eğitime karşı pozitif yönde tutum sergilediği, bu tür öğrenme yöntemlerin geleneksel öğrenme yöntemlerine göre bazı sınırların üstesinden gelebileceği için hizmet içi eğitimde önemli yere sahip olduğu saptanmıştır (Lahti ve ark., 2014) Sağlık eğitimi açısından önemli yere sahip olan web tabanlı eğitimin avantajları ve sınırlılıkları Tablo 2.2.’ de yer verilmiştir (Purnell ve ark., 2012).

Tablo 2.3. Web tabanlı eğitimin avantajları ve sınırlılıkları

Web Tabanlı Eğitimin Avantajları
Bilgisayar/internet gibi imkanlara sahip olunduğu sürece, yer ve zamanın önemi olmadan her an eğitim alınabilir.
Bireylerin öğrenme isteği ve hızına göre istedikleri zaman ders/eğitim içeriğine ulaşılabilir ve tekrar edilebilir.
Eğitim içeriğini geliştirmek, güncellemek ve tek bir merkezde toplamak daha kolaydır.
Eğitim içeriği metin, grafik, video vb. araçlar kullanılarak daha zengin ve etkileyici hale dönüşür.
Bireylerin eğitim için yaptığı masrafların en aza inmesini sağlar.
Bireylere “çevrimiçi okuma, bilgisayar kullanımı, oto-kontrol ve kendi eğitim sürecinden sorumlu olma” gibi beceriler kazandırır.
Yaşam boyu eğitim alışkanlığı kazandırabilir.
Bilgisayar ve internetin mevcut olduğu her yerde eğitim eşitliğini sağlar.
İstatiksel veri toplama ve analiz yapmayı daha kolay hale getirir.
Bilgiye daha kolay ve hızlı erişim sağlar.
Eğitmenler istedikleri zamanda eğitim verebilirler, internete bağlanma imkânı olduğu sürece de kişilerle istedikleri zaman etkileşime geçebilirler.
Web Tabanlı Eğitimin Sınırlılıkları
Ders hazırlanması için yazılım ve donanım gerekmektedir.
Derslere erişim sağlayabilmek için bilgisayar ve internete ihtiyaç vardır.
Teknik sorunları gidermek amacıyla teknik ekibi ihtiyaç duyulabilir.
Motivasyon ve odaklanma güçlüğü çeken bireyler yüz yüze eğitime göre bazı iletişim problemleri yaşayabilirler.
Bireyler birlikte eğitim aldığı arkadaşlarından ve eğitimcilerden uzak kalabilirler.

2.6. Kanıt ve Kanıta Dayalı Uygulama

Türk Dil Kurumu'na göre *kanıt* kelime anlamı olarak; “Bir şeyin doğruluğu, gerçekliği konusunda kanaat verici belge, delil, iz, argüman” olarak tanımlamaktadır. Bilimsel kanıt ise “bir görüşü/inancı doğrulayan ya da çürüten bilgi (uzman görüşü, deneysel bilgi, sözsüz bilgi)” olarak tanımlanır. (TDK, 2024).

Son zamanlarda, sağlık bakım hizmetlerinin sunumlarında, sağlık profesyonellerinden “hasta merkezli bakım” yaklaşımıyla girişim yapılması ve uygulamalarını kanıta dayandırmaları istenmektedir (Keeley ve ark., 2016). Kanıta dayalı uygulamalar (KDU), sağlık ekibinin güncel kalmasına, bireyin ihtiyaçları ve isteklerini de göz önüne alarak etkili klinik kararlar almasına yardım eden bir süreçtir. Ayrıca kanıta dayalı uygulamalar, klinik kararların alınmasında sorun çözme yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır (Melnyk ve ark., 2014).

KDU ile alakalı farklı araştırmacılar tarafından benzer tanımlar yapılmıştır. Bu tanımların kronolojik bir özeti aşağıda yer almaktadır (French, 2002).

“Klinik karar almada, sistematik olarak elde edilen, değerlendirilen, araştırma sonuçlarının temel olarak kullanılması süreci”

“Hasta bakımında alınan kararların en akıllıca ve makul bir şekilde kullanımı”

“Klinik problemi tanımlamayı, literatür taramayı, araştırma kanıtını değerlendirmeyi ve uygulama üzerine karar vermeyi içeren bir problem çözme metodu”

“Sağlık bakım sistemindeki karar vericilerin ulaşabildiği, uygulamanın bilimsel değerlendirilmesine dayanan bilgi”

“Uygulamacının karar verme sürecinde kullandığı bilgi, beceri, değerler, deneyim”

“Hasta yararına yönelik mevcut bir uygulamada değişiklik yapmak amacıyla, bilimsel olarak elde edilen kanıtın, uzman uygulayıcının bilgisiyle birlikte kullanılması”.

2.6.1. Kanıta Dayalı Uygulamaların Tarihçesi ve Önemi

Kanıta dayalı tıbbın (KDT) kurucularından biri olan Pierre Charles Alexandre Louis, ilk defa tıpta geleneksel olarak kabul görülen uygulamaların güvenilir olmadığını düşünerek bu yöntemleri reddetmiş ve daha güvenilir olması amacıyla sayısal yöntemler temeline dayandırılması gerektiğini ileri sürmüştür (Öğüş ve ark., 2017). 1970 yıllarında bir İngiliz Jinekolog/epidemiolog olan Archie Cochrane ise, sağlık bakım kararlarının tıbbi görüşlere ya da tecrübelerine değil, kanıta dayalı olması gerektiğini savunmuş ve KDU için dikkat çekmeye başlamıştır. (Yıldırım ve ark., 2009) Diğer yandan yapılan araştırmaların sistematik ve objektif olarak incelenmesine yardımcı olan bir süreç geliştirilmiştir. Cochrane'nin yaptığı bu değerlendirmeler ve uygulamalar, perinatal alanda gerçekleştirilen randomize çalışmaların tekrardan incelenmesine olanak sağlamıştır. Kanıta dayalı uygulamalar, 1980'lerde kavramsallaşmaya başlamış ve 1990'lı yılların başında, sağlık hizmetlerinde bir hareket olarak öne çıkmaya başlamıştır (Sackett ve ark., 1996).

Tıbbi literatürde “Kanıta Dayalı-Evidence Based” sözcüğü ilk defa 1990 yılında David Eddy tarafından kullanılıp, bu terim ilk defa 1992'de Kanada'da McMaster Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Gordon Guyatt ve ark. (1992) makalesinde yayınlanmıştır. Ardından, “Kanıta Dayalı Uygulama” ve “Kanıta Dayalı Sağlık” terimleri olarak, sağlık hizmetlerinde daha genel konuları kapsayan ifadeler olarak kullanımı yaygınlaşmıştır. Kanıta Dayalı Uygulamalar, hemşirelik bakımı için yaşanan gelişmelerden sonra önemli bir kavram olmaya başlamıştır (Küçük ve ark., 2017). Kanıta Dayalı Hemşirelik (KDH) uygulaması, araştırma sonuçları ile elde edilen kanıtların kliniklerin tecrübesi ve hasta değer ve seçimleriyle birleştirildiği sorun çözme yaklaşımıdır. Araştırma sonuçlarının kullanılması, Florence Nightingale'in Kırım Savaşı'nda yaralanan askerlerin ölüm hızlarının azalmasına katkı sağlayan kayıtları ile başlamıştır (Berthelsen ve ark., 2017).

Dünyada “kanıtı” kullanan ilk hemşire olan Florance Nightingale, yaralı askerele uyguladığı bakım sürecinde aldığı önlemler sayesinde hastanede ölüm oranlarında azalma görülmüştür (Mcdonald ve ark., 2001). Florance Nightingale, 1850-1860 yılları arasında hastanelerde ve toplumda yüksek ölümlere sebep olan uygulamaları değiştirmek için verileri analiz ederek elde ettiği sonuçları bakım uygulamalarında kullanmıştır (Seçginli, 2015).

ABD’de, Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulaması ile ilgilenen ilk hemşirelerden bir diğeri Stetler, hemşirelikte araştırma sonuçlarının kullanımına yönelik bir model geliştirmiştir. 1998 yılında ilk defa İngilizce olarak kanıta dayalı hemşirelik dergisi yayınlanmıştır. Günümüzde ise ABD, İngiltere ve Avustralya’ da tıp ve hemşirelik okullarında Kanıta Dayalı Uygulama merkezleri bulunmaktadır (Nevzi, 2002).

Türkiye’de Kanıta Dayalı Uygulamalara yönelik yapılan çalışmalar, Avrupa ve ABD’ye göre yetersiz düzeydedir. (Şenyuva, 2016) Ülkemizde hemşirelik araştırmalarının geçmişi, 1960’lı yıllara dayanmaktadır. Ülkemizde KDH konusu ilk defa 2000 yılında Platin tarafından ele alınmıştır. 2003 yılında Kara ve Babadağ tarafından “Kanıta Dayalı Hemşirelik” konulu makalede ilk defa temel kavramlara ve tartışmalara yer verilmiştir. Fakat günümüzde sağlık bakım hizmeti verilen kurumlarda yapılan çalışmalar sonucuna göre yetersiz ya da etkisiz olduğu düşünülerek, bazı rutin girişimlere devam edilmiştir (Top, 2006). Kanıt temelli uygulamalar konusundaki yapılan çalışmaların büyük bir kısmı akademisyenler tarafından yapılmakta, araştırmaların konusu ise çoğunlukla uygulamalara yönelik olmamakta, hemşirelik literatürüne göre belirlenmekte ve elde edilen sonuçlar uygulamaya aktarılmamaktadır. (Petre ve ark., 2018)

Kanıt temelli çalışmalar, belirli bir alanda bir ya da birden fazla faktör temel alınarak yapılmaktadır. Bu araştırmalardan elde edilen sonuçlar, tedavi yönteminin

belirlenmesi ve gereken bakımın verilmesi açısından önemlidir. Günümüz sağlık bakım hizmetlerinde hataların ve maliyetin artması, KDU'ya verilen önemin artmasına sebep olup sağlık bakım hizmetinin verimliliğinin artması açısından uygulanması zorunlu hale getirilmiştir. KDU'nun öneminin artmasında; sağlık alanında ortaya çıkan yenilik ve gelişmelerin hızlı olması, rutin kaynakların yetersiz olması ve mevcut bilgilerin güncelliğini yitirmesi, doğru bilgiye ulaşmanın kolaylaşması gibi faktörler etki etmektedir (Çopur ve ark., 2015).

Kanıtı Dayalı Uygulamalar, maliyet analizi yapılmasına, sağlık sisteminin etkinliğinin değerlendirilmesine ve klinik kararların alınmasına rehberlik etmektedir. Bu sebeple KDU, klinik uygulama rehberleri ve protokollerinin geliştirmesine temel hazırlamaktadır. Kanıtı Dayalı Uygulama rehberleri ve protokolleri ise kanıtları birleştirerek en iyi girişimlere yönelik öneriler sunmaktadır (Küçük ve ark., 2017). Kanıtı Dayalı Uygulama sayesinde sağlık bakım hizmetinin kalitesi ve hastaların memnuniyet düzeyi artar. Böylece bakım uygulamalarında ve tedavi sonuçlarında olumlu etkiler oluşturulur ve hasta bakım standardizasyonu sağlanır (Küçük ve ark., 2017; Petre ve ark., 2018). Diğer yandan en son teknolojik gelişmelerin takip edilmesi, bilgilerin güncellenmesi, klinik karar verme yeteneğinin artması ve birey merkezli bakım verilmesi gibi olanaklar sunar (Küçük ve ark., 2017). KDU'nun hemşirelik ve ebelik girişimlerinde kullanımının artması için ebe ve hemşirelerin mesleki eğitimleri arasında KDU'ya yer verilmelidir. Kanıtı dayalı uygulamalara mesleki eğitimde yer verilmesi, araştırma sonuçlarının klinik ortama yansıtılması ve ebe ve hemşirelere verilen eğitimin gelişmesi açısından önemlidir (Fairbrother ve ark. 2016). Birçok eğitim kurumu, KDU'ya yönelik farkındalık oluşturmakta ve yeterliliğin mesleki eğitim esnasında kazandırılmasına yönelik çalışmalar yapmaktadır. Çünkü mesleki eğitimde KDU'ya yer vererek mezun olan öğrencilerin profesyonel olarak çalışmasına temel hazırlanır. Böylece gelecekte

topluma verecekleri sağlık bakımının da kalitesini artıracaktır. Mesleki eğitim esnasında; literatürü taramak, kanıt bulmak, bulunan kanıtları değerlendirmek, araştırma sonuçlarını analiz etmek ve kliniğe yansıtmak gibi becerilerin kazandırılması, meslek hayatlarında KDU'yu uygulamalarına katkıda bulunacaktır (Küçük ve ark., 2017).

2.6.2. Kanıta Dayalı Hemşirelik

Kanıta dayalı hemşirelik (KDH); “Bireysel hasta bakımına yönelik kararlar alırken mevcut en iyi kanıtın vicdanı, açık ve akılcı kullanımı” olarak tanımlanmaktadır. (Blackman ve ark., 2017). KDH; “hastaya en iyi bakımı sunabilmek amacıyla hasta bakımına yönelik kararlarda, bilimsel yöntemle elde edilen en iyi kanıtların, deneyimlerle hasta tercihlerinin birleştirilerek hemşirelik bakımında kullanılması yaklaşımı” olarak da tanımlanmaktadır (Stevens, 2013; Küçük ve ark., 2017). Böylece hemşireler bireysel hasta bakımında, bilimsel açıdan elde edilen en iyi kanıtı, deneyimi ve hastanın ihtiyacını belirleyerek bunlara yönelik hemşirelik bakımı planlayıp uygulamaktadır. (Şenyuva, 2016) Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarında “her zaman yapıldığı gibi” ifadesi yerine, araştırma sonuçlarına ya da güncel bilgilere dayandırılmış kaliteli hemşirelik bakımı verilmesi sağlanmaktadır (Şenyuva, 2016).

19 Nisan 2011 tarihinde yayınlanan Hemşirelik Yönetmenliği'nde yer alan hemşirenin rol ve sorumluluklarında;

“ Gereksinim duyulan hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar ve yürütür. Hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir ve bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelik bakımını yeniden düzenler.”

“Hastayla biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplar, gereksinimlerini ve sorunlarını belirler, hemşirelik bakımını planlar ve uygular.”

Maddeleri ile KDH'nin klinik uygulamalarındaki yeri ve önem vurgulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Hemşirelikte profesyonelleşmek için en önemli adımlar; bilgi sahibi olmak, karar verirken güvenilir bilginin nasıl kullanması gerektiğini bilmek ve verilen kararın ulaşılabilir en iyi kanıta dayandırmaktır (Güneş,2017).

Kanıta dayalı uygulama süreci yedi basamaktan oluşmaktadır: Bu basamaklar “araştırma ruhunun oluşması, klinik soruların sorulması, en iyi kanıtın araştırılması, kanıtın geçerlilik ve uygunluğunun değerlendirilmesi, elde edilen kanıtların uygulamaya geçirilmesi, kanıta dayalı uygulamaların sonuçlarının değerlendirilmesi ve elde edilen klinik değişim sonuçlarının yaygınlaştırılması” olarak belirlenmiştir. KDU sürecinin gerçekleştirilmesinde “klinik araştırmalar, sistematik derlemeler, kanıta dayalı rehberler ve protokoller” kullanılmaktadır (Chen ve ark., 2021). KDH’de, kanıttan uygulamaya geçmek zor ve zaman alan bir süreçtir. Araştırma sonuçlarını direkt olarak klinik uygulamaya aktarmak güçtür. Güncellenen her araştırma sonucu, uygulamaya geçmeden önce diğer kanıtlarla karşılaştırılmalıdır.

2.6.3. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum

Tutum; Kişinin davranışlarını yönlendiren ve deneyimlerle meydana gelen bir öğrenme sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu deneyimler bireyin nesneye ya da olaya karşı nasıl davranması gerektiğini dair yönlendirmeler yapar. İnanç ve tutum arasında neden-sonuç ilişkisiyle sıkı bir bağlantı vardır.

İnanç, kişinin kendi iç dünyası ile alakalı algıların ve tanımların ortaya koyduğu sürekli duygulardır. Tutum ise inançların ve değerlerin içinde saklıdır.

Tutum, bireysel bir kavramdır. Diğer bir deyişle tutum, bireye atfedilen bir eğilimdir. Yani, tutum doğrudan gözlemlenemez fakat kişinin gözlemlenebilen davranışlarına bağlı ortaya çıkan ve kişiye özel bir eğilim olduğu anlamına gelmektedir.

Üç öğeli tutum modeli olarak adlandırılan modele göre tutumlar, “biliş-duygu-davranış” eğitiminin birleşmesiyle oluştuğu için, tutum ölçeklerinin bu üç ögeyi de ölçmesi gerekmektedir.

Bilgi odaklı boyut, kişinin o nesne hakkında edindiği bilgiyi ve nesnenin özelliklerine olan inancını yansıtır. Duygular ve tercihler, kişinin nesneye yönelik duygusal boyutudur. Davranış odaklı boyut ise kişinin ilgili nesne hakkında harekete geçme veya uygulama isteğine yönelik beklentileridir. Bu üç öge arasında iç tutarlılık olduğu savunulmaktadır. Bu varsayıma göre kişinin bir konu ya da nesne hakkında bildikleri ondan hoşlanmasına sebep oluyorsa (bilişsel öge), kişi hoşlanır (duygusal öge) ve bu durumu sözleri ya da davranışları (davranışları) ile ortaya koyar (Ayhan ve ark., 2015).

Hemşirelikte profesyonelleşmenin en önemli koşulu bilimi ve bilimsel yöntemleri anlamak ve meslekteki tutumlara yansıtmaktır. Kanıta dayalı uygulamalar altında ortaya konulan her davranış gelecekte hemşireleri deneyime dayalı kararlardan kanıta dayalı karar verme bilincine taşıyacaktır. Böylece kendi tutumları olan hemşirelik, bilginin bilimsel değeri ve kullanımı için kanıta dayalı tutumlara yönelik sorumluluklar alacaktır. (Çopur, 2015)

2.6.4. Kadın Sağlığı Alanında Kanıta Dayalı Uygulamalar

Kanıta dayalı uygulamaya göre bakım verme, kadın sağlığı alanındaki sağlık ekibi için de gereklidir. Çünkü kadın sağlığı alanında yapılan uygulamaların çoğu, geleneksel ya da bireysel deneyimlere dayalı uygulamalardır. Bu sebeple bu uygulamaların temelinde; randomize kontrollü çalışmalara, sistematik derlemelere ve meta-analiz çalışmalarına dayandırmak, uygulayan ekip arasındaki bireysel farklılıkları azaltarak bakım ve tedavinin etkinliğini ayrıca standardını artıracaktır. (Roberts ve ark., 2002)

Ülkemizde de kadın sağlığı için kanıta dayalı uygulamaların değerlendirilmesi ve sağlık

politikalarının, araştırma sonuçlarından elde edilen kanıtlarla bağlantılı olarak iyileştirilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir (Andwers ve ark., 2012). Sağlık bakım hizmeti veren sağlık çalışanlarının uygulamalarının değerlendirilmesi yapılan araştırmalar ile desteklenmesi, mevcut olan kanıtlar içinden en iyisinin seçilmesi ve uygulanması; bakım kalitesini ve standardını sağlayarak, girişimlerin nicelik ve niteliğini geliştirecek ayrıca anne ve bebek sağlığına da olumlu yönde etki yapacaktır (Güvenç, 2004).

Kanıt dayalı rehberler; obstetrik cerrahi için epizyotominin rutin uygulanması yerine sınırlı düzeyde epizyotomi uygulanmasını, rutin lavman uygulamasından kaçınılmasını, gebelerin yürüyüş ve ayakta dik pozisyonunda durmak gibi eylemlerin yararları hakkında bilgilendirilmesi ve cesaretlendirilmesi, komplikasyon riski az olan gebelerin oral alımlarının kısıtlanmamasını önermektedir. (Kurtçu,2015).

Literatürde kadın sağlığı ve hastalıklarına yönelik birçok başlık altında kanıt dayalı uygulamalar ele alınmıştır. Bu başlıklar ve önerileri özetle şöyledir;

Kronik Pelvik Ağrı: Kronik pelvik ağrı, altı ay kadar devam eden pelvis umblikusun altından bel ve kalçaya lokalize olan ve hareket kısıtlılığına neden olan şiddetli ağrı olarak tanımlanmıştır (Andwers ve ark., 2012). Kanıt dayalı uygulamalar kapsamında kronik pelvik ağrı için pelvik taban fizik tedavisi ve bilişsel davranışçı terapi uygulamaları kombinasyon şeklinde önerilmektedir. Değerlendirme yapılırken uygulanan rutin laparoskopisi önerilmemektedir. Tedavisinde opioid kullanımı önerilmez, bunun yerine akupunktur ya da yoga önerilmektedir. Ayrıca NSAII ilaçlar ağrı yönetiminde temel tedavi olarak önerilir. (ACOG, 2018)

Pelvik Organ Prolapsusu: Pelvik organlarda meydana gelen anatomik ve işlevsel bozukluklar nedeniyle pelvik içyapıların vajina içine ya da dışarı sarkması pelvik organ prolapsusu olarak adlandırılır (Yıldız ve ark., 2018; Baykuş ve ark., 2017). Tedavisinde

kanıta dayalı uygulamalara göre cerrahi işleme alternatif olarak vajinal peser önerilmektedir. Ayrıca prolapsus düzeyinin değerlendirilmesi için tedavi öncesi pelvik organ prolapsus evreleme sistemi muayenesi önerilmektedir (Baykuş ve ark., 2017)

Üriner İnkontinans: Üriner inkontinans, sosyal ve hijyenik sorunlara sebep olan ve objektif olarak istemsizce idrar kaçırma durumu olarak tanımlanır (Abrams ve ark., 2003). Kanıta dayalı uygulamalar kapsamında inkontinansı olan kadınların ilk değerlendirilmesinde idrar tahlili yapılması ve en az üç günlük mesane günlüğü doldurmaları önerilmektedir. İdrar yolu enfeksiyonu varsa tedavi sonrası tekrar değerlendirilmesi önerilir. Yaşlı kadınlarda asemptomatik enfeksiyon tedavisi rutin olarak önerilmemektedir (Burkhard ve ark., 2019)

İnfertilite: İnfertilite, bir yıl ve daha uzun süre düzenli korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik oluşmaması olarak tanımlanmaktadır. İnfertilite değerlendirmesi, 35 yaş altı kadınlarda, bir yıllık korunmasız ilişki sonrası gebe kalmamış ise 35 yaş üzeri kadınlarda ise altı aylık korunmasız cinsel ilişki sonrası gebe kalmamış ise yapılmalı ve kadının tanısı değerlendirilmesine ek olarak eşi de değerlendirilmelidir (Burkhard ve ark., 2019)

Doğurganlık tedavisinde gecikmeyi önlemek için, doğurganlıklarından endişe duyan kadınlara en son servikal smear testinin zamanlaması ve sonucu hakkında özel bir sorgulama yapılmalıdır. Servikal kanser tarama programı rehberlerine uygun olarak servikal kanser taramalarının yapılması önerilmektedir (Norton ve ark., 2019). Doğurganlıklarından endişe duyan kadınlara prolaktin ölçümü için kan testi önerilmemelidir. Bu test yalnızca ovulasyon bozukluğu, galaktore veya hipofiz tümörü olan kadınlara yapılmalıdır. Düzensiz adet döngüsü olan kadınlara, serum gonadotropinlerini (folikül uyarıcı hormon ve lüteinizan hormon) ölçmek için bir kan testi önerilmelidir (Norton ve ark., 2019). Ovulasyonu doğrulamak için bazal vücut ısısı

izelgelerinin kullanılması ovulasyonu güvenilir bir şekilde tahmin edemediği için önerilmemektedir.

Antenatal dönem: Gebelikte sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve kilo kontrolü hakkında anneye danışmanlık ve eğitim verilmesi önerilmektedir. Kanıta dayalı uygulamalara göre yetersiz beslenen anne adayalarına yüksek protein takviyesi, anne ve bebek sonuçlarını iyileştirmek için önerilmemektedir (elik ve ark., 2022).

Maternal anemi, sepsis, düşük doğum ağırlığı gibi riskleri önlemek amacıyla günlük “demir (30-60 mg) ve folik asit (400 g = 0.4 mg)” kullanımı önerilmektedir. Diyetle kalsiyum alımının düşük olduğu popülasyonlarda, günlük “kalsiyum takviyesi (1.5-2.0 g)” gebelerde preeklampsi riskini azaltmak için önerilmektedir. Gebelerde maternal ve perinatal sonuçları iyileştirmek mikro besin takviyesi ve B6, E, C vitaminleri önerilmemektedir. D vitamininin etkinliğini değerlendirmek için ise yeterli kanıt yoktur. Eksiklik yoksa rutinde takviye önerilmemektedir (WHO,2017).

Doğum Eyleminin 1. Evresi: Ağırlı uterus kontraksiyonlarının olduğu, serviks değişikliklerinin mevcut olduğu ve dilatasyonun 5 cm’e dar olduğu evredir. Kanıta dayalı uygulamalarda aktif fazda “dört saatte bir vajinal muayene” önerilmektedir. Ayrıca kadınların tercihine bağlı ağrı yönetiminde epidural anestezi önerilmektedir. Rutin perine/pubik tıraşı, lavman uygulaması önerilmemektedir. Klorheksidinle rutin vajinal temizlik, erken oksitosin ve amniyotomi önerilmemektedir. Düşük risk altındaki kadınlarda “oral sıvı, yumuşak gıda” alımı önerilir. Gevşeme teknikleri (progresif kas gevşeme, nefes alma, müzik, dikkat dağıtma vb) nerilmektedir (WHO,2018).

Doğum Eyleminin 2. Evresi: Doğum Eyleminin 2. evresi DSÖ tarafından “servikal dilatasyonun tamamlandığı ve fetüsün doğumuna kadar geçen süre” olarak tanımlanmaktadır (elik ve ark., 2022).

Kanıtı dayalı uygulamalara göre ilk doğumun “üç saat”, sonraki doğumların “iki saat” içinde gerçekleşmesi önerilmektedir. Annenin tercihinine göre doğum pozisyonu belirlenmesi ve ıkınma için kendi ıkınma dürtüleri geldiğinde ıkınmalarının teşvik edilmesi önerilir. Gebeliğin 35. haftasından itibaren antenatal dijital perineal masaj, sütür gerektiren perineal travma insidansını (epizyotomi oranını) azalttığı ve kadınların postpartum üçüncü ayda perineal ağrı bildirme olasılıklarını düşürdüğü bulunmuş olup, perineal masajın kullanımı önerilmektedir (Çelik ve ark., 2022).

Doğum Eyleminin 3. Evresi: Doğum sonrası kanamayı önlemek amacıyla DSÖ, “profilaktik amaçlı uterotonik kullanılmasını” rutinde önermektedir. Oksitosin (10 IU, IM/IV), uygunsa ergometrin/metilgerometrin veya oral misoprostol kullanılması önerilmektedir. (WHO,2018).

Kanıtı dayalı uygulamalarda “gecikmiş kord klemplenmesi” önerilmektedir. Son atım beklenip doğumdan bir dakika sonra kord klemplenmesi bebek sağlığı için önerilmektedir. Eğer annede kan kaybında azalma ya da üçüncü evrenin süresindeki azalma önemli ise , vajinal doğumlarda “kontrollü kord traksiyonu” önerilir. Doğum sonu 30 dakika içinde plasentanın çıkmış olması gereklidir (Çelik ve ark., 2022).

Postpartum dönem: Doğum evde gerçekleşiyse, sağlık kuruluşuna ilk 24 saat içinde gidilmesi ve tüm anne ve yenidoğanlara ek olarak en az üç Postpartum bakım daha önerilmektedir. Bunlar; “doğumdan sonraki ilk üç gün içinde (48-72 saat), doğumdan sonraki 7-14. günler arasında ve doğumdan sonraki altıncı haftada” şeklinde olmalıdır. (WHO,2018).

Uterus atonisinin teşhisi için postpartum abdominal uterin tonus değerlendirilmesi önerilmektedir. Profilaktik oksitosin alan kadınlarda postpartum hemorajiyi önlemek için uterus masajı önerilmemektedir. Doğum sonu 2-8. haftalarda annenin ruh sağlığının

değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Doğum sonu depresyonu tanılamada “Edinburg Depresyon Tanılama Ölçeği’nin” kullanılması önerilmektedir (Çelik ve ark., 2022).

2.6.5. Kanıta Dayalı Uygulamalarda Yaşanan Engeller

Sağlık bakım hizmetinde uygulanan girişimlerin kanıta temellendirilmesine olan gereksinim her geçen gün artmaktadır (Şenyuva, 2016). Bu gereksinimin bilinmesine rağmen, KDU’ların uygulanması ile ilgili engeller olduğu ebe ve hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Mccellean, 2007; Koehn ve ark., 2008). Diğer engellerin önemli nedenlerinden birisi ise sağlık çalışanlarının KDU’larına yönelik tutum ve algılarıdır.(Bilgiç ve ark., 2019) Hemşirelerin KDU’ların uygulanması yönetmeliklerde olsa bile, bu durumun KDU kullanımını kolaylaştırmadığı ifade edilmiştir (Ayhan ve ark., 2015). Bu sebeple, ebe ve hemşirelerin KDU’ya göre yönelik tutumlarının belirlenmesi ve bu tutumların olumlu yönde geliştirilmesi gerekmektedir (Şenyuva, 2016).

Kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili tıbbi literatürün giderek artmasına rağmen, hemşirelik alanında randomize kontrollü çalışmalarla geliştirilmiş kanıta dayalı yönergelerinin bulunmaması da bir engeldir. Bu yönergeler klinik uygulama rehberleridir (Bilgiç ve ark., 2019).

Sağlık alanında ebe ve hemşirelere yönelik “kanıta dayalı rehber” sayısında giderek artış olmasıyla birlikte bu rehberler web sayfaları, profesyonel uygulama grupları ve dergiler tarafından yayınlanmıştır. Ancak bu gelişmelerle birlikte bazı engellerle de karşılaşilmektedir (Kurtçu ve ark., 2015; Temel, 2011). Bunlar; yetersiz personel sayısı, uygun olmayan sağlık sistemi, çalışma koşulları, motivasyon eksikliği, kaynağa ulaşmada yetersizlik, eğitim düzeyi ve destekleyici ekibin olmamasıdır. Bu duruma bağlı olarak tüm sağlık bakım hizmetlerinde bakımın sağlanmasına yönelik sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu sorunlar; araştırmaların yalnızca akademisyen hemşire/ebe tarafından yapılması

adına yapılan çalışmalarda; rutin lavman uygulaması ve epizyotomi, doğum sürecinde refakatçi izni olmaması, post-op süreçte uterus masajı yapılmaması, ten tene temasının yapılmaması, doğumun üçüncü evresinde aktif yönetimin uygulanmaması ve doğum esnasında supine pozisyonların kullanılması gibi girişimlerin yer aldığı görülmüştür. Sağlıklı gebelerde, bu tip invaziv olan ya da olmayan girişimlerin kanıta dayanmadan rutin bir şekilde uygulanması, kanıta dayalı bakım felsefesiyle uyuşmamaktadır (Yılmaz ve ark., 2017).

Ülkemizde ilk olarak Platin tarafından Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarıyla ilgili eksiklikler ve yaşanan engellerin ele alındığı derleme makalesinde aşağıdaki durumlar ele alınmıştır:

- “Hemşirelerin bilgi ve becerileri yetersizdir.”
- “ Hemşirelik rolleri tam anlamıyla yerine getirilememektedir.”
- “Hastaların ihtiyaç ve problemlerine yeterli düzeyde cevap verilememektedir.”
- “Rutin işlere yönelik çalışılmaktadır.”
- “Bağımsız rol ve sorumluluklar yerine getirilememektedir.”
- “İş odaklı çalışılmaktadır ve işin teknikle, hızlı bir şekilde yapılması esas alınmaktadır.”
- “Sağlık bakım hizmetlerinde bakım değerlendirilmeden verilmeye çalışılmaktadır.”
- “Kanıt temelli uygulamaların yerine sezgi, deneyim, sağduyu ve rutin geleneksel uygulamalar kullanılmaktadır.” (Platin, 2001)

Menkly, kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili yaşanan engellerin çözümü için bazı stratejiler önermiştir.

Bu stratejiler;

- “Sorunların ve engellerin belirlenip tanımlanması”

- “Kanıt dayalı bakımın sonuçlarına ve yararlarına olan inançların kuvvetlendirilmesi”
- “KDU basamaklarının öğretilmesi”
- “KDU hakkında tartışma oturumlarının düzenlenmesi”
- “Sistem değişikliği yapılması ve bu değişikliğin içerisinde KDU’ya yer verilmesidir.” (Menkly, 2012)

Kanıt dayalı uygulamaların önündeki engellerin azaltılması, en uygun olan hasta bakımı için kanıtın elde edilmesi, kanıtların uygulanabileceği ortamın oluşturulması ve KDU kullanımının desteklenmesinde önemli rolleri olan akademisyenler ve kurum yöneticileri ile iş birliği yapılması gerekmektedir. (Yılmaz, 2017) Ebe ve hemşireler, bakım konusunda karar veren olarak primer kişilerdir. Öte yandan ebe ve hemşirelerin bu rolleri göz önüne alındığı zaman kanıt dayalı uygulamaların savunucuları olarak da konumlandırılabilen ileri sürülmüştür (Considine ve ark., 2017; Fry ve ark., 2018).

3. MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırma Türü

Bu araştırma, ön test- son test kontrol gruplu deneysel bir çalışmadır. Bu çalışma Clinical.Trials.gov Protokol Kayıt ve Sonuçlar Sisteminde (NCT06066190) kayıtlıdır.

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma; Eylül 2023 - Ağustos 2024 tarihleri arasında Erzurum il merkezinde bulunan, Erzurum Şehir Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum ile ilgili birimlerde (jinekoloji servisi, obstetri servisi, kadın doğum ameliyathanesi ve doğum salonu) yapılmıştır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, ilgili hastanelerin Kadın hastalıkları ve doğumla ilgili birimlerinde (klinik, ameliyathane, doğum salonu) çalışan 123 (Şehir Hastanesi 88- Üniversite Hastanesi 35) ebe ve hemşire oluşturmuştur. Çalışma kapsamına alınacak örneklem büyüklüğünü belirlemek için “G Power-3.1.9.2 Programı” kullanılarak çalışma öncesi güç analizi yapılmıştır. Büyük etki büyüklüğü (0.8), %5 hata payı ve %95 güven aralığı ile toplam 70 ebe ve hemşirenin (35 deney 35 kontrol) çalışmaya dahil edilmesi gerektiği anlaşılmıştır. Çalışmadan çeşitli sebeplerle ayrılmak isteyenlerin olabileceği gerekçesiyle her bir gruba 10 kişinin alınması planlanmıştır. Araştırmanın örnekleme alınacak katılımcılar evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Deney ve kontrol grubunda olan hemşirelerin birbirlerinden etkilenmemesi için deney grubuna alınacak ebe-hemşireler ile kontrol grubuna alınacak ebe-hemşirelerin farklı hastanelerden olması planlanmıştır. Hangi hastanede çalışanların deney hangi hastanede çalışanların kontrol grubuna alınacağına yazı tura atılarak karar verilmiştir. Kura sonucunda olarak Erzurum Şehir hastanesinde çalışan ve örnekleme kriterlerine uyan 45 hemşire deney grubuna, Araştırma hastanesinde çalışan 35 hemşire kontrol grubuna

alınmıştır. (İlgili hastanenin kadın sağlığı klinikleri, doğum salonu ve ameliyathanesinde çalışan toplam 35 ebe-hemşire olduğu için kontrol grubuna ek katılımcı alınamamıştır). Çalışma süresince; kontrol grubundan 2 kişi kendi isteğiyle ayrılmış 45 deney 33 kontrol olmak üzere 78 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır. (Şekil 3.1).

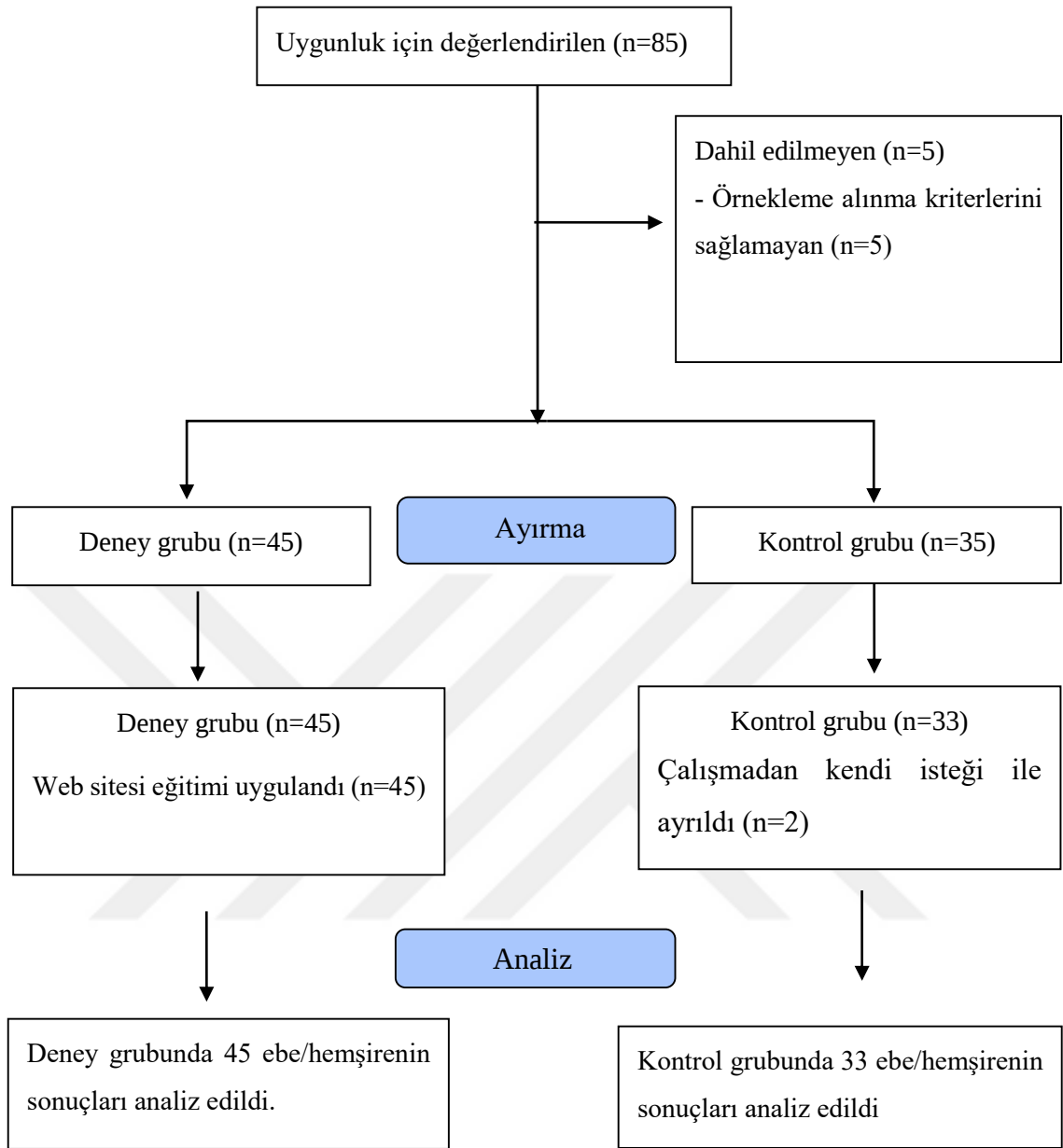
Araştırma tamamlandıktan sonra “G Power-3.1.9.2 Programı” kullanılarak, örneklem büyüklüğünün gücü veri toplama sonrasında da hesaplanmıştır. Araştırmada deney ve kontrol grubundaki ebe/hemşirelerin son test ERAS bilgi düzeylerinin karşılaştırılmasında kullanılan bağımsız gruplarda t testi dikkate alınarak yapılan hesaplamada çalışmanın etki büyüklüğü 4.98 ve alfa değeri 0.05 olduğunda örneklem büyüklüğünün gücü 0.99 olarak hesaplanmıştır (45 deney ve 33 kontrol grubu).

Örnekleme alınma kriterleri;

- Kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili birimlerde (Obstetri kliniği, jinekoloji kliniği, sezaryen kliniği, Postpartum kliniği, kadın doğum ameliyathanesi ve doğum salonu) en az 6 aydır çalışıyor olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,

Dışlanma kriterleri;

- Çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak,
- Çalışmada katılımcıların izlemesi gereken eğitim videolarını izlememek (deney grubu için),
- Veri toplama araçlarını eksik/ hatalı doldurmak.



Şekil 3.1. Consort diyagramı

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında; “Tanıtıcı Özellik Formu”, “ERAS Bilgi Testi” ve “Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ)” kullanılmıştır.

Ön Test Verilerinin Toplanması; Araştırmacı tarafından 2-17 Mayıs 2024 tarihleri arasında Erzurum Şehir Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan ebe ve hemşireler ile görüşüp araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Örnekleme alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden ebe ve hemşirelere “Tanıtıcı

Özellik Formu”, “ERAS Bilgi Testi” ve ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ) doldurmaları sağlanmıştır. İlgili ölçüm araçlarını 3 hafta sonra yeniden doldurmalarının isteneceği söylenmiş ve rumuz sorusuna hatırlamaları kolay olan bir kelime yazmaları istenmiştir. Şehir hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelere ön test verilerinden sonra 3 hafta sürecek olan web sitesi eğitimleri hakkında bilgi verilmiştir. Yazılan rumuzların web sitesi erişimi için “kullanıcı adı” olarak kullanılacağı bilgisi verilmiştir. Katılımcılara çalışma dışlanma kriterleri hakkında bilgi verilmiştir.

Son Test Verilerinin Toplanması: Araştırmacı tarafından 10-20 Haziran 2024 tarihleri arasında deney ve kontrol grubundaki ebe hemşirelere yüzyüze olarak “ERAS Bilgi Testi” ve ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ) doldurmaları sağlanmıştır. İlgili ölçüm araçlarını ilk doldurdıklarında rumuz kısmına yazdıkları kelimenin aynısını tekrar rumuz kısmına yazmaları söylenmiştir. Araştırmacı tarafından bir ay boyunca sık sık katılımcılar ile iletişime geçilmiş ve çalışma dışı bırakma kriterleri sorgulanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Özellik Formu (EK-4): Araştırmacılar tarafından hazırlanan; ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili 15 sorudan oluşan bir formdur.

ERAS Bilgi Testi (EK-5): Bilgi testi literatür bilgileri doğrultusunda, katılımcılara verilecek eğitim içeriği kapsamında araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (ERAS Türkiye Derneği, 2022; Afşar,2020; Çilingir, 2017). Ebe ve Hemşirelerin ERAS protokolleri ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen 25 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Sorular “kadın sağlığı hemşireliği, cerrahi hastalıkları hemşireliği, ebelik, eğitim ve öğretimde ölçme değerlendirme yöntemleri” konusunda uzman 10 kişiden uzman görüşü alınarak değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerinin alınmasında Davis Yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemle göre Bilgi Testinde yer alan her bir soru uzmanlar tarafından

“1 puan: Uygun değil, önerinizi yazınız, 2 puan: Biraz uygun (ifadelerin uygun şekilde getirilmesi gerekir), önerinizi yazınız, 3 puan: Oldukça uygun (uygun, ancak ufak değişiklik gerekli), önerinizi yazınız, 4 puan: Çok uygun (değişikliğe gerek yok, aynen kalabilir)” şeklinde puanlandırılmıştır. Elde edilen puanlar sonucunda bilgi testinin her bir sorusuna yönelik kapsam geçerlilik indeksi hesaplanmıştır. Literatürde kapsam geçerlilik indeksi için kriter değeri 0.80 olarak kabul edilmektedir, her madde için minimum geçerlilik oranının 0.80 olması gerekmektedir (Çapık ve ark., 2018). Sonuçlara göre tüm soruların kapsam geçerlilik indeksi 0.80 ve üstündedir. Ayrıca toplam Kapsam geçerlilik indekslerinin ortalaması 1.00 olarak hesaplanmıştır.

Bilgi testinde yer alan soruların konu dağılımı Tablo 3.1’ de verilmiştir. Her soruya verilen doğru cevap için 4 puan, yanlış cevap için 0 puan alınmaktadır. Yüksek puanlar ebe ve hemşirelerin Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahide Uygulanan ERAS Protokollerine yönelik bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bilgi testinin güvenilirliğinin belirlenmesi için Cronbach alfa katsayısı bakılmış ve ön testte 0.71 son testte ise 0.83 bulunmuştur.

Tablo 3.1. ERAS Bilgi Testi sorularının eğitim içeriğine göre dağılımı

Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü (ERAS) ve Jinekolojik/ Obstetrik Cerrahide Kullanımı	2 soru
ERAS Protokolü Preoperatif Bileşenler ve Önerileri	6 soru
İntraoperatif Bileşenler ve Önerileri	5 soru
Postoperatif Bileşenler ve Önerileri	6 soru
Jinekolojik Cerrahide Uygulanan ERAS Protokolleri	3 soru
Obstetrik Cerrahide Uygulanan ERAS Protokolleri	3 soru

Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ) (EK-6): Ölçek Ruzafa Martinez ve ark. (2011) tarafından İspanya’da geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve

güvenirlik çalışması Ayhan ve ark. (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 15 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Maddelerin sekizi olumlu (1, 2, 5, 7, 9, 11, 13 ve 14. maddeler) yedisi olumsuz (3, 4, 6, 8, 10, 12 ve 15. maddeler) ifade içermekte; olumsuz maddeler ters çevrilerek kodlanmaktadır. Beşli Likert tipine (1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=biraz katılıyorum, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum) göre hazırlanan ölçekten en düşük 15, en yüksek 75 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.90'dır. Bu çalışmada ise Cronbach alpha katsayısı ön testte 0.82, son testte ise 0.83 bulunmuştur (Ayhan ve ark., 2015).

DISCERN Ölçüm Aracı (EK-7): Charnock ve arkadaşları (1999) tarafından, eğitim verilmek için hazırlanan materyalin güvenilirliğinin ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. DISCERN Ölçüm aracı toplamda 16 sorudan oluşmaktadır. İlk 8 soru ile sunulan bilginin güvenilirliği; sonraki 7 soru ile verilen bilginin kalitesi ve son 1 soru ile materyalin genel değerlendirmesi yapılmaktadır. Sorular 5'li likert tipinde olup, 1-5 arası puan verilmektedir. Değerlendirme sonucunda alınan toplam puanın düşük olması materyalin düşük kaliteli, yüksek olması ise yüksek kaliteli olduğunu göstermektedir (Chanrock ve ark., 1999). DISCERN ölçüm aracının Türkçe geçerlik güvenilirliği Gökdoğan ve ark. (2003) tarafından yapılmıştır (Gökdoğan ve ark., 2003).

3.5. Araştırmada Kullanılan Hemşirelik Girişimi

Hemşirelik girişimi olarak, deney grubunda yer alan ebe ve hemşirelere web tabanlı eğitim uygulanmıştır.

Eğitim İçeriği

Literatürde yetişkinlere verilen eğitimlerin ne kadar sürede tamamlanması ve eğitim videolarının maximum kaç dakika olması gerektiği konusundaki çalışmalar doğrultusunda eğitim programı haftada iki eğitim olacak ve her bir eğitim süresi 10-15 dk sürecek şekilde hazırlanmıştır. Çalışma kapsamında deney toplam 6 eğitim verilmiş ve 3 haftada tamamlanmıştır (Akkoyunlu ve ark., 2023; Güneş ve Deveci, 2020; Güleç ve ark., 2012)(Şekil 3.7). Eğitimlerin konu başlıkları Tablo 3.2’ de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Eğitimlerdeki konu başlıkları

1. Eğitim	Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü (ERAS) ve Jinekolojik/ Obstetrik Cerrahide Kullanımı
2. Eğitim	ERAS Protokolü Preoperatif Bileşenler ve Önerileri
3. Eğitim	İntraoperatif Bileşenler ve Önerileri
4. Eğitim	Postoperatif Bileşenler ve Önerileri
5. Eğitim	Jinekolojik Cerrahide Uygulanan ERAS protokolleri
6. Eğitim	Obstetrik Cerrahide Uygulanan ERAS Protokolleri

Eğitim içeriği, literatür doğrultusunda hazırlanmış ve hemşirelik alanında altı uzman tarafından DISCERN Ölçüm Aracı kullanılarak değerlendirilmiştir. (ERAS Türkiye Derneği, 2022; Afşar, 2020; Bilgiç ve ark., 2019; Nelson ve ark., 2019; Aksoy, 2018; Altman ve ark., 2018; Chaughey ve ark., 2018; Çilingir, 2017; Kabataş ve Özbayır, 2016; Chapman ve ark., 2015). DISCERN Değerlendirme sonuçları Tablo 3.3’te verilmiştir.

Tablo 3.3. DISCERN ölçüm aracı değerlendirme sonuçları

DISCERN Ölçüm Aracı	Alınabilecek min-max puanlar	Alınan min-max puanlar	X±SS	Wa	p
Bilgi güvenilirliği	8-40	35-40	38.50±1.97	1.000	0.000
Bilgi kalitesi	7-35	31-35	33.33±1.96		
Genel değerlendirme	1-5	4-5	4.83±0.40		
DISCERN Toplam	15-75	66-75	71.83±3.81		

Alınan uzman görüşleri Kendall W uyuşum katsayısı (Wa) kolerasyon testi ile değerlendirilmiştir. Kendall W uyuşum katsayısı 0-1 arasında değerler alır, değerin 0.80 üzeri olması uzmanlar arasında uyumun yeterli olduğunu, bire yakın olması ise uyumun oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Gökdoğan, 2003).

DISCERN ölçüm aracının bilgi güvenilirliği puan ortalamasının 38.50 ± 1.97 , bilgi kalitesi puan ortalamasının 33.33 ± 1.96 , genel değerlendirme puan ortalamasının 4.83 ± 0.40 ve DISCERN toplam puan ortalamasının 71.83 ± 3.81 olduğu saptanmıştır. Değerlendirme sonucuna göre eğitim içeriğinin kullanılabilirliği konusunda uzman görüşlerinin istatistiksel olarak birbiriyle uyumlu olduğu bulunmuştur ($W_a=1.000$, $p=0.000$) Yapılan DISCERN değerlendirmesine göre hazırlanan eğitim içeriklerinin güvenilir ve bilgi kalitesinin yüksek olduğu belirlenmiştir. (Tablo 3.3).

Web Tabanlı Eğitim Programı

Web tabanlı eğitim için BAP projesi kapsamında Atatürk Üniversitesi Bilgisayar Araştırma ve Uygulama Merkezi tarafından hizmet alımı sağlanarak “<https://ERASobstetrijinekoloji2024.atauni.edu.tr/egitim/>” isimli bir web sitesi hazırlanmıştır. Hazırlanan web tabanlı eğitim programı bilgisayar, tablet ve mobil cihazlarla uyumlu ve her platformda ebe/hemşirlerin web sitesine rahatlıkla kullanmalarına imkân sağlayacak özellikte geliştirilmiştir. Siteye aynı panel üzerinden hem kullanıcı hem de yönetici giriş yapabilmektedir. Yönetici giriş yaptıktan sonra kullanıcı girişinden farklı olarak “site yönetimi” sayfasına erişebilmektedir. Böylece hem hazırlanan eğitim videolarını diğer kullanıcılara tanımlayabilmekte hem de eğitim videolarının izlenmesini takip edebilmektedir.

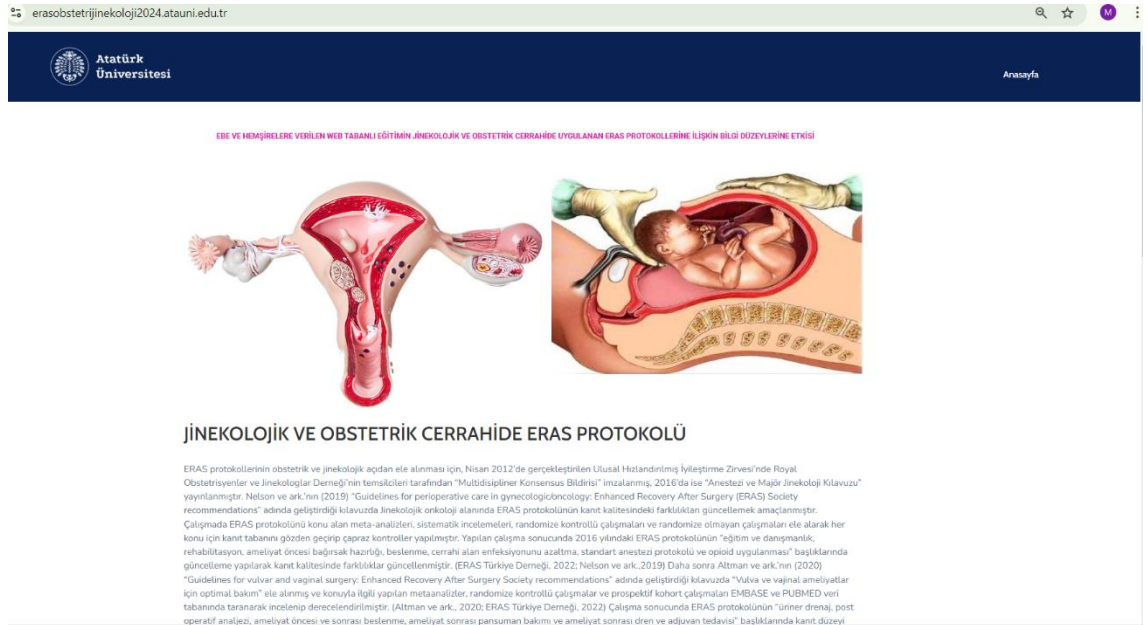
Deney grubundaki ebe ve hemşireler ile ilk görüşmede eğitimlerin yapılacağı web sitesi tanıtılmış, siteye nasıl giriş yapılacağı, nasıl üye olunacağı ve eğitimlerin nasıl takip edileceği hakkında kendilerine bilgi verilmiştir. Ebe ve hemşirelerin eğitimlere

katılabilmesi için eğitimlere istenildiği zamanda erişim imkânı verilmiştir. Ebe ve hemşirelerin eğitimleri izleyip izlemediği araştırmacı tarafından kontrol edilmiştir.

Kullanıcı Girişi

Web sitesi linki (<https://erasobstetrijinekoloji2024.atauni.edu.tr/>) ile giriş yapan ebe ve hemşireler Şekil 3.2.'de verilen web sitesi ana sayfası ile karşılaşmaktadır.

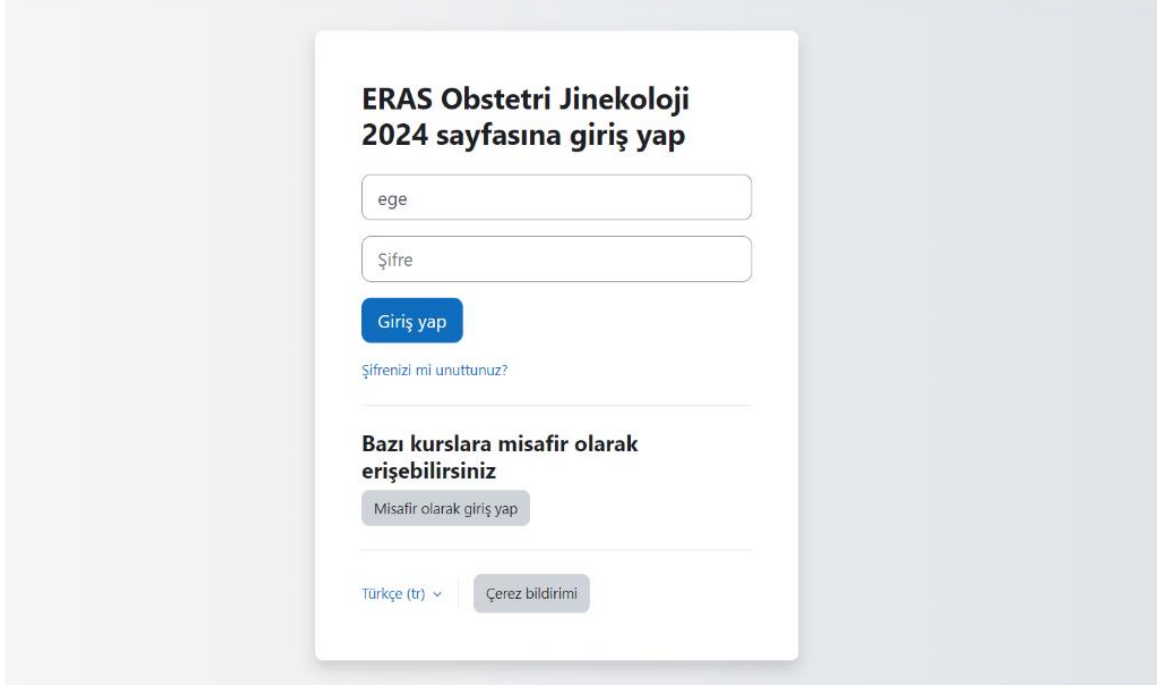
Hazırlanan bu anasayfada ERAS Protokolü ve ERAS Protokolünün jinekolojik/obstetrik cerrahi için önemi hakkında bilgiler yer almaktadır.



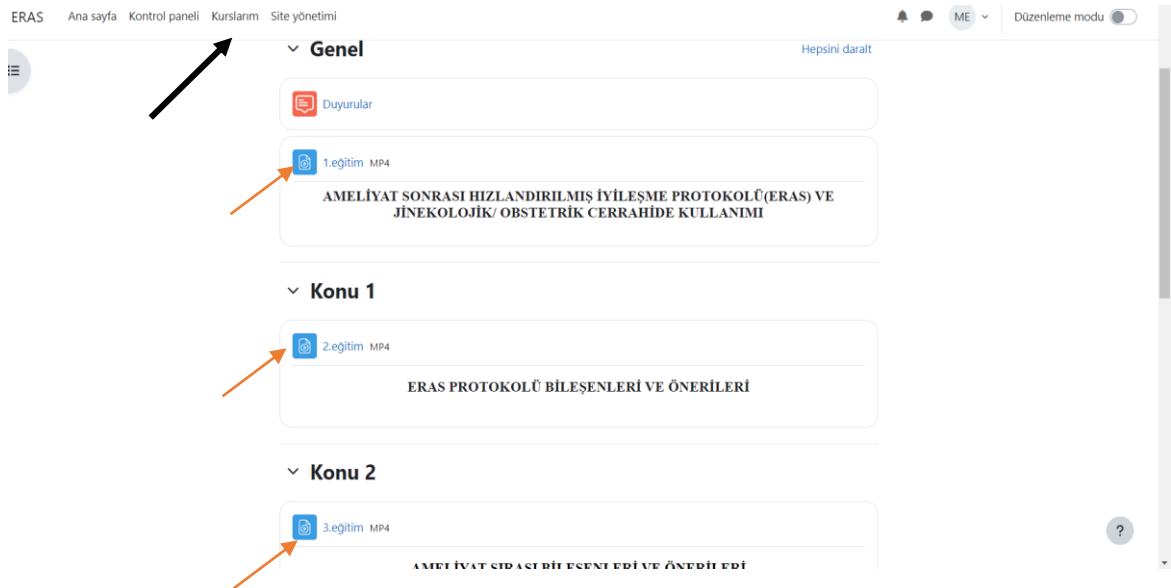
Şekil 3.2. Web sitesi ana sayfa

Eğitim videolarına ulaşabilmek amacıyla hazırlanan web sitesine (<https://erasobstetrijinekoloji2024.atauni.edu.tr/egitim>) giriş yapan ebe hemşireler Şekil 3.3'te verilen web sitesi giriş paneli ile karşılaşmaktadır. Kullanıcı adı ve şifre ile sisteme giriş yapan ebe/hemşireler ana sayfada “kurslarım” başlığı altında araştırmacı tarafından hazırlanan görsel materyal ve sesli sunum ile destekli eğitim videolarına erişim sağlamaktadırlar (Şekil 3.4) Eğitim videoları araştırmacı tarafından haftada 2 eğitim videosu şeklinde sisteme yüklenmiştir. Her bir eğitim videosu araştırmacı tarafından

görsel materyal ve sesli sunum şeklinde anlatılmıştır. (Şekil 3.5.) Deney grubuna alınan ebe /hemşirelerin iletişim bilgileri alınarak whatsapp grubu oluşturulmuş ve bu uygulama üzerinden çalışma boyunca aktif iletişim kurulmuş, yüklenen her eğitim videosunun ardından bilgilendirme mesajı atılmıştır.



Şekil 3.3. Web sitesi giriş paneli



Şekil 3.4. Web sitesi eğitim paneli



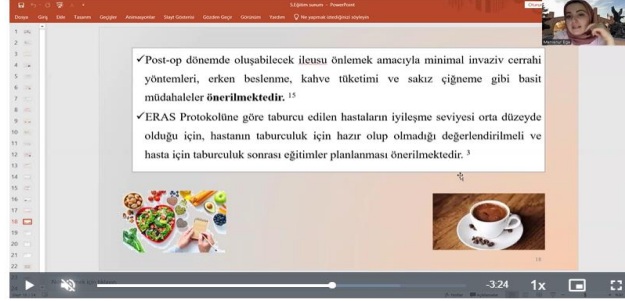
5.eğitim

Dosya

Ayarlar

Daha fazla ▾

JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ CERRAHİSİNDE UYGULANAN ERAS PROTOKOLLERİ

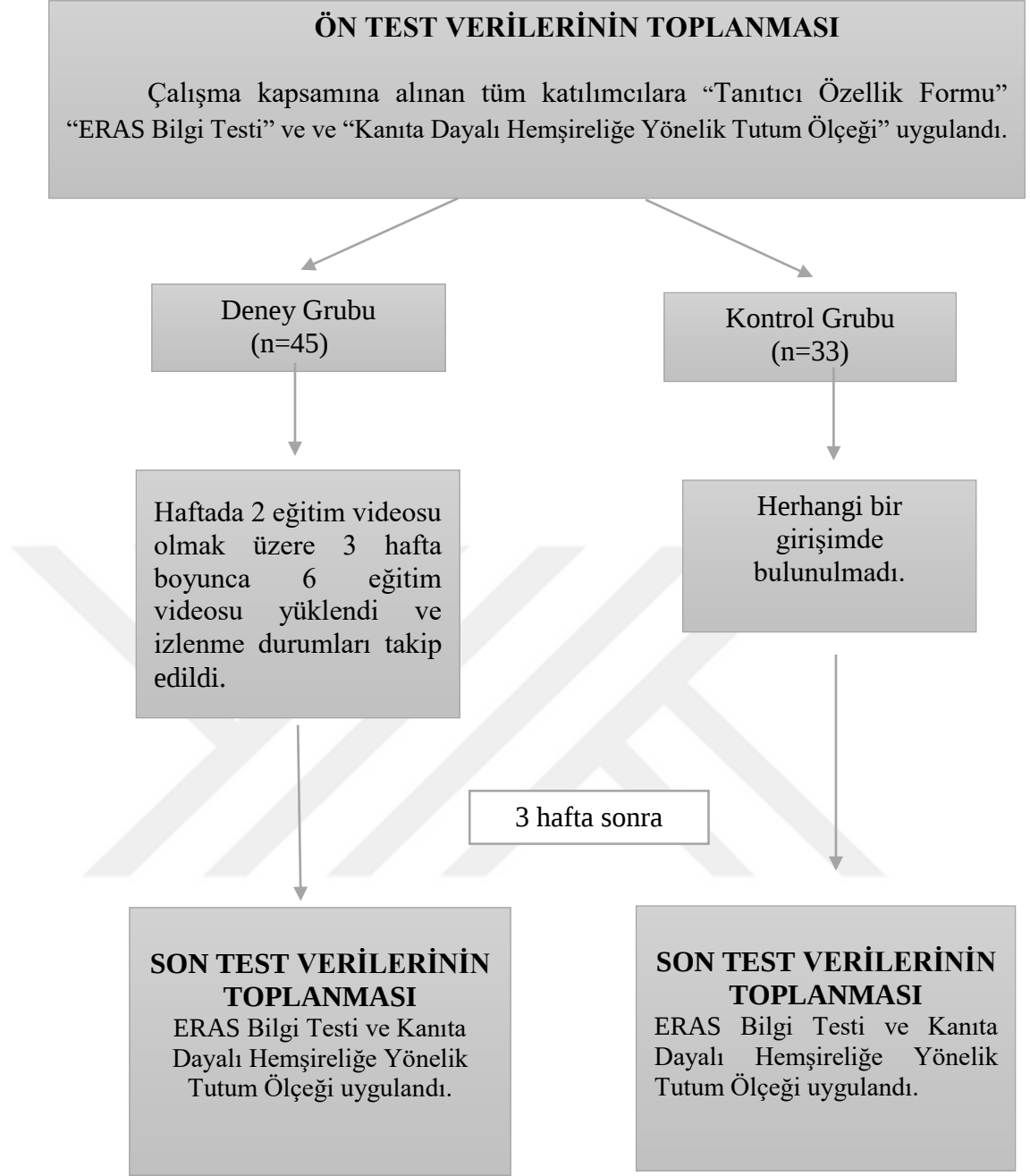


Şekil 3.5. Eğitim videolarının görsel ve sesli sunum ile anlatılması

Ebe ve hemşirelerin sistemdeki hareketleri yönetici tarafından görüntülenebilmektedir. Böylece yönetici, ebe/hemşirelerin eğitim videolarını izleme durumlarını takip edebilmiştir (Şekil 3.6).

yıldız yıldız	-	Kurs: EĞİTİM VİDEOLARI	Kullanıcı turları	Tur başladı
yıldız yıldız	-	Kurs: EĞİTİM VİDEOLARI	Sistem	Kurs görüntülendi
yıldız yıldız	-	Sistem	Kullanıcı turları	Tur sona erdi
uğurböceği uğurböceği	-	Kurs: EĞİTİM VİDEOLARI	Sistem	Kurs görüntülendi
uğurböceği uğurböceği	-	Sistem	Kullanıcı turları	Tur sona erdi
uğurböceği uğurböceği	-	Sistem	Kullanıcı turları	Tur başladı

Şekil 3.6. Eğitimlerin izlenme durumunun takibi



Şekil 3.7. Araştırma uygulama akış şeması

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde; sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları

(± 2) ile hesaplanmıştır. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler Tablo 3.4'te verilmiştir (Büyüköztürk, 2014).

Tablo 3.4. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde		Kendall Uyuşum Katsayısı (W) korelasyon testi
	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney U Analizi
İkili grupların karşılaştırılmasında	Kovaryans Analizi (Ancova)	
İkili grupların grup içi karşılaştırmalarında	Bağımlı gruplarda t testi	Will Coxon Analizi
Kategorik verilerin karşılaştırılmasında	-	Ki-kare Testi
Kategorik verilerin grup içi karşılaştırmalarında	-	McNemar Ki-kare Testi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.5'te ve çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait grup içi normal dağılım Tablo 3.6' da sunulmuştur.

Tablo 3.5. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata ($\pm$)	İstatistik	Standart Hata ($\pm$)
ERAS Bilgi Testi ön test	78	0.099	0.272	-0.902	0.538
ERAS Bilgi Testi son test	78	-0.462	0.272	-1.318	0.538
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ön test	78	0.211	0.272	-0.281	0.538
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği son test	78	-0.119	0.272	-0.827	0.538
Yaş	78	0.859	0.272	-0.213	0.538
Meslekte kaç yıldır görev yapıyor	78	1.220	0.272	0.572	0.538
Birimde kaç yıldır görev yapıyor *	78	2.118	0.272	5.278	0.538

* Normal dağılmayan verilerdir.

Tablo 3.6. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait grup içi normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler		Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
Deney Grubu	n	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
ERAS Bilgi Testi ön test	45	0.067	0.354	-0.784	0.695
ERAS Bilgi Testi son test	45	-0.169	0.354	-0.150	0.695
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ön test	45	0.073	0.354	0.316	0.695
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği son test	45	-0.217	0.354	-0.298	0.695
Yaş	45	0.600	0.354	-0.413	0.695
Meslekte kaç yıldır görev yapıyor	45	0.713	0.354	-0.419	0.695
Birimde kaç yıldır görev yapıyor *	45	1.800	0.354	4.722	0.695
Kontrol Grubu	n	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
ERAS Bilgi Testi ön test	33	0.001	0.409	-1.168	0.798
ERAS Bilgi Testi son test	33	-0.207	0.409	-1.006	0.798
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ön test	33	0.415	0.409	-0.929	0.798
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği son test	33	0.369	0.409	-0.910	0.798
Yaş	33	1.348	0.409	0.774	0.798
Meslekte kaç yıldır görev yapıyor	33	2.651	0.409	7.459	0.798
Birimde kaç yıldır görev yapıyor *	33	2.813	0.409	8.333	0.798

* Normal dağılmayan verilerdir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır (EK-2). Araştırmanın yapıldığı kurumlar için Erzurum İl Sağlık Müdürlüğünden ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinden yazılı izin alınmıştır. (EK-3). Araştırmaya katılan ebe ve hemşireler ile görüşülmüş, çalışmanın amacı, aşamaları anlatılmış ve araştırmanın her aşamasında ayrılacakları söylenmiştir. Bireysel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıp "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması İlkesine" uyulmasına özen gösterileceği bilgisine de yer verilmiştir. Elde edilen bilgilerin cevaplayanın kimliği gizli tutularak "Kimliksizlik ve Güvenlik İlkesi" yerine getirilmiştir. Son test verileri toplandıktan sonra kontrol grubunda olup da

isteyen ebe ve hemşirelere web sitesi erişimi sağlanarak “Yeterli ve Doğru Bakım Görme” ilkesi yerine getirilmiştir. Çalışma kapsamında kullanılan Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğı için yazarından e-posta ile izin alınmıştır.

3.8.Araştırma Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Araştırmada kullanılan ölçekler, öz- bildirim araçlarıdır, veriler ebe/hemşirelerin verdiği cevaplarla sınırlıdır. Çalışmada web sitesi eğitiminin 3 hafta uygulandıktan sonraki etkileri incelenmiştir. Uzun vadede gelişebilecek etkilerin izlenmemesi çalışmanın sınırlılıklarındandır. Araştırmada verileri toplayan araştırmacı ile analizleri yapan kişi farklıdır. Yani istatistikçi körlenmiştir.

Literatürde ebe/hemşirelerin ERAS protokolüne yönelik bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma sayısının az olması ve bu çalışmanın deneysel çalışma olması araştırmanın güçlü yönüdür.

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, deney grubundaki katılımcıların %75.6’sı lisans ve üzeri eğitim almıştır, %66.7’sinin geliri giderine eşittir, %73.3’ü klinik ebesi/hemşiresi olarak çalışmaktadır ve %35.6’sı bazen mesleki literatürü takip etmektedir. Katılımcıların %77.8’i kişisel gelişim kitaplarını takip etmektedir, %64.4’ü yazılı materyalleri okumaktan ve araştırma yapmaktan hoşlanmaktadır, %62.2’si bilgisayar/telefonu sosyal medya amacı ile kullanmaktadır ve %42.2’si mesleki bilimsel dergi/makaleleri bazen okumaktadırlar. Katılımcıların %51.1’i sağlık alanındaki gelişmeleri bazen takip etmektedirler, %88.9’u kanıta dayalı uygulamaların çalıştıkları birimde uygulanmasını istemektedirler, %84.4’ünün ERAS protokolü hakkında bilgisi yoktur ve olanların da %8.9’u kongre, %11.1’i okul, %13.3’ü diğer yerlerden bilgi almışlardır. Katılımcıların ortalama yaşı 32.71 ± 6.81 , meslekte görev süresi ortalama 11.16 ± 7.51 ve birimde ortalama görev süresi 7.31 ± 5.63 yıldır.

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, kontrol grubundaki katılımcıların %66.7’si lisans ve üzeri eğitim almıştır, %60.6’sının geliri giderine eşittir, %75.8’i klinik ebe/hemşiresi olarak çalışmaktadır ve %27.3’ü her zaman %27.3’ü hiçbir zaman mesleki literatürü takip etmektedir. Katılımcıların %93.9’u kişisel gelişim kitapları takip etmektedir, %48.5’i yazılı materyalleri okumaktan ve araştırma yapmaktan hoşlanmaktadır, %87.9’u bilgisayar/telefonu sosyal medya amacı ile kullanmaktadır ve %39.4’ü mesleki bilimsel dergi/makaleleri hiçbir zaman okumamaktadır. Katılımcıların %30.3’ü sağlık alanındaki gelişmeleri bazen/nadiren takip etmektedirler, %81.8’i kanıta dayalı uygulamaların çalıştıkları birimde uygulanmasını istemektedirler, %90.9’unun ERAS protokolü hakkında bilgileri yoktur ve olanlarında %3’ü kongre, %3’ü okul, %6.1’i diğer yerlerden

bilgi almışlardır. Katılımcıların ortalama yaşı 30.36 ± 6.06 , meslekte görev süresi ortalama 6.50 ± 5.37 ve birimde ortalama görev süresi 5.91 ± 5.43 yıldır.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar gelir durumu ve meslekte görev süresi bakımından benzer değildir ($p < 0.05$). Deney grubunda geliri giderinden az olanların oranı daha yüksektir, meslekte görev süresi daha fazladır. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar diğer tüm kontrol değişkenleri bakımından benzerdir ($p > 0.05$).

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri

Demografik Özellikler		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test Ve Önemlilik
		n	%	n	%	
Eğitim Düzeyi	Sağlık meslek lisesi	11	24.4	11	33.3	$\chi^2=0.743$ $p=0.389$
	Lisans ve üstü	34	75.6	22	66.7	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	13	28.9	5	15.2	$\chi^2=7.487$ $p=0.024$
	Gelir giderden fazla	2	4.4	8	24.2	
	Gelir gidere eşit	30	66.7	20	60.6	
Çalışılan Pozisyon	Klinik ebesi/hemşiresi	33	73.3	25	75.8	$\chi^2=0.207$ $p=0.977$
	Sorumlu ebe/hemşire	5	11.1	3	9.1	
	Ameliyathane ebe/hemşiresi	5	11.1	4	12.1	
	Doğumhane ebesi	2	4.4	1	3.0	
Mesleki Literatürü Takip Etme	Her zaman	13	28.9	9	27.3	$\chi^2=2.521$ $p=0.471$
	Bazen	16	35.6	7	21.2	
	Nadiren	8	17.8	8	24.2	
	Hiçbir zaman	8	17.8	9	27.3	
Takip Edilen Kitap Türü	Kişisel gelişim kitapları	35	77.8	31	93.9	$\chi^2=3.820$ $p=0.051$
	Mesleki gelişim kitapları	10	22.2	2	6.1	
Yazılı Materyal Okuma Araştırma Yapmaktan Hoşlanma	Hiç hoşlanmam	13	28.9	16	48.5	$\chi^2=3.194$ $p=0.202$
	Hoşlanırım	29	64.4	15	45.5	
	Çok hoşlanırım	3	6.7	2	6.1	
Bilgisayar, Telefon Kullanma Amacı	İş nedeniyle	3	6.7	-	-	$\chi^2=7.079$ $p=0.069$
	Araştırma yapmak	9	20.0	2	6.1	
	Sosyal medya	28	62.2	29	87.9	
	Diğer	5	11.1	2	6.1	
Mesleki Bilimsel Makale Dergi Okuma	Her zaman	5	11.1	1	3.0	$\chi^2=6.220$ $p=0.101$
	Bazen	19	42.2	8	24.2	
	Nadiren	12	26.7	11	33.3	
	Hiçbir zaman	9	20.0	13	39.4	

Tablo 4.1. (Devamı)

Demografik Özellikler		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test Ve Önemlilik	
		n	%	n	%		
Sağlık Alanındaki Çalışmaları Takip Etme	Her zaman	8	17.8	6	18.2	$\chi^2=4.042$ $p=0.257$	
	Bazen	23	51.1	10	30.3		
	Nadiren	9	20.0	10	30.3		
	Hiçbir zaman	5	11.1	7	21.2		
Kanıtı Dayalı Uygulamaların çalıştığı birimde uygulanmasını isteme	Evet	40	88.9	27	81.8	$p=0.513^*$	
	Hayır	5	11.1	6	18.2		
ERAS Protokolü Hakkında Bilgi	Var	7	15.6	3	9.1	$\chi^2=0.712$ $p=0.399$	
	Yok	38	84.4	30	90.9		
Bilginin Alındığı Yer**							
Kongre	Evet	4	8.9	1	3.0	$p=0.389^*$	
	Hayır	41	91.1	32	97.0		
Okul	Evet	5	11.1	1	3.0	$p=0.235^*$	
	Hayır	40	88.9	32	97.0		
Kurs	Hayır	45	100	33	100	-	
Hizmet içi eğitim	Hayır	45	100	33	100	-	
Diğer	Evet	6	13.3	2	6.1	$p=0.456^*$	
	Hayır	39	86.7	31	93.9		
Sürekli Değişkenler	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	
Yaş	45	32.71	6.81	33	30.36	6.06	$t=1.575, p=0.119$
Meslekte görev süresi	45	11.16	7.51	33	6.50	5.37	$t=3.192, p=0.002$
Birimde görev süresi	45	7.31	5.63	33	5.91	5.43	$U=625.500, p=0.230$

*Fisher'in kesin ki-kare testi yapıldığı için ki-kare değeri bulunmamaktadır.

χ^2 : Ki-kare analizi, U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi

** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların ön testte ERAS bilgi testinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunulmuştur. Tablo 4.2'de görüldüğü gibi ön testte deney ve kontrol grubu arasındaki ERAS Bilgi Testi puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Katılımcıların ön testte ERAS Bilgi Testinden aldıkları puanların karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Test Ve Önemlilik
	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	
ERAS Bilgi Testi	45	30.84	8.85	33	32.73	11.47	t=-0.787, p=0.434 d=10.033

t=Bağımsız gruplarda t testi

Katılımcıların ön testte Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunulmuştur. Tablo 4.3'te görüldüğü gibi ön testte deney ve kontrol grubu arasındaki Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Katılımcıların ön testte Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Test Ve Önemlilik
	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	45	52.89	8.21	33	51.24	7.98	t=0.885, p=0.379 d=8.115

t=Bağımsız gruplarda t testi

Katılımcıların son testte ERAS bilgi testinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.4'de sunulmuştur. Tablo 4.4'de görüldüğü gibi son testte deney ve kontrol grubu arasındaki ERAS Bilgi Testi puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Deney grubunun ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.4. Katılımcıların son testte ERAS Bilgi Testinden aldıkları puanların karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Test Ve Önemlilik
	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	
ERAS Bilgi Testi	45	82.67	6.82	33	34.67	11.78	t=20.976, p= 0.000 d=9.23760

t=Bağımsız gruplarda t testi

Katılımcıların son testte Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.5’de sunulmuştur. Tablo 4.5’de görüldüğü gibi son testte deney ve kontrol grubu arasındaki Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum ölçeği puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.5. Katılımcıların son testte Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Test Ve Önemlilik
	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	45	59.00	7.07	33	51.82	8.27	t=4.126, p= 0.000 d=7.596

t=Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarında ERAS Bilgi Testi puanlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.6’da sunulmuştur. Deney grubunda ön test ve son test ölçümleri arasındaki ERAS Bilgi Testi puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). ERAS protokolleri ile ilgili verilen web tabanlı eğitim sonrası deney grubundaki katılımcıların son testte puan ortalamaları anlamlı düzeyde artmıştır.

Kontrol grubunda ön test ve son test ölçümleri arasındaki ERAS Bilgi Testi puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Herhangi bir girişim

uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların son testte puan ortalamaları kısmen artmıştır.

Tablo 4.6. Deney ve kontrol gruplarında ERAS Bilgi Testi puanlarının grup içi karşılaştırılması

ERAS Bilgi Testi	Deney Grubu (n=45)			Kontrol Grubu (n=33)		
	Ort	SS	Test Ve Önemlilik	Ort	SS	Test Ve Önemlilik
Ön test	30.84	8.85	t=-28.973	32.73	11.47	t=-2.484
Girişim sonrası	82.67	6.82	p=0.000	34.67	11.78	p=0.018

t: Bağımlı gruplarda t testi.

Deney ve kontrol gruplarında Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum ölçek puanlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur. Deney grubunda ön test ve son test ölçümleri arasındaki Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum ölçek puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). ERAS protokolleri ile ilgili verilen web tabanlı eğitim sonrası deney grubundaki katılımcıların son testte puan ortalamaları anlamlı düzeyde artmıştır.

Kontrol grubunda ön test ve son test ölçümleri arasındaki Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum ölçek puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Deney ve kontrol gruplarında Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği puanlarının grup içi karşılaştırılması

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum	Deney Grubu (n=45)			Kontrol Grubu (n=33)		
	Ort	SS	Önemlilik	Ort	SS	Önemlilik
Ön test	52.89	8.21	t=-4.369	51.24	7.98	t=-2.017
Girişim sonrası	59.00	7.07	p=0.000	51.82	8.27	p=0.052

t: Bağımlı gruplarda t testi.

Yapılan girişimin ERAS Bilgi puanına etkisini test etmek için kovaryans analizi (ANCOVA) yapılmıştır (Tablo 4.8). Bağımsız değişken olarak yapılan girişim (gruplar), bağımlı değişken olarak ERAS Bilgi Testi son test puanı ve kovaryat olarak ERAS Bilgi Testi ön test puanı seçilmiştir. Etki büyüklükleri kısmi η^2 olarak rapor edilmiştir.

Tablo 4.8. Ön test kontrol edildiğinde girişimin ERAS Bilgi Testi puanına etkisi

Gruplar	Son Test (Ort±SS.)	Düzeltilmiş Son Test* (Ort±SS.)	p	Kısmi η^2
Deney	82.67±6.82	83.04±1.20	0.000	0.904
Kontrol	34.67±11.78	31.16±1.40		

* Ön test sonuçlarına göre düzeltilmiş değerler

Ön test puanları düzeltilerek yapılan analizde, son testte deney grubundaki ortalama ERAS Bilgi Testi puanı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (83.04±20'ye karşı 31.16±1.40; $p < 0.001$); etki büyüklüğü ise $\eta^2 = 0.904$ olarak tespit edilmiştir.

Yapılan girişimin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçek puanına etkisini test etmek için kovaryans analizi (ANCOVA) yapılmıştır (Tablo 4.9). Bağımsız değişken olarak yapılan girişim (gruplar), bağımlı değişken olarak Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçek son test puanı ve kovaryat olarak Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçek ön test puanı seçilmiştir. Etki büyüklükleri kısmi η^2 olarak rapor edilmiştir.

Tablo 4.9. Ön test kontrol edildiğinde girişimin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçek puanına etkisi

Gruplar	Son Test (Ort±SS.)	Düzeltilmiş Son Test* (Ort±SS.)	p	Kısmi η^2
Deney	59.00±7.07	58.62±0.93	0.000	0.204
Kontrol	51.82±8.27	52.33±1.09		

* Ön test sonuçlarına göre düzeltilmiş değerler.

Ön test puanları düzeltilerek yapılan analizde, son testte deney grubundaki ortalama Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçek puanı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (58.62 ± 0.93 'e karşı 52.33 ± 1.09 ; $p < 0.001$); etki büyüklüğü ise $\eta^2 = 0.204$ olarak tespit edilmiştir.



5. TARTIŞMA

Ebe ve hemşirelere verilen web tabanlı eğitimin jinekolojik ve obstetrik cerrahide uygulanan ERAS protokollerine ilişkin bilgi düzeylerine ve ebe/hemşirelerin kanıta dayalı uygulamara yönelik tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

Çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin ERAS protokollerine ilişkin bilgi düzeylerinin ön testte benzer düzeyde ve düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Güzel ve Yava (2019)'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin %70.4'ünün ERAS protokolü hakkında bilgi sahibi olmadığı, %20.3'ünün kısmen bilgi sahibi olduğu, % 98.3 gibi büyük bir oranın ise ERAS protokolü hakkında şu ana kadar herhangi bir eğitim almadıkları belirtilmiştir. Ongun ve Ak (2020)'ın yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %84.3'ünün ERAS protokolü hakkında bilgi sahibi olmadığı, %88.9'unun çalıştıkları kurumda ERAS'ın uygulanmadığı, %99.2'sinin ERAS protokolüne dair herhangi bir bilgiye başvurmadağı ve ERAS Protokolüne yönelik eğitim almadığı belirlenmiştir. Yemişçi (2023), hemşirelik son sınıf öğrencilerinin çoğunluğunun ERAS protokolleri hakkında bilgi sahibi olmadığı, bir kısmının da kısmen bilgisi olduğunu bildirmiştir. Gür ve ark. (2023) yaptığı çalışmada, hemşirelerin %38.8'inin ERAS protokolü hakkında bilgi sahibi olmadığı bildirilmiştir. Kankılıç ve Tuna (2019), Kahokehr ve ark. (2009)'nın yaptığı çalışmalarda sağlık çalışanlarının ERAS protokollerine dair bilgi sahibi olmadığı ve kliniklerde uygulanmadığı belirlenmiştir. Gustafsson ve ark. (2019)'nın yaptığı çalışmada ise cerrahi kliniklerde görev alan çalışanların büyük bir kısmının ameliyat öncesi bakımda ERAS protokolü hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları bulunmuştur. Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Literatürde hemşirelik son sınıf öğrencilerinin cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolüne ilişkin bilgi ve algı düzeylerini belirlemek amacı ile

yapılan çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin cerrahi hastalıkları hemşireliği dersinde ERAS protokolleri hakkında eğitim almaması, kendilerinin bu konuyla ilgili makale okumaması ve cerrahi kliniklerde geleneksel uygulamalara devam edilmesinden dolayı staj uygulamalarında ERAS protokolü kullanmamaları nedeniyle bilgi ve algı düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Yemişçi, 2023). Clifford'un (2016) yaptığı çalışmada da hemşirelerin "optimal bir bakım ve başarı" için multidisipliner bir yaklaşımla ERAS programlarının uygulanması ve kanıta dayalı rehberlerin ortaya konması gerektiğini belirtmiştir (Clifford, 2016). Araştırma sonuçlarına bakıldığında ebe ve hemşirelerin ERAS bilgi düzeylerinin düşük olmasının; ebe ve hemşirelerin lisans düzeyi eğitiminde ERAS protokollerine yönelik eğitim almamış olmaları, ebe ve hemşirelerin çalıştığı kurumlarda hizmet içi eğitimlerinde ERAS protokollerine yer verilmemesi, ERAS protokolünün birçok kurumda uygulanmaması gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çelik (2024)'in çalışmasında hemşirelerin ERAS protokolüne dair yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiş ve ERAS protokollerine yönelik hizmet içi eğitimlerin planlanması, ebe ve hemşirelerin kongre, seminer ve sempozyuma katılımlarının desteklenmesi önerilmiştir (Çelik, 2024).

Çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin araştırmanın başlangıcında kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları karşılaştırılmış; deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik olumlu tutumlarının benzer ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Literatürde kanıta dayalı hemşireliğe ilişkin tutumların belirlenmesine ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde kanıta dayalı hemşireliğe ilişkin tutumlarının çalışma bulgusu ile benzer olarak olumlu olduğu görülmüştür (Yıldırım ve Yıldız, 2020; Doğan ve ark., 2021). Menekli ve Korkmaz (2021)'in dâhiliye hemşirelerinin, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarına ilişkin yaptığı çalışmada, dâhiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıta

dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu ve geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Sis Çelik ve ark. (2023) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara karşı tutumlarının olumlu ve yüksek olduğu saptanmıştır. Mulenga ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili ortalama bilgiye sahip olduğu, tutumlarının olumlu yönde olduğu ancak kanıta dayalı uygulamaların kullanımının çok düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, olumlu tutumun davranışa dönüştürmede itici kuvvet olabileceğini ancak uygulamanın şart olmadığını ortaya koymuştur. Olumlu tutumun davranışa dönüşebilmesi için; kurumlarda uygulama ile ilgili protokollerin geliştirilmesine, bilimsel araştırmalara yer verilmesine ve hizmet içi eğitimlerle desteklenmesine ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (Mulenga ve ark., 2017).

Yılmaz ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada ise meslekte 10 yıldan fazla görev yapan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının olumsuz olduğu fakat Breimair ve ark. (2011)'nın yaptığı çalışmada ise 6 yıldan az süre görev yapan hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Bunun sebebinin ise yeni mezun olan hemşirelerin yeniliğe daha açık ve kanıta dayalı uygulamalara karşı daha duyarlı olmasından kaynaklanabileceği bildirilmiştir (Yılmaz ve ark., 2019; Breiamaier ve ark., 2011). Literatürde hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının olumsuz olduğu çalışmalar da vardır. (Breimaier ve ark., 2011; Grove ve ark., 2015) Bu farklılığın yapılan çalışmaların farklı zamanlarda yapılmasından, örnekleme alınan sağlık çalışanlarının eğitim durumlarındaki farklılıklardan, çalışılan kurumdan ve meslekte çalışma süresindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin araştırmanın sonunda ERAS Bilgi düzeyleri karşılaştırılmış ve ERAS Protokolüne

yönelik hazırlanan web tabanlı eğitimin uygulandığı deney grubundaki ebe ve hemşirelerin ERAS bilgi düzeylerinin, herhangi bir girişim uygulanmayan kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin ERAS bilgi düzeylerinden anlamlı düzeyde yüksek olduğu ancak herhangi bir girişim uygulanmayan kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin ERAS bilgi düzeyinde de kısmen artış olduğu tespit edilmiştir. Deney grubundaki ebe-hemşirelerin bilgi düzeylerindeki artış üzerinde ERAS Protokolüne yönelik hazırlanan web tabanlı eğitim girişiminin 0.904 oranında etki ettiği bulunmuştur (Tablo 4.4, Tablo 4.6, Tablo 4.8). Bu sonuç araştırmanın; “ H_{1a} : ERAS Protokolü hakkında verilen web tabanlı eğitim ebe ve hemşirelerin ERAS protokolü hakkında bilgi düzeyini artırır.” şeklindeki hipotezini desteklemektedir. Kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin ERAS bilgi düzeylerindeki kısmen artışın; araştırmanın başlangıcında uygulanan ERAS bilgi testinden sonra konuya ilişkin katılımcıların farkındalık kazanmış olmaları ve konuyla ilgili bireysel bilgi edinmelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde ebe ve hemşirelere ERAS protokollerine yönelik bilgi düzeylerinin artırılmasına ilişkin web tabanlı eğitim veya yüz yüze eğitimin verildiği herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu bulgular literatürdeki ebe ve hemşirelerin farklı konulardaki bilgi düzeylerinin artırılması amacıyla verilen yüzyüze ve online eğitimlerin sonuçlarıyla tartışılmıştır.

Web tabanlı eğitimin hemşirelerin sedasyon yönetimi hakkındaki bilgi ve uygulamalarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelerin web tabanlı eğitim sonrasında, sedasyon yönetimine yönelik bilgi ve uygulamalarında anlamlı düzeyde artış olduğu bildirilmiştir (Çelik, 2020).

Yılmaz Güven ve Karabulut (2018)’un yaptığı bir çalışmada hemşirelere verilen kardiyopulmoner resusitasyon ile ilgili eğitim verilerek bilgi düzeylerine etkisi incelenmiş ve verilen eğitim sonrası hemşirelerin kardiyopulmoner resusitasyon

hakkındaki bilgi düzeylerinde artış olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin kardiyopulmoner resusitasyon hakkında bilgi ve becerilerinin artması için hizmet içi eğitimlerin güncellenmesi ve periyodik olarak tekrarlanması önerilmiştir (Yılmaz Güven ve Karabulut, 2018).

Hemşirelere kapalı sistem aspirasyon ile ilgili verilen eğitimin bilgi düzeyine etkisini inceleyen bir çalışmada hemşirelerin eğitim öncesi kapalı sistem aspirasyonu hakkında bilgi düzeyinin düşük olduğu, eğitim sonrasında ise bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiş ve hizmet içi eğitimlerde konuya yer verilmesi önerilmiştir (Fidan ve Kuzu Kurban, 2020).

Onkoloji hemşirelerine kan ve kan ürünleri transfüzyonu ve komplikasyonlarıyla ilgili verilen online eğitimin sonuçlarına bakıldığında, eğitim sonrasında hemşirelerin bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiş ve hemşirelere yönelik geleneksel eğitim yöntemi yerine online eğitimlerin tercih edilmesi önerilmiştir (Uzun ve Işık Andsoy, 2023).

Ebelere plasenta ve umbilikal kordon hakkında verilen interaktif eğitimin sonuçlarını inceleyen bir çalışmada eğitim sonrası ebelerin bilgi düzeyinin arttığı belirlenmiş ve kurumda hizmet içi eğitimlerin düzenli aralıklarla tekrarlanması önerilmiştir (Tiryaki ve ark., 2017).

Ünal ve ark. (2024) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelere verilen enteral ve parental beslenmeye ilişkin nütrisyon eğitimi sonrası hemşirelerin nutrisyon bilgi düzeyleri, enteral ve parenteral beslenme bilgi düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir (Ünal ve ark., 2024)

Fisher ve ark. (2017) tarafından yapılan “kemoterapi eğitim programının pediatrik hematoloji/onkoloji hemşirelerinin bilgisine etkisi” adlı çalışmada eğitim sonrası hemşirelerin bilgi düzeylerinde olumlu yönde artış olduğu belirlenmiştir.

Ding ve ark. (2024) tarafından bir çalışmada e-öğrenme programlarının hemşirelerin basınç yaralarının yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamalarını önemli ölçüde artırdığı tespit edilmiştir.

Eğitim kurumlarında elde edilen teorik bilgiler çalışma yaşamında yeterli olmayabilir. Bu nedenle kurumlarda çalışanların sürekli eğitime ihtiyaçları vardır. Değişim ve gelişmelere ayak uydurabilmek hizmet içi eğitimler ile mümkün olabilmektedir (Buğdaylı ve Akyürek, 2017). Hızla gelişen sağlık hizmetleri, sağlık kurumunun önemli bir bileşeni olan ebe/hemşirelerin bu gelişmelerden haberdar olmasını, bilgi teknolojilerinden daha çok yararlanmasını, yaşam boyu eğitim ilkesini zorunlu kılmaktadır. Ancak hemşirelerin çalışma saatlerinin uygunsuzluğu, iş yükü, motivasyon düşüklüğü, öğrenme ortamının uygunsuzluğu gibi birçok faktörden dolayı hizmet içi eğitimlerde sorunlar yaşanmaktadır. Sağlık kuruluşlarındaki ebe/hemşire sayılarının fazlalığı ve iş yoğunluğu nedeniyle de yüz yüze hizmet içi eğitim ile yaşam boyu eğitimlerini sürdürmeleri çok mümkün görünmemektedir. Bu faktörler göz önünde tutulduğunda, hemşirelerin bu engelleri aşması için son zamanlarda sağlık kurumlarında, alternatif bir eğitim yöntemi olan uzaktan hizmet içi eğitimler uygulanmaya başlanmıştır (Şenyuva, 2013). Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık kurumlarında kalite çalışmaları kapsamında Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde tüm sağlık tesislerindeki sağlık personelinin almak zorunda olduğu SKS (Sağlıkta Kalite Standartları) Eğitimleri Bakanlık tarafından belirlenmiş ve yüz yüze eğitim ile eğitim hemşireleri tarafından sağlık çalışanlarına verilmiştir. Ancak hem sağlık çalışanlarının iş yükünü arttırması hem de hizmet vermesi gereken zamanı aksatması nedeniyle uzaktan eğitim ile söz konusu eğitimlerin verilmesine karar verilmiş ve uygulamaya geçilmiştir. Sağlık Bakanlığı Verimlilik Karnesi Kriterlerinde yer alan SKS eğitimlerinde hazırlanan eğitsel videolar doğrultusunda uzaktan eğitim ile çalışanların iş kaybını önleyerek uygun oldukları

zamanlarda, kendisine tanımlanan eğitimleri kendince uygun zamanlarda tamamlamaları sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı,2023).

Bu araştırmada örgün eğitimini tamamlamış ve çalışma hayatına atılmış ebe/hemşirelerin branşları için önemli ve gerekli olan ERAS prokolleri ile ilgili güncel bilgi ve becerilerin kazandırılması için web tabanlı eğitim tercih edilmiş ve sonuç olarak ERAS prokolleri ile ilgili bilgi düzeylerinde artış sağlanmış ve farkındalık kazandırılmıştır.

Çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin araştırmanın sonunda kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları karşılaştırılmış ve ERAS Protokolüne yönelik hazırlanan web tabanlı eğitimin uygulandığı deney grubundaki ebe ve hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının herhangi bir girişim uygulanmayan kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin tutumlarından daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Deney grubundaki ebe-hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik olumlu tutumlarındaki artış üzerinde ERAS Protokolüne yönelik hazırlanan web tabanlı eğitim girişiminin 0.204 oranında etki ettiği bulunmuştur (Tablo 4.5, Tablo 4.7, Tablo 4.9). Bu sonuç araştırmanın; “*H_{1b}*: ERAS Protokolü hakkında verilen web tabanlı eğitim ebe ve hemşirelerin Kanıta dayalı uygulamalara yönelik olumlu tutumlarını artırır.” şeklindeki hipotezini desteklemektedir. Yapılan bir çalışmada; hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiş ve hemşirelerin kanıta dayalı rehber önerilerine yer vermesi için eğitimler düzenlenmesi ve sürekliliğin sağlanması önerilmiştir (Toksöz, 2022). Şen ve Yurt (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik olumlu tutumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuş ve hemşirelere yönelik hizmet içi eğitim programlarında kanıta dayalı uygulamalara yer verilmesi önerilmiştir (Şen ve Yurt, 2021).

Gorsuch ve ark. (2020) tarafından yapılan yakın iş birliğine dayalı ileri araştırma ve klinik uygulama (ARCC) modeline dayalı örgün eğitim beceri geliştirme programının hemşirelerde kanıta dayalı uygulama yetkinliğini geliştirme üzerine etkisinin incelendiği çalışma sonuçlarına göre verilen eğitim sonrası hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumunun arttığı ve yetkinliği geliştirme üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (Gorsuch ve ark., 2020)

Baran ve ark. (2020)' nın yaptığı çalışmada hemşirelerin öğretim hayatında Kanıta dayalı uygulamalara ilişkin eğitim almış olmalarının kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumunda olumlu etki ettiği belirlenmiştir. Hemşirelik lisans düzeyi eğitimlerde kanıta dayalı uygulamalar konusuna yer verilmesinin ve klinikte uygulanmasının hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının olumlu yönde gelişmesine yardımcı olacağı vurgulanmıştır (Baran ve ark., 2020).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ebe ve hemşirelere verilen web tabanlı eğitimin, jinekolojik ve obstetrik cerrahide uygulanan ERAS protokollerine ilişkin bilgi düzeylerine ve ebe/hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, ebe ve hemşirelere uygulanan ERAS Protokolüne yönelik web tabanlı eğitimin ebe ve hemşirelerin ERAS bilgi düzeylerini ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını olumlu yönde artırdığı bulunmuştur.

Araştırma bulguları göz önüne alındığında aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

- Kanıta dayalı uygulamalar ve ERAS protokolleri gibi konuların hemşirelik lisans düzeyi eğitim müfredatına eklenmesi,
- Kurumlarda ebe ve hemşirelere verilen hizmet içi eğitimlerde kanıta dayalı uygulamalar ve ERAS Protokolleri gibi konulara yer verilmesi,
- Hizmet içi eğitimlerin online olarak verilmesi,
- Kurumlarda ERAS Protokollerinin uygulanması için teşvik edilmesi,
- Kanıta dayalı uygulamalar ve ERAS Protokolleri gibi konulara yönelik bilgi düzeylerinin artması için sağlık çalışanlarının bilimsel çalışmalara (kongre, sempozyum vb.) katılması için desteklenmesi,
- Ebe ve hemşirelerin Kanıta dayalı uygulamalar ve ERAS protokollerine yönelik bilgi düzeylerinin artırılması, uygulamaların yaygınlaştırılması için daha fazla girişimsel çalışmanın yapılması,
- Ebe ve hemşirelerin bilimsel araştırma yapmasına yönelik gerekli eğitimlerin verilmesi,
- Çalıştıkları kurumlarda kanıta dayalı uygulamaları araştırmaları ve uygulamaları konusunda desteklenmesi,
- Araştırmanın yorumlanması, önemi, araştırma süreci ve istatistiksel analizler vb.

konularda hizmet içi eğitimlerin verilmesi,

- Bilimsel araştırma sonuçlarının ve kanıta dayalı uygulamaların sahaya entegre edilebilmesi için akademisyen hemşireler ile klinisyen hemşirelerin iş birliğinin sağlanması ve artırılması (okul-hastane iş birliğinin sağlanması),
- Çalıştıkları kurumlarda bilimsel araştırma yapan hemşirelerin bu çalışmalarını desteklemek, olumlu tutumlarını sürdürmek için çalışmalarının ödüllendirilmesi ve bu çalışmaların sonuçlarının sahaya yansıtılması için çalışma sonuçlarını sunabilecekleri ortamların oluşturulması, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda AR-GE birimlerinin kurulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., ... & Wein, A. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37-49.
- Akkoyunlu, B., İşman, A., & Odabaşı, H. F. (2018). Eğitim Teknolojileri Okumaları 2018. *Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık*, Ankara. 3(1) 110-140.
- Akpolat, G. (2018). Elektif Kolorektal Cerrahi Geçiren Hastalara ERAS Protokolü Uygulanıp Uygulanmamasına Göre Maliyet Analizi [Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Aksoy, A., & Vefikuluçay Yılmaz, D. (2018). Jinekolojik Cerrahide Kanıta Dayalı Uygulamalarda Yeni Bir Yaklaşım: ERAS Protokolü ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(1), 49-57.
- Altman, A. D., Robert, M., Armbrust, R., Fawcett, W. J., Nihira, M., Jones, C. N., ... & Nelson, G. (2020). Guidelines for vulvar and vaginal surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 223(4), 475-485.
- American College of Obstetricians and Gynecologists, & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Committee Opinion No. 760: dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 132(6), e249-58.
- Andrews, J., Yunker, A., Reynolds, W. S., Likis, F. E., Sathe, N. A., & Jerome, R. N. (2012). Noncyclic chronic pelvic pain therapies for women: comparative effectiveness. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 12(11), 28-37.

- Apfel, C. C., Kranke, P., & Eberhart, L. H. J. (2004). Comparison of surgical site and patient's history with a simplified risk score for the prediction of postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesia*, 59(11), 1078-1082.
- Arslanhan, Ş. (2019). Bir Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarının ve Araştırma Sonuçlarını Kullanmadaki Engellerinin Belirlenmesi (Tez No. 591290), [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Ayhan, Y., Kocaman, G., & Bektaş, M. (2015). Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği” nin Türkçe’ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 17(2/3), 21-35.
- Baran, G. K., Atasoy, S., & Şahin, S. (2020). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik farkındalık ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 352-359.
- Barber, E. L., & Van Le, L. (2015). Enhanced recovery pathways in gynecology and gynecologic oncology. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 70(12), 780-792.
- Basse, L., Werner, M., & Kehlet, H. (2000). Is urinary drainage necessary during continuous epidural analgesia after colonic resection *Regional Anesthesia And Pain Medicine*, 25(5), 498-501.
- Bayar, Ö. Ö., Bademci, R., Sözen, U., Tüzüner, A., & Karayalçın, K. (2013). Major karaciğer rezeksiyonunda ERAS protokolü. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(3), 135-42.
- Baykuş, Y., Deniz, R., & Kavak, E. Ç. (2017). Pelvik organ prolapsuslu olgularda semptomatoloji. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 7(2), 107-110.

- Berthelsen, C. B., & Hølge-Hazelton, B. (2017). 'Nursing research culture' in the context of clinical nursing practice: addressing a conceptual problem. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1066-1074.
- Bilgiç, D., Yağcan, H., Güler, B., & Aypar, N. N. (2019). Jinekolojik cerrahide ameliyat öncesi ve sonrası kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 114-121.
- Blackman, I. R., & Giles, T. M. (2017). Can nursing students practice what is preached? Factors impacting graduating nurses' abilities and achievement to apply evidence-based practices. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(2), 108-117.
- Bozkırlı, B. O., Gündoğdu, R. H., Ersoy, P. E., Akbaba, S., Temel, H., & Sayın, T. (2012). ERAS protokolü kolorektal cerrahi sonuçlarımızı etkiledi mi?. *Turkish Journal of Surgery*, 28(3), 149-152.
- Bray, M. S., Appel, A. L., Kallies, K. J., Borgert, A. J., Zinnel, B. A., & Shapiro, S. B. (2017). Implementation of an Enhanced Recovery After Surgery program for colorectal surgery at a community teaching hospital. *Wisconsin Medical Journal*, 116(1), 22-6.
- 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.
- Buckley, L., Robertson, S., Wilson, T., Sharpless, J., & Bolton, S. (2018). The role of the specialist nurse in gynaecological cancer. *Current Oncology Reports*, 20, 1-6.
- Buğdaylı, G., & Akyürek, Ç. E. (2017). Hemşirelerin hizmet içi eğitim faaliyetlerine ilişkin görüşleri: bir üniversite hastanesi örneği. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(1), 14-25.

- Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Büyükyılmaz F, Şendir M (2009) Cerrahi Hastalarında Barsak Boşaltımı Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı. 78. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1). 75-81.
- Caughey, A. B., Wood, S. L., Macones, G. A., Wrench, I. J., Huang, J., Norman, M., ... & Wilson, R. D. (2018). Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: enhanced recovery after surgery society recommendations (part 2). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), 533-544.
- Chan, M. K., & Law, W. L. (2007). Use of chewing gum in reducing postoperative ileus after elective colorectal resection: a systematic review. *Diseases of the Colon & Rectum*, 50(12), 2149-2157.
- Chapman, J. S., Roddy, E., Chen, L. L., Westhoff, G., Brooks, R., Ueda, S., & Chen, L. (2015). An enhanced recovery pathway decreases length of hospital stay in gynecologic oncology patients undergoing minimally invasive surgery. *Gynecologic Oncology*, 139(1), 186.
- Charnock, D., Shepperd, S., Needham, G., & Gann, R. (1999). DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53(2), 105-111.
- Chen, L., Wu, Y., Wang, S., Zhao, H., & Zhou, C. (2021). Construction of evidence-based practice competencies for nurses in China: A modified Delphi study. *Nurse Education Today*, 102, 104927.
- Chen, Y., Fu, M., Huang, G., & Chen, J. (2022). Effect of the enhanced recovery after surgery protocol on recovery after laparoscopic myomectomy: a systematic review and meta-analysis. *Gland Surgery*, 11(5), 837.

- Chien, W. T., Bai, Q., Wong, W. K., Wang, H., & Lu, X. (2013). Nurses' perceived barriers to and facilitators of research utilization in mainland China: a cross-sectional survey. *The Open Nursing Journal*, 7, 96.
- Clifford T. (2016) Enhanced recovery after surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 31(2):182-3.
- Considine, J., Shaban, R. Z., Fry, M., & Curtis, K. (2017). Evidence based emergency nursing: designing a research question and searching the literature. *International Emergency Nursing*, 32, 78-82.
- Cook, O., McIntyre, M., Recoche, K., & Lee, S. (2019). " Our nurse is the glue for our team"-Multidisciplinary team members' experiences and perceptions of the gynaecological oncology specialist nurse role. *European Journal of Oncology Nursing*, 41, 7-15.
- Çapık, C., Gözümlü, S., & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3), 199-210.
- Çelik, A. (2024) Hemşirelerin ERAS protokollerini bilme ve uygulama durumlarının incelenmesi. (Tez no: 846692), [Yüksek lisans tezi, Bahçeşehir Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Çelik, C., Kazankaya, F., & Bozkurt, Ö. D. (2022). Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği: kanıta dayalı uygulamalar. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(3), 366-381.
- Çelik, P. (2020) Web tabanlı eğitimin yoğun bakım hemşirelerinin sedasyon yönetimi bilgi ve uygulamalarına etkisi. (Tez No. 627878), [Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

- Çilingir, D., & Candaş, B. (2017). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 137-143.
- Çopur, E. Ö., Kuru, N., & Seyman, Ç. C. (2015). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(2), 51-55.
- Çöllü, E. F., & Öztürk, Y. E. (2006). Örgütlerde inançlar-tutumlar tutumların ölçüm yöntemleri ve uygulama örnekleri bu yöntemlerin değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9(1-2), 373-404.
- Dağıstanlı, S., Kalaycı, M. U., & Kara, Y. (2018). Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 10(4), 9-20.
- Dal Alp, N., & Ertem, G. (2017). Jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği geliştirme çalışması. *Journal of the Human and Social Science*, 6(5):2351-2367.
- Dal, Ü., Bulut, H., & Demir, S. G. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 34-40.
- Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R. M., & Nortvedt, M. W. (2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research*, 12, 1-10.
- Darouiche, R. O., Wall Jr, M. J., Itani, K. M., Otterson, M. F., Webb, A. L., Carrick, M. M., ... & Berger, D. H. (2010). Chlorhexidine–alcohol versus povidone–iodine for surgical-site antisepsis. *New England Journal of Medicine*, 362(1), 18-26.
- Demir, Y., Gözümlü, S. (2011). Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; web destekli sağlık eğitimi. *DEUHYO ED*, 4(4), 196-203.
- Demirarslan E. (2017). Ameliyat Sonrası Hipotermi Kontrolü. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 2(1), 51-70.
- Demirhan, İ., & Pınar, G. (2014). Postoperatif iyileşmenin hızlandırılması ve hemşirelik yaklaşımları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(1). 85-92.

- Ding, Y., Qian, J., Zhou, Y., & Zhang, Y. (2024). Effect of e-learning program for improving nurse knowledge and practice towards managing pressure injuries: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, 11(1), e2039.
- Doğan ES, Cin A, Demirağ H, Uçan MD. (2021). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutumlarının incelenmesi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 5, (2), 612-622.
- Dolgun, E., Taşdemir, N., Ter, N., & Yavuz, M. (2011). Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 25(1), 11-15.
- Duran Yakar N. (2019). Kolorektal Cerrahide ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolünün hastalarda erken ve geç dönem kognitif fonksiyonlar üzerine etkisi [Yüksek lisans Tezi, Türkiye: Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- ERAS Türkiye Derneği, (2022). ERAS nedir? <https://ERAS.org.tr/page.php?id=9>. Erişim tarihi: 10.08.2024.
- Erdem, E., Ergen, V., & Özaslan, N. G. (2018). Anesteziistlerin Bariatrik Cerrahide Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (ERAS Protokolü) Uygulamalarıyla İlgili Farkındalığının Araştırılması. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 2, 127-132.
- Eroğlu, K., & Koç, G. (2012). Dünden Bugüne Sağlık Mevzuatında Kadın Sağlığı Kapsamında Ana Çocuk Sağlığı Hemşirelik Hizmetleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 136-151.
- Ersoy, P., & Gundogdu, R. (2007). Enhanced recovery after surgery Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması. *Turkish Journal of Surgery*, 23(1), 35-40.

- Fairbrother, G., Cashin, A., Conway, M. R., Symes, M. A., & Graham, I. (2016). Evidence based nursing and midwifery practice in a regional Australian healthcare setting: Behaviours, skills and barriers. *Collegian*, 23(1), 29-37.
- Farokhzadian, J., Khajouei, R., & Ahmadian, L. (2015). Evaluating factors associated with implementing evidence-based practice in nursing. *Journal Of Evaluation in Clinical Practice*, 21(6), 1107-1113.
- Fidan, Ö., & Kurban, N. K. (2020). Kapalı sistem aspirasyon eğitiminin hemşirelerin bilgi ve görüşlerine etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(2), 99-110.
- Fisher, C. M., Kim, A. J., & Elder, J. J. (2017). Impact of a pharmacist-led chemotherapy education program on the knowledge of pediatric hematology/oncology nurses. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, 22(5), 332-337.
- French, P. (2002). What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 250-257.
- Fry, M., & Attawet, J. (2018). Nursing and midwifery use, perceptions and barriers to evidence-based practice: a cross-sectional survey. *JBIR Evidence Implementation*, 16(1), 47-54.
- Gorsuch, C. R. P. F., Gallagher Ford, L., Koshy Thomas, B., Melnyk, B. M., & Connor, L. (2020). Impact of a formal educational skill-building program based on the ARCC model to enhance evidence-based practice competency in nurse teams. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(4), 258-268.
- Gökdoğan, F., Kır, E., Özcan, A., Cerit, B., Yıldırım, Y., & Akbal, S. (2003). Hemşireler Tarafından Geliştirilen Yazılı Hasta Eğitim Materyallerinin Okunabilirliğinin Saptanması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 1-6.

- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., ... & Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. *World Journal Of Surgery*, 43, 659-695.
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., & Francis, N., (2013). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS(®)) society recommendations. *World Journal of Surgery*, 37(2), 259-284.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., ... & Tugwell, P. (1992). Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420-2425.
- Güleç, İ., Çelik, S., & Demirhan, B. (2012). Yaşam boyu öğrenme nedir? Kavram ve kapsamı üzerine bir değerlendirme. *Sakarya University Journal of Education*, 2(3), 34-48.
- Gündoğdu, H. (2018). ERAS: Tarihçe ve Felsefesi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi Dergisi*, 8(10),1-4.
- Güner, S., Yurdakul, M., & Yetim, N. (2015). Türkiye'de Ebelik Mesleğinin Sorunlarına Akademik Bakışı Yansıtan Nitel Bir Çalışma. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, (1), 80-87.
- Güneri, S. E. (2015). Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 482-496.
- Güneş, F., & Deveci, T. (2020). Yetişkin eğitimi ve hayat boyu öğrenme. *Pegem Akademi Basın ve Yayıncılık*. Ankara.
- Güneş, Ü. (2017). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama süreci adımları. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 9, 171-183.

- Gür, S., Katran, H. B., Arpag, N., Öztekin, D., & Akyüz, N. (2023). Genel Cerrahi Hemşirelerinin Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Uygulamalarına İlişkin Değerlendirmeleri. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (19), 224-239.
- Güvenç G. (2004). Doğum eylemi sürecinde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının tanımlanması ve değerlendirilmesi. (Tez no: 156287), [Yüksek lisans tezi GATA] Ulusal Tez Merkezi.
- 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.
- Halder, S., Onwere, C., Brennan, C., Singh, N., Cox, M., & Yentis, S. M. (2014). PA. 07 Enhanced recovery programme for elective caesarean section. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 99(Suppl 1), A19-A19.
- Hooven, K. (2011). Preprocedure warming maintains normothermia throughout the perioperative period: a quality improvement project. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26(1), 9-14.
- Kabataş, M. S., & Özbayır, T. (2016). Kolorektal Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü: Sistemik Derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 120-132.
- Kahokehr, A., Sammour, T., Zargar-Shoshtari, K., Thompson, L., & Hill, A. G. (2009). Implementation of ERAS and how to overcome the barriers. *International Journal of Surgery*, 7(1), 16-19.
- Kallen, A. N. (2018). Perioperative pathways: Enhanced recovery after surgery. *Obstetrics and Gynecology*, 132(3), E120-E130.

- Kankılıç R. (2018). Transüretal Rezeksiyon- Prostat (Tur-P) Ameliyatlarında ERAS Protokolü İle Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Yapılması Gereken Beslenme., Ağrı Ve Erken Mobilizasyon Uygulamalarının Karşılaştırılması (Tez no: 520610) [Yüksek lisans Tezi, Sanko Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Kankiliç, R., & Arzu, T. U. N. A. (2019). Transüretal rezeksiyon-prostat (tur-p) ameliyatlarında eras protokolü ile ameliyat öncesi ve sonrası yapılması gereken beslenme, ağrı ve erken mobilizasyon uygulamalarının karşılaştırılması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 69-74.
- Keeley, K., Walker, S. E., Hankemeier, D. A., Martin, M., & Cappaert, T. A. (2016). Athletic trainers' beliefs about and implementation of evidence-based practice. *Journal of Athletic Training*, 51(1), 35-46.
- Kehlet, H. (2008). Fast-track colorectal surgery. *The Lancet*, 371(9615), 791-793.
- Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of Surgery*, 248(2), 189-198.
- Khammarnia, M., Haj Mohammadi, M., Amani, Z., Rezaeian, S., & Setoodehzadeh, F. (2015). Barriers to implementation of evidence based practice in Zahedan teaching hospitals, Iran, 2014. *Nursing Research and Practice*, 2015(1), 357140.
- Kırık, M. S. (2018). Kolorektal ameliyatlarda klinik alanda ameliyat öncesi, sırası ve sonrası uygulamaların ERAS protokolüne uygunluğunun karşılaştırılması. (Tez no: 520608), [Yüksek lisans tezi, Sanko Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Koehn, M. L., & Lehman, K. (2008). Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 209-215.

- Koyuncu, A., Aslan, F. E., Karabacak, Ü., & Demirkılıç, U. (2015). Nursing and Practices That Speed up Healing in Heart Surgery. *Journal of Cardio-Vascular-Thoracic Anaesthesia and Intensive Care Society*, 21(1): 42-50.
- Köse, S., Çelik, A. S., & Kılıç, D. (2023). Hemşirelerin bilimsel araştırmalara ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(2), 329-339.
- Kurtçu, A., & Kızılkaya Beji, N. (2015). Klinik uygulama rehberleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 76-82.
- Küçük, E. Ö., Çakmak, S., Kapucu, S., Koç, M., & Kahveci, R. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 1-12.
- Lahti, M., Hätönen, H., & Välimäki, M. (2014). Impact of e-learning on nurses' and student nurses knowledge, skills, and satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 136-149.
- Li, J., Huang, J., Zhang, J., & Li, Y. (2016). A home-based, nurse-led health program for postoperative patients with early-stage cervical cancer: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 174-180.
- Ljungqvist, O. (2012). Jonathan E. Rhoads lecture 2011: insulin resistance and enhanced recovery after surgery. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 36(4), 389-398.
- Lucas, D. N., & Gough, K. (2013). Enhanced recovery in obstetrics. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 22(4), 350-351.
- McClellan, M. B. (2008). *Evidence-based medicine and the changing nature of health care: 2007 IOM Annual Meeting Summary*. Natl Academy Pr.

- McDonald, L. (2001). Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. *Evidence-Based Nursing*, 4(3), 68-69.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5-15.
- Menekli, T., & Korkmaz, M. (2021). Dâhiliye hemşirelerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(1), 38-47.
- Miralpeix, E., Mancebo, G., Gayete, S., Corcoy, M., & Solé-Sedeño, J. M. (2019). Role and impact of multimodal prehabilitation for gynecologic oncology patients in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 29(8).
- Montgomery, K. S., & Fitzpatrick, J. J. (2002). *Essentials of internet use in nursing*. Springer.
- Naidoo, J. R., & Mulenga, C. (2017). Nurses' knowledge, attitudes and practices regarding evidence-based practice in the prevention of mother-to-child transmission of HIV programme in Malawi. *Curationis*, 40(1), 1-8.
- Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, Bedretidnova DA, Ambühl D, Farag F, Lombardo R, Schneider MP, Burkhard FC. (2018). EAU

- Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *European Urology*, 73(4):596-609.
- Nelson, G., Altman, A. D., Nick, A., Meyer, L. A., Ramirez, P. T., Ahtari, C., ... & Dowdy, S. C. (2016). Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations—Part II. *Gynecologic Oncology*, 140(2), 323-332.
- Nelson, G., Bakkum-Gamez, J., Kalogera, E., Glaser, G., Altman, A., Meyer, L. A., ... & Dowdy, S. C. (2019). Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations—2019 update. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 29(4).
- Neyzi, O. (2002). Kanıta Dayalı Tıp Yaklaşımı. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 6(6). 15-22.
- Norton, W. (2019). Fertility. *Nursing Management of Women's Health: A Guide for Nurse Specialists and Practitioners*, 103-125.
- Okumuş, H., Çiçek, Ö., & Tokat, M. A. (2015). Jinekolojik onkoloji hemşireliğinde güncel durum. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 1-12.
- O'Neil, C., Fisher, C., & Newbold, S. K. (2008). *Developing online learning environments*. Springer Publishing Company.
- Ongun, P., & Ak, E. S. (2020). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin ERAS Protokolüne Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *The Medical Journal of Bakırköy*, 16(3), 287-94.
- Öğüş, E. (2017). To be Together Medicine and Biostatistics in History. *Türkiye Klinikleri Biyoistatistik*, 9(1), 74-83.
- Öndeş, Ö. Y. (2012). Major karaciğer rezeksiyonlarında ERAS protokolünün uygulanması (Tez no:306343) [Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi]. Ulusal Tez merkezi.

- Özgür, H. (2015). Syracuse Modeli İle E-Öğrenme Ortamı İçin Tasarlanmış Bir Dersin Öğrencilerin Başarısına Etkisi: Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Örneği. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 271-290.
- Özlü, Z. K., Yayla, A., Özer, N., Gümüş, K., Erdağı, S., & Kaya, Z. (2015). Cerrahi hastalarda düşme riski. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 5(3), 94-9.
- Parsons, B., & Yau, R. (2015). Enhanced recovery in elective caesarean sections: a reduced length of stay and cost savings. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 24, S18.
- Paşalak, Ş. İ., & Seven, M. (2017). Onkolojide genetik gelişmeler ve hemşirenin rollerine etkisi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*. 14 (3), 212-217.
- Pędziwiatr, M., Mavrikis, J., Witowski, J., Adamos, A., Major, P., Nowakowski, M., & Budzyński, A. (2018). Current status of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in gastrointestinal surgery. *Medical Oncology*, 35, 1-8.
- Pétre, B., Gillain, N., Jacqmin, N., Adriaenssens, J., Vandenbosch, K., Gillet, P., ... & Guillaume, M. (2018). Perception of Belgian nurses about evidence-based clinical practice implementation: a focus group study. *Acta Clinica Belgica*, 73(2), 110-118.
- Platin, N. (2001). Kanıta dayalı hemşirelik ülkemizde uygulanamaz: Neden? I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya, 23-26.
- Purnell, L., Rastinehad, D., & Nettleton, B. (2012). Getting Started With Web-Based Learning İn Nursing: The Essentials. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2012, 5 (1): 23-27.
- Roberts, J. E. (2002). The “push” for evidence: management of the second stage. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(1), 2-15.

- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Sağlık Bakanlığı, T. C. (2011). Hemşirelik Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 19.04.2011 Resmi Gazete Sayısı: 27515 Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm> Erişim Tarihi: 02.08.2024
- Sağlık Bakanlığı, T. C. (2021). Türkiye kanser kontrol programı. *TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü*. Erişim Adresi: hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf. Erişim Tarihi: 23.05.2024
- Sağlık Bakanlığı, T.C. (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, 2018 Raporu (Erişim tarihi: 01.08.2024). URL: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2018_ana_rapor.pdf.
- Sağlık Bakanlığı, T.C. (2023). Sağlıkta Kalite Standartları. *TC Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta kalite, akreditasyon ve çalışan hakları daire başkanlığı*. Erişim Adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-101271/sks-seminerleri-video-kayitlari-saglik-bakanligi-kurumsal-kalite-sistemine-sbkks-yuklendi--.html> Erişim Tarihi: 25.08.24.
- Sánchez-Jiménez, R., Álvarez, A. B., López, J. T., Jiménez, A. S., Conde, F. G., & Sáez, J. A. C. (2014). ERAS (Enhanced Recovery after Surgery) in colorectal surgery. In *Colorectal cancer-surgery, Diagnostics and Treatment*. IntechOpen.
- Seçginli, S. (2014). Hemşirelikte araştırma kullanımı ve kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve kritik (2. Baskı) içinde*, 335-358.

- Steenhagen, E. (2016). Enhanced recovery after surgery: it's time to change practice!. *Nutrition in Clinical Practice*, 31(1), 18-29.
- Stevens, K. R. (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2).
- Şahin, Ö., Ayaz, U., & Özdemir, S. M. (2019). Epigenetik ve kanser. *Madde, Diyalektik ve Toplum*, 2(1), 94-103.
- Şen, E., & Yurt, S. (2021). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(2), 102-107.
- Şenyuva, E. (2013). Hemşirelerin uzaktan eğitime ilişkin görüşleri. *Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama*, 3(2), 23-41.
- Şenyuva, E. (2016). Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(1), 59-65.
- Temel, A. B., & Ardahan, M. (2011). Hemşirelik Araştırmalarının Kullanımı, Engeller ve Araştırma Kullanımında Değişim Modelleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13(3), 63-70.
- Terzioğlu, F., Şimsek, S., Karaca, K., Sariince, N., Altunsoy, P., & Salman, M. C. (2013). Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynaecologic surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1917-1925.
- Tharpe, N. L., Farley, C. L., & Jordan, R. G. (2021). *Clinical practice guidelines for midwifery & women's health*. Jones & Bartlett Learning.
- Tiryaki, Ö., Doğu, Ö., & Hafızoğlu, T. (2017). Plasenta ve umbilikal kordon hakkında ebeler verilen eğitimin değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 39(3), 64-70.

- Tjandra, J. J., & Chan, M. K. Y. (2006). Systematic review on the short-term outcome of laparoscopic resection for colon and rectosigmoid cancer. *Colorectal Disease*, 8(5), 375-388.
- Toksöz, B. (2022). Hemşirelerin kateter bakımında kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları. (Tez no:711772), [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi
- Top, M. (2006). Mehmet top sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi: türkiye'de öncelik belirleme sürecinde rol alan tarafların görüşleri ve sağlık politikalarına ilişkin değerlendirmeleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 93-123.
- Tuna, P. T., & Kurşun, Ş. (2018). Kolorektal cerrahisinde hızlandırılmış bakım protokolleri ve hemşirelik bakımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 180-188.
- Turan, J. M., Bulut, A., Nalbant, H., Ortaylı, N., & Erbaydar, T. (2006). Challenges for the adoption of evidence-based maternity care in Turkey. *Social Science & Medicine*, 62(9), 2196-2204.
- Uğurlu, A. K., Kula Şahin, S., Seçginli, S., & Eti Aslan, F. (2017). Ameliyat sonrası ilk 24 saatte erken ayağa kaldırmanın hızlı iyileşmeye etkisi: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(4).
- Uzun, P., & Andsoy, I. I. (2023). Onkoloji hemşirelerine online verilen kan ve kan ürünleri transfüzyonu ve komplikasyonları ile izlemine yönelik verilen online eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(3), 162-169.
- Ünal, G., Balcı, H., Koca, R., & Bombacı, E. (2024). Bir şehir hastanesinde enteral ve parenteral beslenme uygulamalarına ilişkin nutrisyon eğitiminin hemşirelerin

- bilgi düzeyine etkisi: Deneysel Çalışma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32(5), 356-369.
- Watt, D. G., McSorley, S. T., Horgan, P. G., & McMillan, D. C. (2015). Enhanced recovery after surgery: which components, if any, impact on the systemic inflammatory response following colorectal surgery?: A systematic review. *Medicine*, 94(36), e1286.
- WHO recommendations on maternal health: Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017.
- WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
- Wickenbergh, E., Nilsson, L., Bladh, M., Kjølhed, P., & Wodlin, N. B. (2020). Agreements on perceived use of principles for Enhanced Recovery After Surgery between patients and nursing staff in a gynecological ward. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 250, 216-223.
- Wilson, R. D., Caughey, A. B., Wood, S. L., Macones, G. A., Wrench, I. J., Huang, J., ... & Nelson, G. (2018). Guidelines for antenatal and preoperative care in cesarean delivery: enhanced recovery after surgery society recommendations (part 1). *American journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), 523-e1.
- Wrench, I. J., Allison, A., Galimberti, A., Radley, S., & Wilson, M. J. (2015). Introduction of enhanced recovery for elective caesarean section enabling next day discharge: a tertiary centre experience. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 24(2), 124-130.
- Yemişçi, S. (2023). Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin ERAS Protokolüne İlişkin Bilgi Ve Algı Düzeylerinin İncelenmesi (Tez no: 808353) [Yüksek lisans tezi, İstanbul Bahçeşehir Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

- Yıldırım MS, Yıldız E. (2020). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 3(2), 24–29.
- Yıldırım-Rathfisch, G., & Güngör, İ. (2009). Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(3). 54-60.
- Yıldız, E., Dinçgez Çakmak, B., Ketenci Gencer, F., & Aydın Boyama, B. (2018). Perimenopozal kadınlarda pelvik organ prolapsusu sıklığı, şiddeti ve risk faktörleri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 41-50.
- Yılmaz, A. Ç. (2022). *Yara Yönetiminde Hemşirelik Uygulamaları ve Güncel Yaklaşımlar*. Akademisyen Kitabevi. 51-65, Ankara.
- Yılmaz, D., Düzgün, F., & Dikmen, Y. (2019). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 713-719.
- Yılmaz, M., & Gürler, H. (2017). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya ilişkin görüşler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(1), 1-11.
- Yolcu, S., Akın, S., & Durna, Z. (2016). Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(2), 129-138.
- Yu, S., & Yang, K. F. (2006). Attitudes toward web-based distance learning among public health nurses in Taiwan: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), 767-774.
- Yuan, J., Sun, Y., Pan, C., & Li, T. (2017). Goal-directed fluid therapy for reducing risk of surgical site infections following abdominal surgery—a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*, 39, 74-87.

- Yüksel, S., & Uğraş, G. A. (2016). Cerrahi hastasında hipotermi gelişimini önlemede hemşirenin rolü. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 113-121.
- Zaouter, C., Kaneva, P., & Carli, F. (2009). Less urinary tract infection by earlier removal of bladder catheter in surgical patients receiving thoracic epidural analgesia. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 34(6), 542-548.



EKLER

EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Mervenur EGE ERTEN	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğumu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%3	% 15
II. Genel Bilgiler	%20	% 35
III. Materyal ve Metod	%17	% 35
IV. Bulgular	%14	% 15
V. Tartışma	%5	% 20
<i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i>		

EK-2. Etik Kurul Onay Formu

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
KARAR		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Ebe ve Hemşirelere Verilen Web Tabanlı Eğitimin Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahide Uygulanan ERAS Protokollerine İlişkin Bilgi Düzeylerine Etkisi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:2 Karar No:91	Tarih:30.03.2023
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin BAP tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. Kurum İzinleri



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

100
YIL
Cumhuriyetin 100. Yılı

Sayı : E-76614443-604.01-241773010
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri / Mervenur EGE

2024

Sayın Mervenur EGE

İlgi : 05.04.2024 tarihli dilekçeniz.

İlgi'de kayıtlı dilekçede tarafınızca "Ebe ve Hemşirelere Verilen Web Tabanlı Eğitimin Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahide Uygulanan Eras Protokollerine İlişkin Bilgi Düzeylerine Etkisi" başlıklı araştırmanızı Erzurum Şehir Hastanesinde yapabilmek için Müdürlüğümüze izin talebiniz iletilmiştir.

Yapılan değerlendirmeler doğrultusunda çalışmanızı adı geçen kurumda yapılması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuş olup çalışmanız esnasında etik kurallara uymanız, kurum kişi ve mahremiyetine uygun hareket etmeniz önem arz etmektedir. Adı geçen çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan toplam iki (2) nüsha hazırlanarak Müdürlüğümüze teslim edilmesi ve uyarılara hassasiyet gösterilmesi hususunda;

Bilgilerinizi rica ederim.



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı
Başkanlığı



Sayı : E-42190979-000-2300372209
Konu : Mervenur EGE'nin Tez Çalışma
İzin Talebi

21.11.2023

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 20.10.2023 tarihli ve E-45361945-000-2300369625 sayılı belge.

İlgili yazıya istinaden Mervenur EGE'nin tez çalışması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.



Ek-4. Tanıtıcı Özellik Formu

Rumuz.....

1. Kaç yaşındasınız?
2. Gelir düzeyiniz?
 - a. Gelir- giderden az
 - b. Gelir-giderden fazla
 - c. Gelir-gidere eşit
3. Eğitim Durumunuz Nedir?
 - a. Lise ebe
 - b. Lise hemşire
 - c. Lisans ebe
 - d. Lisans hemşire
 - e. Lisansüstü ebe
 - f. Lisansüstü hemşire
4. Meslekte kaç yıldır görev yapıyorsunuz?
5. Çalıştığınız birimde kaç yıldır görev yapıyorsunuz?.....
6. Çalıştığınız birimdeki pozisyonunuz?
 - a. Klinik ebe/hemşiresi
 - b. Sorumlu ebe/hemşire
 - c. Ameliyathane hemşiresi
 - d. Doğumhane ebe/hemşiresi
7. Mesleğinize yönelik literatürdeki yenilikleri takip eder misiniz?
 - a. Her zaman
 - b. Bazen
 - c. Nadiren
 - d. Hiçbir zaman
8. Hangi tür kitapları/yayınları okumayı tercih edersiniz?
 - a. Kişisel gelişime yönelik
 - b. Mesleği geliştirmeye yönelik
9. Yazılı materyalleri okumak, araştırma yapmaktan hoşlanma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 - a. Hiç hoşlanmam
 - b. Hoşlanırım
 - c. Çok hoşlanırım
10. Bilgisayar/telefon vb. teknolojik aletleri hangi amaçla kullanırsınız?
 - a. İş nedeniyle
 - b. Araştırma yapmak
 - c. Sosyal medya
 - d. E-mail kontrolü
 - e. Diğer
11. Mesleki gelişime yönelik bilimsel makale, dergi vb. okur musunuz?
 - a. Her zaman
 - b. Bazen

- c. Nadiren
- d. Hiçbir zaman

12. Sağlık alanında yapılan çalışmaları takip eder misiniz?

- a. Her zaman
- b. Bazen
- c. Nadiren
- d. Hiçbir zaman

13. Sağlık alanında “kanıta dayalı uygulamaları” kapsayan girişimlerin çalıştığınız birimde uygulanmasını ister misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

14. ERAS Protokolü nedir, bilginiz var mı?

- a. Var
- b. Yok

15. Varsa bu bilgiyi nereden edindiniz?

- a. Kongre
- b. Okul
- c. Kurs
- d. Hizmet içi eğitim
- e. Diğer

Ek-5. Eras Bilgi Testi

- I. Hastanın iyileşme süresini hızlandırmak
 - II. Hastanede kalma süresini ve morbidite oranını azaltmak
 - III. Hastanın bakım maliyetlerini düşürmek
1. Yukarıdakilerden hangisi veya hangileri ERAS Protokolünün amaçları arasında yer alır?
- a. Yalnız I
 - b. Yalnız II
 - c. I ve II
 - d. I ve III
 - e. I,II ve III
2. “ERAS protokolünün uygulanma zamanı” aşağıdakilerden hangisinde doğru verilmiştir?
- a. Ameliyat esnasında (intra-op dönem)
 - b. Ameliyat öncesi hazırlık evresinde
 - c. Hastanın yatış işlerinin yapıldığı andan başlanıp taburculuğa kadar olan dönemde
 - d. Taburculuk döneminde
 - e. Ameliyat sonrası dönemde
3. Aşağıdakilerden hangisi ERAS protokolünün ameliyat öncesi dönemdeki bileşenleri arasında yer almaz?
- a. Cerrahi insizyon yeri hazırlığı
 - b. Tromboemboli profilaksisi
 - c. Bağırsak hazırlığı
 - d. İdrar kateteri
 - e. Antimikrobial profilaksi
- I. Yapılacak cerrahi işlemin ne olduğu
 - II. ERAS’ın kanıtlanmış faydaları
 - III. Mevcut sağlık durumu
 - IV. Ameliyat sonrası dönemde uygulanacak erken mobilizasyon, beslenme sürecinde yapılması gerekenler
4. Yukarıdakilerden hangisi veya hangileri ERAS protokolüne göre ameliyat öncesi hastanın bilgilendirilmesi gereken konulardan biridir?
- a. Yalnız I
 - b. Yalnız II
 - c. I ve II
 - d. I ve III
 - e. I,II, III ve IV
5. ERAS Protokolünün “ameliyat öncesi bağırsak temizliği” önerilerine göre aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
- a. Barsak hazırlığı kolon cerrahisinde anastomoz kaçacağını artırır.

- b. Ameliyat öncesi barsak hazırlığından kaçınmak hastayı dehidratasyon ve elektrolit dengesizliği gibi komplikasyonlardan korur.
- c. Ameliyat öncesi kolonoskopi uygulanacak hastalar hariç hiçbir hastaya barsak hazırlığı yapılmamalıdır.
- d. Jinekolojik cerrahide her hastaya barsak hazırlığı yapılmalıdır.
- e. Sezaryen doğum öncesi barsak hazırlığı yapılmamalıdır.

6. ERAS Protokollerine göre “hastanın ameliyat öncesi dönemde oral beslenme önerisi” aşağıdaki ifadelerden hangisinde doğru verilmiştir?

- a. Ameliyat öncesi gece 12’den sonra oral beslenme kapatılmalıdır.
- b. Ameliyattan 6 saat önce oral beslenme kapatılmalıdır.
- c. Ameliyattan 2 saat önce oral beslenme kapatılmalıdır
- d. Ameliyattan 6 saat öncesine kadar katı beslenerek ameliyat öncesi 2 saatte de berrak sıvı alımı sağlanmalı, oral beslenme kapatılmamalıdır.
- e. Ameliyattan 4 saat öncesine kadar katı beslenerek ameliyat öncesi 2 saatte de sıvı alımı sağlanmalı, oral kapatılmamalıdır.

7. ERAS Protokolü ile ilgili aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a. Protokolünün amacı hastanede kalış süresini ve cerrahi sonrası görülen komplikasyonları azaltmaktır.
- b. Kanıta dayalı uygulamalardır.
- c. Protokole göre cerrahi öncesi gece hastaya Heparin uygulanmamalıdır
- d. Protokole göre doku bütünlüğü göz önüne alınarak cerrahi için uygun en küçük kesi seçilmelidir.
- e. Protokole göre cerrahi sonrası ilk iki gün Epidural katater yoluyla devamlı analjezik infüzyonu ve buna ek olarak 4g/gün Parasetamol rutin uygulanmalıdır.

8. Aşağıda verilen ERAS Protokolüne göre “yara yeri enfeksiyonunu önlemek” amacıyla yapılan girişimlerden hangisi yanlıştır?

- a. Cerrahi öncesi cilt hazırlığında povidon iyot kullanılmalıdır.
- b. Kıl temizliğinde tıraş yerine kılların koparılması gerekir.
- c. Cerrahi öncesi klorheksidin gibi alkol bazlı temizleyiciler kullanılmalıdır.
- d. Diatermi kullanılacak hastalarda alkol bazlı solüsyonlar kullanılmamalıdır.
- e. Antiseptik duş, rutin tıraş ve yapışkan bantlar cilt temizliğinde yeterli değildir.

9. ERAS Protokolüne göre “peri-operatif dönemde yapılması gereken sıvı yönetimi” aşağıdaki ifadelerden hangisinde doğru verilmiştir?

- a. Günlük 1,5-2 litre sıvı yüklemek
- b. 1000 cc dextroz, 1000 cc isolayte ve 1000 cc izotonik olacak şekilde dönüşümlü mai vermek
- c. Günlük 1,5-2,5 litre sıvı yüklemek ya da 1-4 ml/kg/saat kristaloid solüsyon vermek
- d. Ameliyat öncesi gece 12’den sonra sıvı alımını durdurmak

- e. Ameliyattan önceki gece en az 1000 cc olmak üzere hastaya ameliyat saatine kadar mai vermek

10. ERAS protokolüne göre Ameliyat sonrası idrar katateri kaç saat sonra çıkarılmalıdır?

- a. Ameliyattan 24 saat içerisinde
- b. Ameliyattan 8 saat sonra
- c. Ameliyattan 6 saat sonra
- d. Ameliyattan 48 saat sonra
- e. Ameliyattan sonra mobilizasyon saatinde

11. “Ameliyat sonrası ileusu önlemek” için aşağıda verilen girişimlerden hangisi yapılmalıdır?

- a. Sıvı yüklenmesi yapmak
- b. Epidural analjeziden kaçınmak
- c. Laparoskopi gibi minimal invaziv cerrahi teknikleri uygulamak
- d. NG kullanımını artırmak
- e. Mobilizasyon saatini ertelemek

- I. Antimikrobial profilaksi
- II. Bulantı ve kusmanın yönetimi
- III. Dren kullanımı
- IV. Hipoterminin önlenmesi

12. Yukarıdakilerden hangisi veya hangileri ERAS Protokolünün İntraoperatif bileşenleri arasında yer alır?

- a. Yalnız IV
- b. I ve III
- c. I ve IV
- d. II, III ve IV
- e. I, II, III ve IV

13. ERAS Protokolüne göre “ameliyat sonrasında oral beslenmeyle” ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- a. Hastanın bağırsak hareketleri başladığı andan itibaren sıvı gıdaya başlanabilir
- b. Ameliyattan 6 saat sonra sıvı gıdaya başlanabilir
- c. Ameliyattan 24 saat sonra katı gıdaya başlanabilir
- d. Ameliyattan 2 saat sonra oral sıvı alımına, 4 saat sonra ise katı gıdaya başlanabilir.
- e. Hastanın bağırsak hareketleri başladıktan 6 saat sonra sıvı gıdaya başlanabilir.
- I. Fiziksel aktivite
- II. Kas atrofisi
- III. İnsülin direnci

14. Yukarda verilen “cerrahi sonrası oluşabilecek komplikasyonlardan” hangisi veya hangileri hastanın “Mobilizasyonunun gecikmesine” yol açar?

- a. Yalnız I
- b. Yalnız III
- c. I ve II
- d. I ve III
- e. I, II ve III

15. ERAS protokolüne göre “erken mobilizasyon” kavramının tanımı aşağıdakilerden hangisinde doğru verilmiştir?

- a. Ameliyattan 2-4 saat sonra yatak kenarında atılan birkaç adım
- b. Ameliyattan 4-6 saat sonra yatak kenarında atılan birkaç adım
- c. Ameliyattan 6-8 saat sonra yatak kenarında atılan birkaç adım
- d. Ameliyattan 8-10 saat sonra yatak kenarında atılan birkaç adım
- e. Ameliyattan 10-12 saat sonra yatak kenarında atılan birkaç adım

- I. Glukoz düzeyi pre-op ve post-op dönemde 140-180 mg/dl arasında tutulmalıdır.
- II. Sigara/alkol kullanımı ameliyat öncesi gece bırakılmalıdır.
- III. Cerrahi öncesi malign hastalarda mutlaka barsak hazırlığı yapılmalıdır.
- IV. Histerektomi için antibiyotik profilaksisinde ilk olarak “Sefalosporinler” tercih edilmelidir.

16. Yukarıda verilen ifadelerden hangisi veya hangileri ERAS Protokolünün önerileri arasında yer almaz?

- a. Yalnız I
- b. Yalnız II
- c. I ve IV
- d. II ve III
- e. I, II, III ve IV

- I. Antiseptik duş
- II. Rutin tıraş
- III. Kılların tıraş edilmesi
- IV. Klorheksidin alkol kullanımı

17. Yukarıda verilen “cerrahi öncesi cilt hazırlığı yöntemlerinden” hangisi veya hangileri ERAS Protokolünün önerdiği cerrahi öncesi cilt hazırlığı yöntemlerindendir?

- a. Yalnız I
- b. Yalnız IV
- c. I ve II
- d. II ve III
- e. I, II ve III

18. ERAS protokolüne göre “post-op mobilizasyon” tanımı aşağıdaki ifadelerden hangisinde doğru verilmiştir?

- a. Ameliyat günü mobilizasyon sonra yarım saatte bir yürütülmesi

- b. Ameliyat günü toplam 2 saat, sonraki günlerde ise toplamda en az 6 saat yürütülmesi
- c. Ameliyat günü toplam 4 saat, sonraki günlerde ise toplamda en az 8 saat yürütülmesi
- d. Ameliyat günü sadece yatak kenarında birkaç adım sonraki günlerde hastanın tolere edebileceği kadar yürütülmesi
- e. Ameliyattan 6 saat sonra mobilize edilerek her 2 saatte bir yürütülmesi

19. ERAS Protokolüne göre Taburculuk sonrası hastanın kontrolü için yapılması gerekenler aşağıdaki ifadelerden hangisinde doğru verilmiştir?

- a. Taburculuktan 48 saat sonra kontrole gelinmesi, ardından 7 gün sonra dikişlerin alınması için gelinmesi önerilir.
- b. Taburculuktan 7 gün sonra dikişlerin alınması ve kontrol için gelinmesi önerilir
- c. Hasta taburculuk sonrası 24-48 saat sonra telefon ile aranarak bir sıkıntının olup olmadığı sorulmalıdır olmaması halinde 7 -10 gün arasında dikişlerinin alınması ve kontrol için gelinmesi önerilmelidir.
- d. Taburculuk sonrası 10. günde dikişlerinin alınması için gelinmesi ardından taburculuğun 30. gününde tekrar kontrole gelinmesi önerilir.
- e. Taburculuk işlemlerinden 7 gün sonra dikişlerin alınması için gelinmesi, ardından 1,5 ay sonra tekrar kontrole gelinmesi önerilir.

20. “ERAS Protokolüne göre bazı cerrahi opERASyonlarda ek doz antibiyotik uygulanmasına ihtiyaç duyulabilir” bilgisine göre aşağıdakilerden hangisinde ek doz antibiyotik uygulaması yapılabilir?

- a. 3-4 saat süren ve kanamanın 1500 cc den fazla olduğu cerrahi işlemlerde
- b. 6 saatten daha uzun süren cerrahi işlemlerde
- c. Yapılan her cerrahi işlemin ardından
- d. Onkolojik cerrahi işlemlerde
- e. Minimal invaziv cerrahinin uygun olmadığı cerrahi işlemlerde

- I. Erken doğumda ameliyattan sonra en az 1 dakika geç kordon klemplenmesi önerilmektedir.
- II. Miad doğumda ameliyattan sonra en az 1 dakika geç kordon klemplenmesi önerilmektedir.
- III. Sezaryen için lokal anestezi yönteminin tercih edilmesi gerekmektedir.

21. Yukarıdaki ifadelerden hangisi veya hangileri ERAS Protokolünün sezaryen önerileri arasında yer alır?

- a. Yalnız I
- b. Yalnız II
- c. I ve III
- d. II ve III
- e. I,II ve III

22. Aşağıdaki ifadelerden hangisi ERAS Protokolünün sezaryen önerileri arasında yer almaz?

- a. Sezaryen öncesi cilt hazırlığında “povidon iyot” yerine “klorheksidin-alkol” kullanımı önerilmektedir
- b. Sezaryen öncesi bağırsak hazırlığının yapılması önerilmektedir.
- c. Diyabetik olmayan gebelerde sezaryenden 2 saat önce oral karbonhidrat sıvısı önerilmektedir.
- d. Uzamış bir sezaryen ise doğum sonrası barsak hareketleri için sakız çiğnenmesi önerilmektedir.
- e. Sezaryen sonrası erken mobilizasyon önerilmektedir.

23. Aşağıda verilen Jineko-onkoloji cerrahisi için ERAS Protokolünün önerilerinden hangisi yanlıştır?

- a. Jinekolojik ameliyatlardan sonrasında mesane kateterinin enfeksiyonları önleme açısından erken çıkarılması önerilmektedir.
- b. Diyabet ve diyabetik olmayanlarda Perioperatif glikoz seviyeleri 200 mg/dl’nin altında tutulmalı ve bütün hastalar diyabet açısından taranmalıdır.
- c. Postoperatif dönemde tuz ve sıvı yüklemesi önerilmektedir.
- d. Postoperatif ileusu önlemek için, minimal invaziv cerrahi yöntemleri, erken beslenme, kahve tüketimi ve sakız çiğneme gibi basit müdahaleler önerilmektedir.
- e. Yüksek Venöz tromboembolizm riski taşıyan hastalar ikili tedavi olarak mekanik profilaksi ve kemoprofilaksi almalıdır.

24. ERAS Protokolüne göre Vajinal histerektomide “intravenöz antibiyotik uygulanma zamanı ” aşağıdakilerden hangisidir?

- a. Cerrahi İşlemden 2 saat önce
- b. Cerrahi işlem esnasında
- c. Cerrahi işlemden 30 dakika önce
- d. Cerrahi işlemden 1 saat önce
- e. Cerrahi sonrası ilk 1 saat içerisinde

- I. Hastanın hastaneye yatış beklentileri belirlenmeli ve hastaya/hasta yakınına erken mobilizasyon, post-op beslenme ve cerrahi sonrası ağrı yönetimi konusunda eğitim verilmelidir.
- II. Hastanın, cerrahi ve anestezi prosedürlerine ilişkin kaygısını azaltmak amacıyla cerrahi ve anestezi prosedürlerin ayrıntıları açıklanmalıdır.
- III. Hasta danışmanlığı ilk görüşmeden itibaren başlayıp ameliyat sonrasına kadar devam etmelidir.

25. Yukarıdaki ifadelerden hangisi veya hangileri ERAS Protokolünün “hasta danışmanlığı ve eğitimi” önerileri arasında yer alır?

- a. Yalnız I
- b. Yalnız III
- c. I ve II
- d. II ve III
- e. I, II ve III

Ek-6. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ)

Aşağıda Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik tutumlarınızın belirlenmesine yönelik bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeye ne derece katıldığınızı belirtmek için uygun seçeneği işaretleyiniz. İşaretlenmeyen madde bırakmayınız. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

İfadeler	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1 Kanıta dayalı hemşireliğin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum.					
2 Uyguladığım bakımla ilgili güçlü bilimsel kanıt bulmaktan memnun olurum.					
3 Kanıta dayalı bakım vermek, günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler.					
4 Kanıta dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir.					
5 İşimde/mesleğimde, kanıta dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım					
6 Boş zamanımı, kanıta dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım.					
7 Kanıta dayalı hemşireliğin kullanılması sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.					
8 Hemşirelik araştırmalarının sonuçlarından öğrendiğim bilgiyi dikkate almam.					
9 Kanıta dayalı hemşireliği çalışmalarımda kullanmak istiyorum/isterdim.					
10 Sağlık bilimlerindeki araştırmalar, klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir.					
11 Klinik kanıta dayalı hemşirelik rehberlerinin özenli bir şekilde oluşturulması için iş birliği yapmaya hazırım.					
12 Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım.					
13 Kanıta dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır.					
14 Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardım eder.					
15 Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarına entegre etmekten hoşlanmam.					

Ek-7. Discern Ölçüm Aracı

Hazırlanan “Eğitim Sunumları”nın **güvenirlik ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesinde; DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) Ölçüm Aracı** kullanılacaktır. DISCERN aracının 3 bölümü bulunmaktadır. Her bir sorunun altında sorunun anlaşılmasını kolaylaştırmak amacı ile ipuçları bulunmaktadır. **Her bir soru için 1-5 arasında bir puan verilerek değerlendirme yapılır.**

BÖLÜM 1

Bu sunumların içeriği güvenilir mi?				
1.Amacı açık mıdır?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

- ❖ Ne hakkında
- ❖ Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)
- ❖ Kimler için yararlı?

1.Soruya "Hayır" yanıtı verilmişse, 3. Soruya geçiniz.

2.Bu amaçlara ulaşılabilir mi?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU ❖ Sunumlarda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşılamayacağını düşününüz.

3.Konu ile ilgili mi?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU Eğitim sunumlarında;
☐ Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı
☐ ERAS protokolü ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı

4.Bu sunumu hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU: Sunum İçeriğinde;
☐ ERAS Protokolü hakkındaki ifadelerin bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakınız.
☐ Bibliyografi/kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların Adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçiriniz.

Derecelendirme notu: Eğitim Sunumları her iki ipucu için ‘5’ puan karşılığında olmalıdır. Genel sunumlar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

5.Bu eğitim sunumlarında bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU ❖ İçeriğin hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakınız.

6.Hazırlanan eğitim sunumları tutarlı ve tarafsız mıdır?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU ☐ İçeriğin kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakınız.

☐ İçeriğin hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakınız, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.

7.İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU ❖ Durum ve uygulama seçeneği hakkında bilgi ve öneri elde etmede daha fazla okuma için öneriler açısından bakınız.

8.Eğitim Sunumlarında belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU ☐ Uygulama seçeneği ile ilgili uzman görüşündeki farklılıkları ya da bilgi eksiklikleri yönünden tartışmaları gözden geçiriniz.

☐ İçerikte sunulan bilgilerin herkesi aynı şekilde, etkileyip etkilemediği konusunda dikkatli olunuz.

DISCERN ÖLÇÜM ARACI

BÖLÜM 2

ERAS Protokolü hakkında bilgi kalitesi nasıldır?

Bu eğitim sunumlarında tanımlanan ERAS Protokolü hakkında aşağıdaki soruları uygulayınız.

9.ERAS Protokolünün nasıl uygulandığını tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5
İPUCU	❖ ERAS Protokolünün uygulandığı cerrahi işlemler sonrası etkilerine nasıl ulaştığını tanımlayıp tanımlamadığına bakınız.			

10.ERAS Protokolünün yararlarını tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

11.ERAS Protokolünün risklerini tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

12.ERAS Protokolünün uygulanmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU ❖ Cerrahi işlemlerde ERAS Protokolünün dikkatle takip etme ya da tamamen uygulamadan vazgeçmenin riskleri ve yararlarının neler olduğuna bakınız

13.ERAS Protokolünün yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?				
Hayır	1	Kısmen	3	Evet
		2	4	5

İPUCU ❖ Cerrahi girişimlerde ERAS Protokolünün uygulanmasının günlük aktiviteler üzerindeki etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakınız.

14.Ebe ve Hemşirelerin birden fazla seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?				
Hayır	1	Kısmen	3	Evet
		2	4	5

İPUCU ☐ Uygulamayı seçmeden ya da reddetmeden önce daha fazla araştırmaya☐yada düşünmek için alternatifleri ileriye sürüp sürmediğine bakınız.

15.Ebe ve Hemşirelerin karar vermesi için destek sağlıyor mu?				
Hayır	1	Kısmen	3	Evet
		2	4	5

BÖLÜM 3

Eğitim Sunumlarının Genel Değerlendirmesi				
16.Yukarıda ki tüm soruların yanıtlarına dayanarak ERAS Protokolü konusunda bir kaynak olarak bu eğitim sunumlarının kalitesini genel anlamda değerlendiriniz.				
Düşük Ciddi/aşırı eksiklik var.		Orta Eksiklikler önemli ancak Ciddi değil.		Yüksek Çok az eksiklik var.
1	2	3	4	5

ÖNERİLERİNİZ

Lütfen bu bölüme, “eğitim sunumları” ile ilgili olarak düzeltilmesi, eklenmesi, çıkarılması, geliştirilmesi gereken kısımlar konusunda önerilerinizi yazınız.