

Ürolojik Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Ameliyat Öncesi Açlık Süresi İle Ameliyat Sonrası İyileşme Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Çalışma

Determination of the Relationship Between Preoperative Fasting Time and Postoperative Recovery Quality in Patients Undergoing Urological Surgery: A Descriptive Study

^{1b} Hatice DEMİRDAĞ^a, ^{1b} Hatice ÖNER CENGİZ^b, ^{1b} Büşra ERDOĞAN^c, ^{1b} Ece Sümeyra SOYTÜRK^d,
^{1b} Batuhan KURT^a, ^{1b} Alime Nur UYGUN^e

^aÜsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

^bAnkara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği ABD, Ankara, Türkiye

^cAcıbadem Altunizade Hastanesi, İstanbul, Türkiye

^dDr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

^eÜmraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

ÖZET Amaç: Ürolojik cerrahi girişim uygulanacak hastaların ameliyat öncesi dönemde belirli bir süre aç kalmaları sağlanmaktadır. Ancak, açlık sürelerinin uzaması ameliyat sonrası bazı komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, ürolojik cerrahi girişim uygulanan hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat sonrası iyileşme kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemektir. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırma, 1 Haziran-1 Kasım 2022 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin üroloji kliniğinde yatan hastalarla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri, Independent Sample t-test, varyans analizi testi ve Pearson korelasyon kullanıldı. **Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 55,01±14,91 olup, %68,6'sı erkek idi. Hastaların ameliyat öncesi katı ve sıvı gıda açlık süresi ortalamalarının sırasıyla 12,92±2,56 ve 12,47±2,70, ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi ortalamalarının ise 20,46±4,73 olduğu saptandı. Hastaların iyileşme kalitesi toplam puan ortalamasının 174,74±17,93, toplam açlık süresi ile İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($r=-0,34$, $p<0,05$). Toplam açlık süresi ortalamalarına göre hastanede yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<0,05$), farkın 3 gün ve üzerinde yatan hastaların açlık süresi ortalamalarından (24,88±5,53) kaynaklandığı belirlendi. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi ortalamaları ile ilk mobilize olma saati ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlendi ($r=0,42$, $p<0,05$). **Sonuç:** Hastaların ameliyat öncesi katı ve sıvı açlık süreleri ile iyileşme kalitesi arasında ilişki olmadığı ancak, ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süreleri ile iyileşme kalitesi arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Ameliyat öncesi dönemin yanı sıra ameliyat sonrası oral alım kısıtlama sürelerinin de gözden geçirilmesi önerilebilir.

ABSTRACT Objective: Patients undergoing urological surgery are fasted for a certain period of time in the preoperative period. However, prolonged fasting periods may cause some postoperative complications. The aim of this study was to determine the relationship between preoperative fasting periods and postoperative recovery quality in patients undergoing urological surgery. **Material and Methods:** The descriptive study was conducted with patients hospitalized in the urology clinic of a training and research hospital between 1 June and 1 November 2022. Number, percentage, mean and standard deviation values, Independent Sample t-test, analysis of variance test, and Pearson correlation were used to analyze the data. **Results:** The mean age of the patients was 55.01±14.91 years and 68.6% were male. The mean preoperative solid and liquid food fasting duration was 12.92±2.56 and 12.47±2.70, respectively, and the mean preoperative and postoperative total fasting duration was 20.46±4.73. It was determined that the mean total recovery quality score of the patients was 174.74±17.93, and there was a weak negative correlation between total fasting time and total recovery Quality Scale Score ($r=-0.34$, $p<0.05$). It was determined that there was a statistically significant difference between the duration of hospitalization according to the mean total fasting time ($p<0.05$), and the difference was due to the mean fasting time of patients hospitalized for 3 days or more (24.88±5.53). There was a weak positive correlation between the mean preoperative and postoperative total fasting time and the mean time of first mobilization ($r=0.42$, $p<0.05$). **Conclusion:** It was found that there was no relationship between preoperative solid and liquid fasting periods and quality of recovery, but there was a negative relationship between preoperative and postoperative total fasting periods and quality of recovery. It may be recommended to review the preoperative period as well as postoperative oral intake restriction periods.

Anahtar Kelimeler: Açlık; ameliyat öncesi dönem; cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme; ürolojik cerrahi işlemler; perioperatif hemşirelik

Keywords: Fasting; preoperative period; accelerated recovery after surgery; urological surgical procedures; perioperative nursing

KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:

Demirdağ H, Öner Cengiz H, Erdoğan B, Soytürk ES, Kurt B, Uygun AN. Ürolojik cerrahi girişim uygulanan hastalarda ameliyat öncesi açlık süresi ile ameliyat sonrası iyileşme kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi: Tanımlayıcı çalışma. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2024;16(1):17-25.

Correspondence: Hatice DEMİRDAĞ

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

E-mail: hatice.demirdag@uskudar.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.

Received: 02 Nov 2023

Received in revised form: 05 Dec 2023

Accepted: 17 Jan 2024

Available online: 24 Jan 2024

2146-8893 / Copyright © 2024 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Elektif cerrahi uygulanacak hastalarda, ameliyat öncesi dönemde mide içeriğinin hacmi ve asiditesini azaltarak kusma, regürjitasyon ve pulmoner aspirasyon riskini azaltmak amacıyla belirli bir süre yeme ve içmenin tamamen bırakılması önerilmektedir.¹ Geleneksel yaklaşımda anestezi gerektiren cerrahi girişimlerden önceki gece yarısından sonra hastaların katı ve sıvı gıda alması yasaklanmaktadır.²

Hastalar uzun süre aç kaldığında hipoglisemi gelişmekte ve bunun sonucunda açlık, susuzluk, ağız kuruluğu, hâlsizlik, baş ağrısı gibi semptomlar ortaya çıkabilmektedir.²⁻⁷ Bununla birlikte uzun süren ameliyat öncesi açlık; dehidratasyon, insülin düzeyinde artma, cerrahi stresin artması, ameliyat sonrası bulantı ve kusma insidansında artış, konforda bozulma, rahatsızlık ve kaygıya neden olabilmektedir.⁷⁻¹³ Ameliyat öncesi dönemde açlık süresinin uzaması, hastanın iyileşmesini ve hastaneden taburcu olmasını geciktirebilmekte ve hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.^{9,10,14} Yapılan bir çalışmada, ameliyat öncesi aşırı açlığın yetersiz beslenmeye neden olduğu ve bu yetersiz beslenmenin hastanede yatış süresinin uzaması, yeniden yatış ve ölüm oranlarının artmasından sorumlu olduğu gösterilmiştir.¹⁵ Ameliyat öncesi uzun süren açlığın mide asiditesini ve aspirasyon riskini azaltmadığı aksine mide asidini artırdığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.^{9,16}

Uzamış açlık sürelerinin olumsuz etkilerinin fark edilmesiyle birlikte çeşitli uluslararası anestezi topluluklarının modern yönergeleri elektif cerrahi müdahalelerden önce katı gıdalar için 6 saatlik ve berrak sıvılar için 2 saatlik ameliyat öncesi açlık önermiştir.^{17,18} Ancak klinik uygulamada dünya çapında birçok sağlık profesyoneli ya da kurum ameliyat öncesi gece yarısından sonra açlık uygulamasını hâlen sürdürmektedir. Ancak, ameliyat öncesi dönemde açlık sürelerinin genellikle önerilen açlık süresinden daha uzun olduğu dikkati çekmektedir. Ameliyathane gecikmeleri ve ameliyat programı değişiklikleri gibi nedenlerle hastalar sıklıkla 12 saat ve daha uzun süre aç kalabilmektedir.^{1,2,4,5,9,19,20} Dahası ameliyat sonrası dönemdeki oral alım kısıtlama süresi de eklenince hastaların toplam açlık sürelerinin 30-32 saate kadar uzadığı görülmektedir.^{2,21} Türkiye’de yapılan çalışmalarda da ameliyat öncesi açlık sürelerinin, kıla-

vuzlarda önerilen sürelerden daha uzun olduğu görülmektedir.^{1,2,4,6}

Hastanın ameliyat öncesi açlık durumu, ameliyatın gerçekleşmesi noktasında büyük önem taşımakta ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinde önemli bir kriter olarak da yer almaktadır. Ancak uzun açlık süreleri hastanın fizyolojisini ve iyileşme sürecini direkt olarak etkilemektedir. Üroloji kliniklerinde de majör ürolojik cerrahi girişimler oldukça sık uygulanmaktadır. Majör ürolojik cerrahi girişim uygulanan bireyler genellikle beslenme bozukluğu olan, kardiyovasküler ve diğer komorbid hastalıkları olan ve ileri yaş bireyler olduğundan komplikasyon gelişme riskinin de yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi ve sonrası açlık ve beslenme bu hastalarda daha da önemli hâle gelmektedir.²² Ameliyat öncesi dönemde hastanın açlık sürecini yakından takip ve kontrol eden hemşirelerin, açlığa bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde önemli bir sorumluluğu bulunmaktadır.^{2,23} Bu bilgiler doğrultusunda çalışmanın amacı, ürolojik cerrahi girişim uygulanan hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile ameliyat sonrası iyileşme kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

ARAŞTIRMA SORULARI

1. Hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri nedir?
2. Ameliyat öncesi katı ve sıvı açlık süresi ile ameliyat sonrası iyileşme kalitesi arasında ilişki var mıdır?
3. Ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi ile ameliyat sonrası iyileşme kalitesi arasında ilişki var mıdır?
4. Hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile hastanede yatış süreleri arasında bir ilişki var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEM

Araştırma, 1 Haziran-1 Kasım 2022 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin üroloji kliniğinde tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Bu çalışma için tahmini örneklem büyüklüğü çevrimiçi Raosoft örneklem büyüklüğü hesaplayıcısıyla, çalışmanın ya-

pıldığı klinikteki bir yıllık ürolojik cerrahi girişim uygulanan hasta sayısı (1.500) üzerinden %50 yanıt oranı, %95 güven aralığı ve %5 hata payı esas alınarak hesaplandı.²⁴ Buna göre, anlamlı farklılığı test edecek en küçük örneklem büyüklüğünün 306 olduğu belirlendi. Araştırmaya; a) 18 yaş ver üzeri, b) Ürolojik cerrahi girişim uygulanan, c) Türkçe konuşan ve anlayabilen, d) İletişim (işitme, görme, konuşma gibi) engeli olmayan hastalar dâhil edilirken; a) Psikiyatrik hastalık tanısı olan ve b) Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar hariç tutuldu.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler ameliyat sonrası 1. günde yüz yüze görüşme yöntemi ve hasta dosyaları aracılığı ile toplandı. Verilerin toplanmasında “Hasta Bilgi Formu” ve “İyileşme Kalitesi Ölçeği [Quality of Recovery-40 (QoR-40)]” kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu: Bu form araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olup, katılımcıların tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, sigara kullanımı, alkol tüketimi, kronik hastalık varlığı, cerrahi girişim öyküsü gibi), klinik özellikleri (ameliyat türü, açlığa ilişkin bilgi veren profesyonel, ameliyat sonrası bulantı ve kusma varlığı, antiemetik gereksinimi, hastanede yatış süresi, ameliyat süresi, ameliyat sonrası ilk mobilize olma saati gibi) ve ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin (ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi, ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi, ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi gibi) sorulardan oluşmaktadır.^{4,6-9}

QoR-40: Ölçek, ameliyat sonrası iyileşme kalitesini ölçmek amacıyla 2000 yılında Myles ve ark. tarafından geliştirilmiştir.²⁵ QoR-40’ın Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Karaman ve ark. tarafından yapılmıştır.²⁶ QoR-40, bireyin kendi durumunu değerlendirdiği 40 maddelik bir anketir ve hastaların ağrı düzeylerini, fiziksel ve duygusal durumlarını değerlendirmek için 5 alt boyuttan (konfor/rahatlık, duygular, hasta desteği, fiziksel bağımlılık/hareket özgürlüğü ve ağrı alt boyutu) oluşmaktadır. Her bir madde 1-5 arasında değişen beşli Likert ölçeği üzerinden değerlendirilmektedir. Beşli Likert ölçeğindeki öğelerle daha kapsamlı hale gelen anket pozitif maddeler için “hiçbir zaman:1”, “her zaman:5” olarak ve negatif maddeler için ise ters çev-

rilerek puanlanmaktadır. Alt boyut puanları ilgili maddelerin toplanmasıyla, toplam puan ise tüm maddelerin toplanmasıyla elde edilmektedir. Toplam puan 40-200 arasında değişmektedir.^{25,26} Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında konfor/rahatlık alt boyutu, duygular alt boyutu, fiziksel bağımlılık/hareket özgürlüğü alt boyutu, hasta desteği alt boyutu, ağrı alt boyutu ve iyileşme kalitesi toplam puan Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,90, 0,87, 0,85, 0,92, 0,82 ve 0,93’tür.²⁶ Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa değerleri konfor/rahatlık alt boyutu için 0,79, duygular alt boyutu için 0,74, fiziksel bağımlılık/hareket özgürlüğü alt boyutu için 0,90, hasta desteği alt boyutu için 0,87, ağrı alt boyutu için 0,59 ve iyileşme kalitesi toplam puan için 0,89 olarak bulundu.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler, bilgisayar ortamında SPSS 25 (IBM SPSS Statistics Version 25, ABD) istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi. Normallik analizi yapıldı. Verilerin normal dağılımını test etmek amacıyla tanımlayıcı istatistik olarak çarpıklık ve basıklık değerleri kullanıldı. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri -2 ve ± 2 aralığında olduğundan verilerin normal dağıldığı kabul edildi.²⁷ Sosyodemografik ve tıbbi özelliklere ilişkin özellikler ile QoR-40 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri kullanıldı.

Ameliyat öncesi katı açlık süresi, ameliyat öncesi sıvı açlık süresi, ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi puan ortalamalarına göre ameliyat sonrası bulantı varlığı, ameliyat sonrası kusma varlığı ve antiemetik gereksinimi olma durumlarının karşılaştırılmasında Independent Sample t-test, hastanede yatış sürelerinin karşılaştırılmasında varyans analizi testi kullanıldı. Hastaların ameliyat öncesi katı açlık süresi, ameliyat öncesi sıvı açlık süresi, ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi ve ameliyat sonrası ilk mobilizasyon saati (saat) ile QoR-40 puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon kullanıldı.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik onay alındı (tarih: 31

Ekim 2023, no: 61351342). Araştırmanın yürütüleceği kurumdan kurum izni alındı. Araştırma süresince Dünya Tıp Birliği Helsinki Deklarasyonu prensiplerine bağlı kalındı. Hastalar araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgilendirilerek, yazılı ve sözlü onam alındı.

BULGULAR

Ürolojik cerrahi girişim uygulanan hastalarda ameliyat öncesi dönemdeki açlık süreleri ile ameliyat sonrası dönemdeki iyileşme kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bu araştırma, transüretal prostat rezeksiyonu (n=64), radikal retropubik prostatektomi (n=76), açık üriner taş cerrahisi (n=42), nefrektomi (n=20), renal kitle eksizyonu (n=21), transüretal mesane kanseri rezeksiyonu (n=32), açık prostatektomi (n=21), varikosektomi (n=8), skrotal herni (n=9), testis torsiyonu (n=6), transvezikal prostatektomi (n=7) yapılan toplam 306 hasta ile gerçekleştirildi (Tablo 1).

Hastaların yaş ortalaması 55,01±14,91 olup, %68,6'sı erkektir. Hastaların %71,9'unun sigara kullandığı, %83,0'unun alkol tüketmediği, %63,4'unun kronik hastalığı olmadığı, kronik hastalığı olanların %24,5'inde hipertansiyon olduğu, %24,8'ine radikal retropubik prostatektomi uygulandığı, %64,4'unun daha önce cerrahi girişim uygulanmadığı belirlendi. Hastaların %38,6'sına ameliyat öncesi açlık ile ilgili bilginin hemşire tarafından verildiği, ameliyat sonrası dönemde %76,8'inin bulantı, %90,2'sinin kusma yaşadığı ve %90,2'sinin antiemetik gereksinimi olduğu, %44,4'unun hastanede yatış süresinin 2 gün olduğu saptandı. Hastaların ameliyat süresi ortalamalarının 178,39±90,64, ilk mobilizasyon saati ortalamasının ameliyattan sonra 9,82±4,05 saat olduğu, ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi ortalamalarının 12,92±2,56, ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi ortalamalarının 12,47±2,70, ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi ortalamalarının ise 20,46±4,73 olduğu saptandı (Tablo 1).

Hastaların QoR-40 alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; konfor/rahatlık alt boyutunun 54,88±7,03, duygular alt boyutunun 39,90±4,12, hasta desteği alt boyutunun 33,43±2,70, fiziksel bağımlılık/hareket özgürlüğü alt boyutunun

22,95±3,49, ağrı alt boyutunun 29,55±3,48 ve iyileşme kalitesi toplam puan ortalamasının 174,74±17,93 olduğu belirlendi (Tablo 2). Hastaların, ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi (saat) ile QoR-40 toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (r=-0,34, p<0,05) (Tablo 3). Hastaların ameliyat öncesi katı açlık süresi, sıvı açlık süresi ve ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresine göre bazı özellikleri ortalamaları karşılaştırıldığında; hastaların ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi ortalamalarına göre hastanede yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu (p<0,05), Tukey testi ile karşılaştırıldığında, farkın 3 gün ve üzerinde yatan hastaların açlık süresi ortalamalarından (24,88±5,53) kaynaklandığı belirlendi. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi ortalamaları ile mobilize olma saati ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Cerrahi girişim uygulanacak hastaların ameliyat öncesi dönemde oral alımları belirli bir süre kısıtlanmaktadır. Ameliyat öncesi açlığa ilişkin kılavuzlar uzun yıllar önce uzun açlık sürelerinin gerekli olmadığına ait önerilerde bulunmuş ve yıllar içerisinde birçok kez yeniden düzenlenmiştir.^{17,18} Ancak dünya çapında hâlâ geleneksel ameliyat öncesi açlık yaklaşımının uygulandığı görülmektedir. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda, sıvı gıdalar için açlık sürelerinin 11-13 saat arasında, katı gıdalar için açlık sürelerinin ise 12-14 saat arasında değiştiği görülmektedir.^{1,6,21} Uluslararası literatürde ise sıvı gıdalar için açlık sürelerinin 6-11 saat arasında, katı gıdalar için açlık sürelerinin ise 13-23 saat arasında olduğu görülmektedir.^{13,19,20} Bu çalışmada da katı ve sıvı gıda açlık sürelerinin ulusal ve uluslararası literatüre benzer olarak katı gıdalar için 12,92 saat, sıvı gıdalar için 12,42 saat olduğu görüldü. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği ameliyat öncesi 2 saate kadar sıvı ve 6 saate kadar katı gıda alınabileceğini belirlerken; araştırmaya katılan hastaların hiçbirinde bu önerinin uygulanmadığı görülmektedir.¹⁸ Kılavuzlar kısa açlık sürelerinin güvenli olduğunu bildirmesine karşın, uzun yıllardır uygulamaya geçilememesinin

TABLO 1: Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine göre dağılımı (n=306).

Özellikler	n (%)	Özellikler	n (%)
Cinsiyet		Cerrahi girişim öyküsü	
Kadın	96 (31,4)	Evet	109 (35,6)
Erkek	210 (68,6)	Hayır	197 (64,4)
Sigara kullanımı		Açlığa ilişkin eğitim veren profesyonel	
Evet	220 (71,9)	Hemşire	118 (38,6)
Hayır	86 (28,1)	Hekim	76 (24,8)
Alkol tüketimi		Hemşire ve hekim	112 (36,6)
Evet	51 (16,7)	Ameliyat sonrası bulantı varlığı	
Hayır	254 (83,0)	Evet	71 (23,2)
Kronik hastalık varlığı		Hayır	235 (76,8)
Var	112 (36,6)	Ameliyat sonrası kusma varlığı	
Yok	194 (63,4)	Evet	30 (9,8)
Kronik hastalık		Hayır	276 (90,2)
Hipertansiyon	75 (24,5)	Ameliyat sonrası antiemetik gereksinimi	
Diyabet	47 (15,4)	Evet	30 (9,8)
Astım	8 (2,6)	Hayır	276 (90,2)
Kronik böbrek yetersizliği	14 (4,6)	Hastanede yatış süresi	
Hipotiroidi	6 (2,0)	1 gün	106 (34,6)
Kardiyak aritmi	2 (0,7)	2 gün	136 (44,4)
Depresyon	1 (0,3)	3 gün ve üzeri	64 (20,9)
Parkinson	1 (0,3)		X±SS
Kalp yetersizliği	5 (1,6)	Yaş	55,01±14,91
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	3 (1,0)	Ameliyat süresi (dk)	178,39±90,64
Koroner arter hastalığı	7 (2,3)	Ameliyat sonrası ilk mobilizasyon saati (saat)	9,82±4,05
Ameliyat türü		Ameliyat öncesi katı açlık süresi (saat)	12,92±2,56
Transüretal prostat rezeksiyonu	64 (20,9)	Ameliyat öncesi sıvı açlık süresi (saat)	12,47±2,70
Radikal retropubik prostatektomi	76 (24,8)	Ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi (saat)	20,46±4,73
Açık üriner taş cerrahisi	42 (13,7)		
Nefrektomi	20 (6,5)		
Renal kitle eksizyonu	21 (6,9)		
Transüretal mesane kanseri rezeksiyonu	32 (10,5)		
Açık prostatektomi	21 (6,9)		
Varikosektomi	8 (2,6)		
Skrotal herni	9 (2,9)		
Testis torsiyonu	6 (2,0)		
Transvezikal prostatektomi	7 (2,3)		

SS: Standart sapma.

TABLO 2: Hastaların İyileşme Kalitesi Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları (n=306).

	$\bar{X} \pm SS$
Konfor/rahatlık alt boyutu	54,88±7,03
Duygular alt boyutu	39,90±4,12
Hasta desteği alt boyutu	33,43±2,70
Fiziksel bağımlılık/hareket özgürlüğü alt boyutu	22,95±3,49
Ağrı alt boyutu	29,55±3,48
İyileşme kalitesi toplam puan	174,74±17,93

SS: Standart sapma.

TABLO 3: Hastaların açlık süreleri ile İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=306).

Özellikler	İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam puan r/p
Ameliyat öncesi katı açlık süresi (saat)	-0,08/0,16
Ameliyat öncesi sıvı açlık süresi (saat)	-0,05/0,32
Ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi (saat)	-0,34/0,00*

*p<0,05; r: Pearson korelasyon.

TABLO 4: Hastaların açlık sürelerine göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması (n=306).

Özellikler	Ameliyat öncesi katı açlık süresi (saat) X±SS	Ameliyat öncesi sıvı açlık süresi (saat) X±SS	Ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi (saat) X±SS
Ameliyat sonrası bulantı varlığı			
Evet	12,80±2,93	12,30±3,07	21,18±5,73
Hayır	12,95±2,45	12,53±2,58	20,25±4,37
Test/p	-0,42*/0,67	-0,63*/0,52	1,45*/0,14
Ameliyat sonrası kusma varlığı			
Evet	12,70±2,21	12,30±2,27	20,43±5,28
Hayır	12,94±2,60	12,49±2,74	20,47±4,67
Test/p	-0,48*/0,63	-0,37*/0,71	-0,04*/0,96
Ameliyat sonrası antiemetik gereksinimi			
Evet	12,80±2,18	12,37±2,35	21,53±5,17
Hayır	12,93±2,60	12,49±2,74	20,35±4,67
Test/p	-0,25*/0,79	-0,22*/0,81	1,30*/0,19
Hastanede yatış süresi			
1 gün	12,99±2,64	12,84±2,77	18,60±3,38
2 gün	12,73±2,44	12,12±2,55	19,85±3,88
3 gün ve üzeri	13,19±2,68	12,63±2,70	24,88±5,53
Test/p	0,76**/0,46	2,27**/0,10	48,85**/0,00
Ameliyat sonrası ilk mobilizasyon saati (saat)	-0,05***/0,32	-0,08***/0,12	0,42***/0,00

*Independent sample t-test; **Varyans analizi testi;***Pearson korelasyon; SS: Standart sapma.

ameliyatların planlanması konusunda esneklik sağlanması, köklü geleneklerin yıkılmasının zorluğu ve hastaların uyum sağlayamayacağı endişesi gibi birçok nedeninin olduğu vurgulanmaktadır.^{28,29}

Hastaların cerrahi girişim sonrasında da belirli süre oral alımı kısıtlanmaktadır. Ameliyat öncesi uzamış açlık sürelerine, ameliyat sonrası açlık süreleri de eklendiğinde hastaların total beslenememe sürelerinin çok uzadığı görülmektedir. Rızalar ve ark.nın çalışmasında, ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresinin 32,6 saat olduğu görülmektedir.²¹ Bu çalışmada ise hastaların ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi ortalamalarının 20,46 saat gibi uzun bir süre olduğu belirlendi. Ameliyat Sonrası Gelişmiş İyileşme protokolleri de ameliyat sonrası hastaların ameliyat sonrası 2. saatte sıvı, 4. saatte katı besin almalarını önermektedir. Ameliyat sonrası erken oral alım komplikasyonların azalması, hızlı iyileşme ve erken taburculukla ilişkilidir.²⁸

Ameliyat öncesi uzun süreli açlık; hâlsizlik, baş ağrısı, dehidratasyon, hipoglisemi, bulantı, kusma, konforda bozulma ve kaygı gibi birçok fizyolojik ve psikolojik soruna neden olabilir.^{2,3,6,10} Hastalar için

genellikle hoş olmayan bir deneyimdir. Yapılan çalışmalar kısa açlık sürelerinin hastaların iyileşmesini hızlandırdığı, konforunu ve memnuniyetini artırdığını göstermektedir.^{9,10,14} Bayramoğlu ve Akyüz'ün üroloji hastaları ile yaptıkları çalışmada, iyileşme kalitelerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.¹ Bu çalışmada ise hastaların toplam iyileşme kalitesinin orta düzeyde olduğu belirlendi. Araştırmada kullanılan ölçeğin fiziksel konfor, duygular, hasta desteği, fiziksel bağımlılık ve ağrı alt boyutu düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu görüldü. Bu da bize hastaların ameliyat sonrası dönemde ciddi anlamda rahatsızlık yaşamadıklarını göstermektedir.

Literatür, uzun açlık sürelerinin hastaların konforunu etkilediğini ve rahatsızlığı artırdığına dair birçok araştırma içermektedir.^{4,9,13} Wendler ve ark.nın çalışmasında ise kısa açlık sürelerinin iyileşmeyi hızlandırdığı ve komplikasyon riski oluşturmadığı belirlenmiştir.⁹ Bir metaanaliz çalışmasında; laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalarda ameliyat öncesi kısa açlık süresinin, ameliyat sonrası konforun artması, insülin direncinin artması ve stres tepkisinin azalması ile ilişkili olduğunu göstermektedir.³⁰ Başka

bir çalışmada, kısa açlık sürelerinin hastanede kalış sürelerinin kısalması, kaygının azalması, erken mobilizasyon ve bağırsak seslerinin erken başlaması ile ilişki olduğu görülmüştür.¹⁰ Hastaların kısa ve uzun ameliyat öncesi açlık sürelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada; katı ve sıvı gıda açlık süresi kısa olan hastalarda ameliyat öncesinde kan şekeri, insülin, serum sodyum ve serum potasyum düzeylerinin daha yüksek olduğu, ameliyat sonrası açlık süresi de uzun olan hastaların kan şekeri ve insülin düzeyleri daha fazla dalgalandığı, serum sodyum, serum potasyum ve elektrolit düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.⁵ Bayramoğlu ve Akyüz'ün çalışmasında, ameliyat öncesi açlık süreleri ile iyileşme kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır.¹ Bu çalışmada da Bayramoğlu ve Akyüz'ün çalışmasına paralel olarak, hastaların ameliyat öncesi sıvı ve katı açlık süreleri ile iyileşme kalitesi puanları arasında ilişki olmadığı görülmüştür.¹ Ancak ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık puanları ile iyileşme kalitesi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Bu sonuca göre ameliyat sonrası erken oral alıma başlama üroloji hastalarında da ameliyat sonrası iyileşmeyi destekleyebilir. Ameliyat sonrası erken oral alımın hastaların iyileşmelerini desteklediği, hastanede yatış süresini kısalttığı ve komplikasyonları artırmadığı bilinmektedir.^{31,32} Ürolojik cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası erken beslenmeye ilişkin kanıtlar henüz yeterli değildir.

Hastaların ameliyat sonrası erken dönemde mobilize olması cerrahi ile ilişkili komplikasyonları önlemek açısından son derece önemlidir. Tüm cerrahi hastalarında bir kontrendikasyon yoksa erken mobilizasyon önemli bir bakım hedefidir. Bu çalışmada hastalar ameliyat sonrası ortalama 9,82±4,05 saat sonra mobilize oldular. İlk mobilizasyon saati ile ameliyat öncesi açlık süreleri arasında ilişki bulunmazken ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süreleri ile negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu görüldü. Kısa açlık sürelerinin hastaların konforu ve gastrointestinal fonksiyonları üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışmada da kısa açlık sürelerinin erken mobilizasyonla ilişki olduğu saptanmıştır.¹⁰ Literatürde sınırlı çalışma olmasına karşın, bu bulgu peroperatif süreçte uzun süre açlık yaşayan hastaların mobilizasyon süresinin uzadığını düşündürmektedir.

Günümüzde cerrahi hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası dönemde mümkün olduğunca az hastanede kalması önerilmektedir. Literatürde, kısa açlık süreleri ile hastanede kalış süresinin ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^{10,15} Liang ve ark.nın çalışmasında, açlık sürelerinin kısalması ile hastaların hastanede kalış süresinin daha kısa olduğunu ve kan şekeri düzeylerinin daha düşük olduğunu gösterilmiştir.¹⁰ Bu çalışmada, hastaların %44'ünün ameliyat sonrası hastanede 3 gün ve üzeri süre yatdığı, hastanede yatma süresi ile ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süresi arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü. Bu bulgu, ameliyat sonrası erken beslenmenin insülin direnci, kas fonksiyonu ve yara iyileşmesi üzerinde olumlu etkisi olduğu ve böylece taburculuğu hızlandırabileceğine yönelik literatür bilgisini desteklemektedir.³¹

SONUÇ

Ameliyat öncesi açlıkla ilgili güncel uygulamaların kliniğe yansımadağı ve uzun açlık sürelerinin devam ettiği görüldü. Hastaların ameliyat öncesi katı ve sıvı açlık süreleri ile iyileşme kalitesi arasında ilişki olmadığı ancak ameliyat öncesi ve sonrası toplam açlık süreleri ile iyileşme kalitesi arasında ilişki olduğu saptandı. Ameliyat sonrası oral alım kısıtlama sürelerinin de gözden geçirilmesi ve çalışmalar yapılması önerilmektedir. Hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin ameliyat öncesi açlık ve etkileri konusunda farkındalığının geliştirilmesi ve hastaların konforu ve sağlığı açısından ameliyat öncesi açlık konusunda güncel kılavuzların uygulanması gerekmektedir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Hatice Demirdağ, Hatice Öner Cengiz, Büşra Erdoğan, Ece Sümeysra Soytürk, Batuhan Kurt, Alime Nur Uygun; **Tasarım:** Hatice Demirdağ, Büşra Erdoğan, Ece Sümeysra Soytürk, Batuhan Kurt; **Denetleme/Danışmanlık:** Hatice Demirdağ, Hatice Öner Cengiz; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Hatice Demirdağ, Hatice Öner Cengiz, Büşra Erdoğan, Ece Sümeysra Soytürk, Batuhan Kurt, Alime Nur Uygun; **Analiz ve/veya Yorum:**

Hatice Demirdağ, Hatice Öner Cengiz; **Kaynak Taraması:** Hatice Demirdağ, Hatice Öner Cengiz, Büşra Erdoğan, Ece Sümeysra Soytürk, Batuhan Kurt, Alime Nur Uygun; **Makalenin Yazımı:** Hatice Demirdağ, Hatice Öner Cengiz; **Eleştirel İnceleme:** Hatice Demirdağ, Hatice Öner Cengiz; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Hatice Demirdağ, Büşra Erdoğan, Ece Sümeysra Soytürk, Batuhan Kurt; **Malzemeler:** Hatice Demirdağ, Büşra Erdoğan, Ece Sümeysra Soytürk, Batuhan Kurt.

KAYNAKLAR

1. Bayramoğlu BG, Aküz N. Investigation of preoperative fasting time and preoperative and postoperative well-being of patients. *Florence Nightingale J Nurs.* 2022;30(1):33-9. [Crossref] [PubMed] [PMC]
2. Demirdağ H, Karaöz S. Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hastaların deneyimleri ve hemşirelerin konu ile ilgili bilgi ve uygulamaları [Patients experiences about preoperative fasting and nurses knowledge and practice]. *Florence Nightingale Journal of Nursing.* 2015;23(1):1-10. [Crossref]
3. Rattanapittayaporn L, Oofuvong M, Tanasansuttiporn J, Chanchayanon T. Preoperative fasting of more than 14 hours increases the risk of time-to-death after cardiothoracic surgery in children: a retrospective cohort study. *Congenital Heart Disease.* 2023;18(1):23-9. [Crossref]
4. Yılmaz M, Çelik M. The effects of preoperative fasting on patients undergoing thoracic surgery. *J Perianesth Nurs.* 2021;36(2):167-73. Erratum in: *J Perianesth Nurs.* 2021;36(1):95. [Crossref] [PubMed]
5. Li J, Wang Y, Xiao Y, Bai F, Xie H, Wang K, et al. Effect of different preoperative fasting time on safety and postoperative complications of painless gastrointestinal endoscopy for polyps in patients. *Am J Transl Res.* 2021;13(7):8471-9. [PubMed] [PMC]
6. Gul A, Andsoy II, Ozkaya B. Preoperative fasting and patients' discomfort. *Indian Journal of Surgery.* 2018;80:549-53. [Crossref]
7. Taniguchi H, Ushigome K. Minimizing the length of the preoperative fasting period to prevent stress and dehydration. In: Fukushima R, Kaibori M, eds. *Enhanced Recovery After Surgery.* Singapore: Springer; 2018. p.13-20. [Crossref]
8. Marquini GV, da Silva Pinheiro FE, da Costa Vieira AU, da Costa Pinto RM, Kuster Uyeda MGB, Girão MJBC, et al. Preoperative fasting abbreviation (Enhanced Recovery After Surgery protocol) and effects on the metabolism of patients undergoing gynecological surgeries under spinal anesthesia: a randomized clinical trial. *Nutrition.* 2020;77:110790. [Crossref] [PubMed]
9. Wendler E, Nassif PAN, Malafaia O, Brites Neto JL, Ribeiro JGA, Proença LB, et al. Shorten preoperative fasting and introducing early eating assistance in recovery after gastrojejunal bypass? *Arq Bras Cir Dig.* 2022;34(3):e1606. [Crossref] [PubMed] [PMC]
10. Liang Y, Yan X, Liao Y. The effect of shortening the preoperative fasting period on patient comfort and gastrointestinal function after elective laparoscopic surgery. *Am J Transl Res.* 2021;13(11):13067-75. [PubMed] [PMC]
11. Ajuzieogu OV, Amucheazi AO, Nwagha UI, Ezike HA, Luka SK, Abam DS. Effect of routine preoperative fasting on residual gastric volume and acid in patients undergoing myomectomy. *Niger J Clin Pract.* 2016;19(6):816-20. [Crossref] [PubMed]
12. Alsharkh WS, Aljuaid M, Huda AU, Bawazir A, Alharbi A, Alharbi N. Effect of total fasting hours on the overall quality of recovery after surgery: an observational study. *Saudi J Anaesth.* 2023;17(3):373-7. [Crossref] [PubMed] [PMC]
13. Fekede MS, Abebe BA, Awol MA. Assessment of adherence to preoperative fasting guidelines and associated patient discomfort in adult elective surgical patients in public hospitals of Addis Ababa, Ethiopia: a multicenter cross-sectional study. *IJS Short Reports.* 2022;7(4):e60. [Crossref]
14. He Y, Wang R, Wang F, Chen L, Shang T, Zheng L. The clinical effect and safety of new preoperative fasting time guidelines for elective surgery: a systematic review and meta-analysis. *Gland Surg.* 2022;11(3):563-75. [Crossref] [PubMed] [PMC]
15. De Jonghe B, Fajardy A, Mérian-Brosse L, Fauconnier A, Chouillard E, Debit N, et al. Reducing pre-operative fasting while preserving operating room scheduling flexibility: feasibility and impact on patient discomfort. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2016;60(9):1222-9. [Crossref] [PubMed]
16. Thomas T. Comparison of ultrasonographic gastric content and volume in patients posted for elective surgery with preoperative fasting for different durations. *Indian Journal of Anaesthesia.* 2022;66(Suppl 1): S67. [PMC]
17. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology.* 2017;126(3):376-93. [Crossref] [PubMed]
18. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği. *Preoperative Değerlendirme Anestezi Uygulama Kılavuzları.* 2015. [Link]
19. van Noort HHJ, Eskes AM, Vermeulen H, Besselink MG, Moeling M, Ubbink DT, et al. Fasting habits over a 10-year period: An observational study on adherence to preoperative fasting and postoperative restoration of oral intake in 2 Dutch hospitals. *Surgery.* 2021;170(2):532-40. [Crossref] [PubMed]
20. El-Sharkawy AM, Daliya P, Lewis-Lloyd C, Adiamah A, Malcolm FL, Boyd-Carson H, et al; FaST Audit Group; East Midlands Surgical Academic Network (EMSAN). Fasting and surgery timing (FaST) audit. *Clin Nutr.* 2021;40(3):1405-12. [Crossref] [PubMed] [PMC]
21. Rızalar S, Aydemir A, Topçu SY. Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi ve sonrasında açlık ve susuzluk düzeylerinin incelenmesi [Examination of hunger and thirst levels of surgical patients before and after surgery]. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi.* 2019;1(2):32-6. [Crossref]
22. Vukovic N, Dinic L. Enhanced recovery after surgery protocols in major urologic surgery. *Front Med (Lausanne).* 2018;5:93. [Crossref] [PubMed] [PMC]
23. Karaveli Çakır S, Yavuz Van Giersbergen M, Çakır Umar D. Cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi aç kalma ile ilgili uygulama ve bilgi düzeyi [Surgery nurses' knowledge and practice about preoperative fasting]. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2018;34(1):26-35. [Link]
24. Raosoft [Internet]. © 2004 by Raosoft, Inc. [Cited: 20.06.2019]. Raosoft sample size calculator. Available from: [Link]

25. Myles PS, Weitkamp B, Jones K, Melick J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *Br J Anaesth.* 2000;84(1):11-5. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
26. Karaman S, Arici S, Dogru S, Karaman T, Tapar H, Kaya Z, et al. Validation of the Turkish version of the quality of recovery-40 questionnaire. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
27. George D, Mallery P. *SPSS for Windows Step by step: A Simple Guide and Reference.* 10th ed. USA: Allyn & Bacon, Inc.; 2010.
28. Bölükbaş N, Birlikbaş S. ERAS rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri [Enhanced recovery after surgery]. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi.* 2019;2(3):194-205. [[Link](#)]
29. Ruth MS, Josephine MS, Williams A. Preoperative fasting in the day care patient population at a tertiary care, teaching institute: a prospective, cross-sectional study. *CHRISMED Journal of Health and Research.* 2018;5(2):105-9. [[Crossref](#)]
30. Li Y, Lu Q, Wang B, Tang W, Fan L, Li D. Preoperative fasting times for patients undergoing elective surgery at a pediatric hospital in shanghai: the big evidence-practice gap. *J Perianesth Nurs.* 2021;36(5):559-63. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
31. Rodrigues Pessoa R, Urkmez A, Kukreja N, Baack Kukreja J. Enhanced recovery after surgery review and urology applications in 2020. *BJUI Compass.* 2020;1(1):5-14. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
32. Carmichael L, Rocca R, Laing E, Ashford P, Collins J, Jackson L, et al. Early postoperative feeding following surgery for upper gastrointestinal cancer: a systematic review. *J Hum Nutr Diet.* 2022;35(1):33-48. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]