

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KALÇA ARTROPLASTİSİ ÖNCESİ VERİLEN
ORAL KARBONHİDRAT SOLÜSYONUNUN AMELİYAT
ÖNCESİ ANKSİYETE VE AMELİYAT SONRASI
HASTA KONFORUNA ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Fadime ERTURAL**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Mart 2022
NEVŞEHİR**

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ FEN
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KALÇA ARTROPLASTİSİ ÖNCESİ VERİLEN
ORAL KARBONHİDRAT SOLÜSYONUNUN AMELİYAT
ÖNCESİ ANKSİYETE VE AMELİYAT SONRASI
HASTA KONFORUNA ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Fadime ERTURAL**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK
Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Mart 2022
NEVŞEHİR**

İTHAF

Çocuklarının okumasını isteyen özellikle kızlarının okumasını çok isteyen 2000 yılında kaybettiğim canım babam Osman ALTINKAYA' ya ithaf ediyorum.

KABUL VE ONAY

Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK (1. Danışman) ve Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK (2. Danışman) danışmanlığında Fadime ERTURAL tarafından hazırlanan **“Kalça Artroplastisi Öncesi Verilen Oral Karbonhidrat Solüsyonunun Ameliyat Öncesi Anksiyete ve Ameliyat Sonrası Hasta Konforuna Etkisi”** başlıklı bu araştırma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

.../.../2022

JÜRİ

Başkan : Doç. Dr. Sevilay ERDEN

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Kezban KORAŞ SÖZEN

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun.....tarih ve..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../2022

Prof. Dr. Şahlan ÖZTÜRK

Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu araştırmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.



Fadime ERTURAL

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans yapmama vesile olan yüksek lisans eğitiminin ilk günden itibaren bilgi, deneyim ve desteği ile her zaman yanımda olan, yüksek lisans eğitim hayatımın her anında ulaşmak ve danışmak istediğim her konuda yoğun bir şekilde çalışmasına rağmen değerli vakitlerini ve özverisini esirgemeyen, tez dışında dahi tüm konularda bana güven ve cesaret veren, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, iyi ki danışman hocam dediğim, değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gül den KÜÇÜKAKÇA ÇELİK'e,

Eğitim hayatım boyunca beni destekleyen bana yardımcı olan ve her anımda yanımda olan sevgili annem Hatice ALTINKAYA'ya ve yüksek lisans yapmam için cesaret veren ve desteklerini esirgemeyen eşim Ufuk ERTURAL'a,

Sonsuz teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Fadime ERTURAL

Mart 2022, NEVŞEHİR

**KALÇA ARTROPLASTİSİ ÖNCESİ VERİLEN ORAL KARBONHİDRAT
SOLÜSYONUNUN AMELİYAT ÖNCESİ ANKSİYETE VE AMELİYAT
SONRASI HASTA KONFORUNA ETKİSİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Fadime ERTURAL

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Mart 2022

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı; kalça artroplastisi öncesi verilen oral karbonhidrat solüsyonunun (OKS) ameliyat öncesi anksiyete ve ameliyat sonrası hasta konforuna etkisini belirlemektir.

Materyal ve Metod: Randomize kontrollü deneysel desenli ve spinal anestezi uygulanan hastalar ile yapılan çalışmanın verileri, 11 Eylül 2019- 27 Ağustos 2021 tarihleri arasında toplandı. Örneklem büyüklüğü çalışmaya başlamadan yapılan güç analizi ile belirlendi. Minimum örneklem büyüklüğü, her bir grup için 24 hasta olarak saptandı. Basit rastgele randomizasyon yöntemiyle belirlenen ve araştırma kriterlerine uyan 50 hastayla çalışma tamamlandı (25 Müdahale, 25 Kontrol). Kalça artroplastisi uygulanacak olan müdahale grubundaki hastalara OKS ameliyat öncesi gece 800 ml ve ameliyatta gönderilmeden iki saat önce 400 ml olarak verildi. Kontrol grubunda bulunan hastalara gece 24.00'dan sonra yiyecek ve sıvı kısıtlaması uygulandı. Hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri Spielberg Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, ameliyat sonrası konfor parametreleri ise 0., 2, 4., 6., ve 12. saat Vizüel Analog Skala ile değerlendirildi. Taburcu olacağı gün hastalara, Kalça Protezi Sonrası Konfor Ölçeği uygulandı. Hastaların fizyolojik parametreleri ve kan şekeri düzeyleri ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ölçülerek kaydedildi. Niceliksel verilerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U, grup içi ölçümler arası değişkenlerin karşılaştırılmasında Friedman ve farkın hangi gruptan kaynaklandığı Tukey testi ile değerlendirildi.

Bulgular: OKS uygulanan hastaların, kontrol grubu hastalara göre ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri anlamlı derecede daha düşüktü ($p<0.05$). Ayrıca ameliyat sonrası ağrı, susuzluk, açlık ve bulantı-kusma semptomlarını, OKS verilen müdahale grubu hastaların kontrol grubu hastalara göre daha az deneyimlediği ve kalça artroplastisine özgü konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sistolik/diyastolik kan basıncı ve nabız hızı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Ameliyata gönderilmeden hemen önce ve ameliyat sonrası 0. 2. ve 12. saat, OKS verilen hastaların kan şekeri düzeyleri daha düşüktü ($p<0.05$).

Sonuç: Oral karbonhidrat solüsyonunun, kalça artroplasti ameliyatı öncesi anksiyeteyi azalttığı ve ameliyat sonrası hasta konforunu arttırdığı bulundu. Bu sonuç doğrultusunda, OKS'nin, ameliyat öncesi beslenme yönetiminde multidisipliner ekip iş birliği çerçevesinde hemşirelik aktiviteleri içerisinde yer alması önerilir.

Anahtar Kelimeler : Anksiyete, Hemşirelik, Kalça Artroplasti Ameliyatı, Konfor, Oral Karbonhidrat Solüsyonu
Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK
Sayfa Adeti : 77

**EFFECTS OF ORAL CARBOHYDRATE SOLUTION ADMINISTRED
BEFORE HIP ARTHROPLASTY ON PREOPERATIVE ANXIETY AND
POSTOPERATIVE PATIENT COMFORT**

(M. Sc. Thesis)

Fadime ERTURAL

**NEVSEHIR HACI BEKTAŞ VELI UNIVERSITY
INSTITUTE OF SCIENCES**

March 2022

ABSTRACT

Objective: This study aims to determine the effects of oral carbohydrate solution (OCS) administered before hip arthroplasty on preoperative anxiety and postoperative patient comfort.

Material and Method: The study, which has a randomized controlled research design, was conducted with patients who were applied spinal anesthesia. The study data were collected between September 11, 2019 and August 27, 2021. The study's sample size was determined through a power analysis carried out before starting the study. The minimum sample size was determined to be 24 patients for each group. The study was completed with 50 patients (25 intervention, 25 Control) conforming to the research criteria, who were determined using the simple randomization method. OCS was administered to the patients in the intervention group who would undergo hip arthroplasty, as 800 ml the night before the operation and 400 ml two hours before being taken into the surgery. Food and fluid restriction was applied to the patients in the control group after 00:00. The preoperative anxiety levels of the patients were assessed with the Spielberg State-Trait Anxiety Inventory. While their postoperative comfort parameters were evaluated with the Visual Analog Scale at the 0th, 2nd, 4th, 6th and 12th hours. The Post-Hip Replacement Comfort Scale was applied to the patients on the day of discharge. The patients' physiological parameters and blood glucose levels were measured and recorded in the preoperative and postoperative periods. The Mann-Whitney U test was used in the comparisons of the quantitative data between two groups. While the Friedman test was used to compare the variables between within-

group measurements. And from which group the difference originated was evaluated with the Tukey test.

Results: The anxiety levels of the patients administered OCS were significantly lower before and after surgery compared to the control group ($p<0.05$). In addition, it was determined that the intervention group patients who were administered OCS experienced pain, thirst, hunger, and nausea-vomiting symptoms after surgery less than the control group patients and that the first group had higher comfort levels specific to the hip arthroplasty ($p<0.05$). A significant difference was found between the groups in terms of systolic/diastolic blood pressure and pulse rate in the preoperative and postoperative periods ($p<0.05$). The blood glucose levels of the patients who received OCS just before being taken into the surgery and at the postoperative 2nd and 12th hours were lower ($p<0.05$).

Conclusion: It was found that oral carbohydrate solution reduces anxiety before hip arthroplasty surgery and increases postoperative patient comfort. In line with this result, it is recommended that OCS be involved in nursing activities within the framework of multidisciplinary team collaboration in preoperative nutrition management.

Keywords : Anxiety, Nursing, Hip Arthroplasty Surgery, Comfort, Oral Carbohydrate Solution
Thesis Advisor : Assistant Professor Gül den KÜÇÜKAKÇA ÇELİK
Number of Pages : 77

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
1. BÖLÜM	
GİRİŞ	1
2. BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kalça Artroplastisi	5
2.1.1. Kalça Atroplastisi Ameliyatı Öncesi Hasta Hazırlığı.....	5
2.1.2. Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlığında Beslenme ve Önemi	6
2.2. Anksiyete Kavramı	8
2.2.1. Ameliyat Öncesi Anksiyete Nedenleri ve Etkileyen Faktörler.....	9
2.2.2. Ameliyat Öncesi Besin Kısıtlaması ve Anksiyete	10
2.2.3. Anksiyete Yönetiminde Hemşirenin Rolü	11
2.3. Konfor Kavramı	12
2.3.1. Ameliyat Sonrası Hasta Konforunu Etkileyen Faktörler	13
2.3.2. Ameliyat Öncesi Besin Kısıtlaması ve Konfor	14
2.3.3. Ameliyat Sonrası Hasta Konforunun Sağlanmasında Hemşirenin Rolü	15
3. BÖLÜM	
MATERYAL VE METOD	17
3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.3.1. Araştırmaya Alınma ve Araştırma Dışı Bırakılma Kriterleri	18
3.3.2. Randomizasyon ve Körleme	19

3.4.	Verilerin Toplanması	20
3.4.1.	Veri Toplama Araçları	20
3.5.	Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	22
3.6.	Hemşirelik Girişimi	23
3.6.1.	Oral Karbonhidrat Solüsyonu Uygulaması.....	24
3.7.	Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.8.	Araştırmanın Etik İlkeleri	25
3.9.	Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	25
4. BÖLÜM		
BULGULAR.....		27
5. BÖLÜM		
TARTIŞMA		40
6. BÖLÜM		
SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....		48
6.1.	Sonuçlar	48
6.2.	Öneriler	49
KAYNAKLAR		50
EKLER.....		69
ÖZGEÇMİŞ		77

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1.	Müdahale ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.2.	Müdahale ve Kontrol Grubunun Cerrahi Girişim ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.3.	Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Ameliyat Öncesi Ölçüm Zamanlarına Göre Sürekli ve Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.4.	Hastaların Her Bir Ölçüm Zamanına Göre Gruplar Arası ve Grup İçi Ameliyat Sonrası Ağrı ve Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.5.	Hataların Her Bir Ölçüm Zamanına Göre Gruplar Arası ve Grup İçi Ameliyat Sonrası Susuzluk, Açlık ve Bulantı-Kusma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.6.	Hastaların Her Bir Ölçüm Zamanlarına Göre Gruplar Arası ve Grup İçi Sistolik/Diyastolik Kan Basıncı ve Nabız Değeri Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.7.	Hastaların Her Bir Ölçüm Zamanına Göre Gruplar Arası ve Grup İçi Solunum Sayısı, Ateş ve Oksijen Saturasyon Değeri Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.8.	Hastaların Her Bir Ölçüm Zamanına Göre Gruplar Arası ve Grup İçi Kan Şekeri Düzeyi Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.9.	Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1.	Konfor kavramının taksonomik yapısı	12
Şekil 3.1.	Araştırma Akış Şeması-CONSORT	19
Şekil 3.2.	Araştırma Planı	26



SİMGELER VE KISALTMALAR

ASA	: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CRP	: C-reaktif Protein
ERAS	: Enhanced Recovery After Surgery (Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme)
FTS	: Fast Track Surgery (Hızlandırılmış Cerrahi)
IV	: Intravenöz
KA	: Kalça Artroplastisi
KPSKÖ	: Kalça Protezi Sonrası Konfor Ölçeği
NPO	: Nil Per Os
OKS	: Oral Karbonhidrat Solüsyonu
STAI	: Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği
STAI-S	: Durumluk Kaygı Ölçeği
STAI-T	: Sürekli Kaygı Ölçeği
TARD	: Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği
VAS	: Vizüel Analog Skala

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Kalça artroplastisi (KA), ortopedik cerrahide çok yaygın uygulanan bir tedavi yöntemidir. KA, şiddetli eklem hastalığı veya travma geçiren hastalarda ağrısız mobilitayı ve kalça eklemine işlevselliğini yeniden kazanmak için başarılı, güvenli ve uygun maliyetli bir cerrahi müdahale olarak kabul edilir [1,2].

Özellikle hareket yeteneğinin sınırlanması nedeniyle uygulanan KA ameliyatlarında, sağlık bakım hizmetlerinin ameliyat öncesi dönemde başlaması ve ameliyat sonrası dönemde de devam etmesi gerektiği belirtilmektedir [3]. Çünkü KA işlemi, büyük bir cerrahi girişim olarak görülmektedir ve bireyi bütünü ile etkileyebilmektedir [4].

Cerrahi girişim; anestezi, ilaç tedavisi, doku travması, kan kaybı ve vücut ısısı değişikliklerinin bir arada olduğu bir durumdur [5]. Bu gelişen olaylar, metabolik değişiklikleri uyarmakta ve aynı anda postoperatif anksiyete ve stres yanıtına neden olmaktadır [6]. İnsan vücudunun cerrahi veya başka bir travmaya maruz kalması, nörohumoral bir tepkiye yol açmakta ve katabolik bir süreci aktive etmektedir [7]. Cerrahi stres; vücutta katekolamin, glukagon ve kortizol gibi düzenleyici hormonların salınımında artışa ve insülin duyarlılığında azalmaya neden olmaktadır [8]. Kortizol seviyesinin artması, iyileşme sürecinde önemli etkiye sahip olan insülin direnci ve hiperglisemi gelişimine yol açmaktadır. Bu süreç içerisinde meydana gelen değişiklikler postoperatif komplikasyon ve mortalite riskini arttırmaktadır [7,9,10].

Diğer taraftan, elektif cerrahi hastalarında akciğer aspirasyon riskini azaltmak amacıyla ameliyat öncesi dönemde standart bir uygulama olarak hastanın gecedan aç bırakılması, insülin glukagon oranında değişikliğe yol açabilmektedir. Bu durum, cerrahi travmaya karşı stres yanıtı arttırmakta, glisemik kontrol ve insülin direnci üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilmektedir [5]. Ameliyat öncesi aç kalma süresinin uzaması, açlık hissi, anksiyete, huzursuzluk, ağrı, dehidrasyon, hipovolemi ve hipoglisemi gibi olumsuz etkiler oluşturabilmektedir [11-13]. Bununla birlikte, ameliyat öncesi açlık süresindeki artış, hasta memnuniyetinin azalmasına, postoperatif dönemde hastalarda bulantı, kusma gibi istenmeyen durumlara sebep olarak, iyileşme sürecini geciktirmekte ve hastaların hastanede kalış süresini uzatmaktadır [12,13].

Amerika, Kanada ve Avrupa gibi ülkelerde yayınlanan klavuzlarda, açlık süresi uzadıkça, hasta güvenliğinin ve konforunun olumsuz etkilendiğini bildirmektedirler. Elektif cerrahilerde anksiyeteyi azaltıp, stres yanıtın hasta üzerine olumsuz etkilerini azaltmak ve hasta konforunu sağlamak amacıyla, cerrahi işlem öncesi son iki saate kadar berrak sıvıların, altı saate kadar da katı gıdaların tüketilebileceği önerilmektedir [14]. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD)'de 2015 yılında yayınladıkları klavuzda, elektif cerrahi uygulanacak hastalarda, bu kriterlere uyulmasını tavsiye etmektedir [15]. Dolayısıyla, modern perioperatif bakım, elektif bir ameliyattan önce azami ölçüde açlık süresinin kısaltılmasını amaçlamaktadır [16].

Cerrahi süreçte hızlandırılmış iyileşme (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) protokollerine göre modern perioperatif bakımın unsurlarından biri, ameliyat öncesi oral karbonhidrat solüsyonu (OKS) uygulanmasıdır [17]. Elektif cerrahi öncesi OKS'nin hastanın midesinden ortalama 90 dakika içinde emilerek, kaslardaki protein katabolizmasını azalttığı, karaciğerde glikojen depolanmasını arttırdığını ve insülin direncini azalttığı belirtilmektedir [8]. Ayrıca abdominal, ortopedi ve kalp cerrahide yapılan diğer çalışmalarda da OKS'nin metabolik stresi [18-20] ve anksiyeteyi [21,22] azalttığı, yağsız vücut kitlesini ve kas gücünü koruduğu [23], hastanede kalış süresini azaltarak [24,25] hasta konforunu arttırdığı [21,26] bildirilmektedir. Bu doğrultuda hastalara, ameliyat öncesi gece yarısına kadar 800 ml, ameliyattan 2-3 saat önce ise 400 ml karbonhidrattan zengin sıvı gıda verilmesi, güncel kanıtlar doğrultusunda tavsiye edilmektedir [27,28]. Ameliyat öncesi besin kısıtlamasına yönelik bu güncel bilgilerin klinik uygulamalara yansıtılmasında, hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır [29]. Çünkü uzun süreli açlık hastalarda, fizyolojik ve psikososyal konforun bozulmasına neden olan önemli faktörler arasında sıralanmaktadır [30]. Konfor ise temel insan ihtiyacıdır ve hastalar, cerrahi süreçte konforlarını sağlamak için sağlık profesyonellerinden yardım beklemektedir [31,32]. Hemşireler bu yardımı sunarken yapılan çalışma sonuçlarını değerlendirmeli, kanıt temelli hasta bakım ilkeleri doğrultusunda hemşirelik girişimlerini planlamalıdır.

Son on yılın literatürü incelendiğinde, ameliyat öncesi verilen OKS'nin gününbirlik [33,34]ve elektif cerrahide [28,35-43] etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmıştır. Bununla birlikte ortopedi hastalarında OKS'nin anksiyete [44], ağrı [44-46], cerrahi stres yanıt [7,47], kan glikoz değerleri [7,46,48,49], açlık [44,46,47], susuzluk

[46,47,49], yorgunluk [44,48], bulantı [44], ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hasta iyilik hali [50] gibi hasta sonuçları üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalar da bulunmaktadır.

Ortopedik cerrahide KA uygulanan hastalarla yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde; Chada ve arkadaşları (2020), OKS'nin kalça protezi sonrası susuzluk, açlık ve ağrı üzerinde etkili olduğunu bu semptomları azalttığını tespit etmişlerdir [46]. Harsten ve arkadaşları (2012); ameliyattan hemen önce, OKS verilen hastaların daha az açlık, mide bulantısı ve ağrı yaşadığını, ancak gruplar arası anksiyete, baş ağrısı veya susuzluk açısından fark olmadığını belirlemişlerdir [44]. Ljunggren ve Hahn (2012); elektif kalça ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat öncesi musluk suyu veya besin içeren içecek alımının glikoz klirensi, insülin duyarlılığı, ameliyat sonrası komplikasyonlar veya sağlık durumu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını saptamışlardır [50]. Çeliksular ve arkadaşları (2016); total kalça protezi uygulanan hastalarda OKS'nin cerrahi stres yanıtı üzerinde anlamlı bir etki göstermediğini ortaya koymuştur [7]. Kweon ve arkadaşları (2020); proksimal femur kırıkları için kapalı redüksiyon ve iç fiksasyon ile tedavi edilen hastalarda oral karbonhidrat alımının, ameliyat sonrası insülin direnci üzerinde etkili olmadığını ancak, susuzluk ve açlıkta önemli bir iyileşme sağladığını bildirmişlerdir [47]. Deng ve arkadaşları (2020); kalça kırığı cerrahisinde OKS'nin ameliyat sonrası susuzluğu ve açlığı iyileştirdiği, albümin düzeyini artırdığı, C-reaktif protein (CRP) konsantrasyonlarını ve kan şekeri dalgalanmalarını azalttığını belirtmişlerdir [49]. Yapılan çalışmalarda, hastaların konfor parametreleri farklı zaman dilimlerinde değerlendirilmiş ve değerlendirmede kalça protezine özgü konfor ölçeği kullanılmamıştır [7,44,46,47,49,50]. Hasta konfor parametrelerinin çoğu yalnızca Vizüel Analog Skala (VAS) ile değerlendirilmiştir [44,46].

Daha önce yapılan çalışma yöntemleri, ölçüm araçları ve bulgularındaki farklılıklar nedeniyle; OKS'nin KA ameliyatı öncesi anksiyete ve ameliyat sonrası hasta konforuna etkisinde kanıt düzeyini güçlendirecek randomize kontrollü çalışmalar gereklidir.

Bu çalışmanın amacı; kalça atroplastisi öncesi verilen oral karbonhidrat solüsyonunun ameliyat öncesi anksiyete ve ameliyat sonrası hasta konforuna etkisini belirlemektir.

Araştırmanın Hipotezleri

H0₁ : Kalça artroplastisi öncesi verilen oral karbonhidrat solüsyonunun ameliyat öncesi anksiyeteye etkisi yoktur.

H1₁ : Kalça artroplastisi öncesi verilen oral karbonhidrat solüsyonunun ameliyat öncesi anksiyeteye etkisi vardır.

H0₂ : Kalça artroplastisi öncesi verilen oral karbonhidrat solüsyonunun ameliyat sonrası hasta konforuna etkisi yoktur.

H1₂ : Kalça artroplastisi öncesi verilen oral karbonhidrat solüsyonunun ameliyat sonrası hasta konforuna etkisi vardır.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kalça Artroplastisi

Kalça artroplastisi, her yıl gerçekleştirilen bir milyondan fazla operasyonla dünya çapında yaygın olarak uygulanan [51], ciddi hasar görmüş kalça eklemine yapay bir eklemle değiştirilmesini içeren cerrahi işlemdir [52]. Günümüzde en başarılı ortopedik müdahalelerinden biri olan kalça artroplastisi; dejeneratif eklem hastalığı, romatoid artrit, femur boyun kırığı ve kalçanın gelişimsel displazisi olan hastalarda uygulanan bir tedavi yöntemidir [52]. KA işleminde amaç deforme olmuş eklem işlevselliğini ve stabilitesini sağlamak, eklem yüzeylerinde sürtünmeyi en aza indirmek, hareket kısıtlamasını ve ağrıyı azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır [53,54].

Hastaların yaşam kalitesini iyileştirmede uzun vadeli, güvenli ve etkili bir çözüm sağlayan [51,55] KA cerrahisi, total ve parsiyel kalça artroplastisi olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır [56]. Total kalça artroplastisi cerrahisinde femur başı, femur gövdesi ve asetebüler yapılar mekanik protez ile değiştirilmektedir. Parsiyel kalça artroplastisi ise genellikle femur başı veya boynunu düzeltmek için kullanılmaktadır [56]. Her iki tedavi seçeneğinde de gelişmiş cerrahi yöntemler, anestezi teknikleri, ameliyat öncesi hasta eğitimi, multimodal ağrı yönetimi, erken mobilizasyon ve aktif hasta katılımını içeren protokollerin uygulanması hastalarının iyileşme ve hastanede kalış sürelerini kısaltmıştır. Tıbbi gelişmelere paralel olarak hemşireler tarafından sunulan perioperatif bakım da yıllar içinde değişim göstermesi beklenmektedir [57]. Bu değişim sürecinde hastaların bakım yönetiminin multidisipliner bir ekip anlayışı ile yürütülmesi gerekliliğinin altı çizilmektedir [58]. Multidisipliner ekipte önemli rol alan hemşirelerin, hasta merkezli ve kanıta dayalı bakım uygulamalarını planlaması gerekmektedir [57].

2.1.1. Kalça Artroplastisi Ameliyatı Öncesi Hasta Hazırlığı

Kalça artroplastisi ameliyatı öncesi hemşirelik bakımının amacı, hastaların fizyolojik ve psikolojik iyileşme sürecine katkıda bulunarak yaşam kalitesini yükseltmektir [59]. Bu amaçlar doğrultusunda ameliyat öncesi hasta hazırlığında, etkilenen eklem hareket

açıklığını da içeren sağlık öyküsü ve fiziksel değerlendirme, bireyin ihtiyaçları doğrultusunda hemşirelik bakımının planlanması ve ameliyat sonrası değerlendirme verilerinin karşılaştırılması için bir temel oluşturur. Planlanan bireysel bakım doğrultusunda hastanın bilgi düzeyi ve anlama yeteneği değerlendirilerek ihtiyaç duyduğu konular hakkında eğitim önemlidir [60]. Hasta eğitimi, anksiyetenin azaltılmasında ve hastanın ameliyat sonrası bakım prosedürlerine katılmasında yardımcı olur [61]. Hasta eğitimi; ameliyat sonrası aktivite kısıtlamaları, pozisyon değişimi için trapez ve spirometre kullanımı, öksürme ve derin nefes alma gibi solunum hijyeni ve hasta kontrollü analjezi gibi ağrı yönetimi prosedürlerini içermelidir [60].

Ameliyat öncesi hastalarda şiddetli kas spazmları ağrı şiddetini artırabilir. Uygun analjezikler veya kas gevşeticiler, uygun pozisyon (kontrendike olmadığı sürece) spazmları yönetmeye yardımcı olabilir [62]. Ameliyat sonrası komplikasyonları önlemeye yönelik eklem egzersizleri öğretimine ameliyat öncesi dönemde yer verilmesi, kas atrofisini, eklem kontraktürlerini, venöz stazi veya olası tromboembolizmi önlemek için yararlıdır. Erken mobilizasyonu sağlamak ve hareketsizlikle ilişkili komplikasyonları azaltmak için hastanın, ameliyat sonrası ağrı kontrol önlemlerinin amacını ve kullanımını anlaması gerekmektedir [60]. Özellikle ortopedik cerrahide ameliyat öncesi ağrıya bağlı hareketsizlik ile birlikte yetersiz beslenme, hastalarda kas atrofisine ve cerrahi travma stresi ile etkin baş edememeye zemin hazırlayabilmektedir. Bu nedenle, KA gibi büyük cerrahi girişim geçiren hastalarda ameliyat öncesi beslenmenin değerlendirilmesi ve yönetimi, kas kitesinin ve fonksiyonunun korunmasında önemlidir [63].

2.1.2. Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlığında Beslenme ve Önemi

Ameliyat, insan yaşamında fizyolojik ve psikolojik strese neden olan önemli bir travma nedenidir [64]. Cerrahi süreçte deneyimlenen strese vücudun verdiği yanıt endokrin, metabolik ve immünojenik değişiklikleri içermektedir [65,66]. Bu yanıtın derecesi ise cerrahi girişim ile birlikte ameliyat öncesi yeterli beslenme ve hastanın aç kalma süresi ile de yakından ilgilidir [67]. Hastaların ameliyat öncesi beslenme hazırlığında uygulanan gece yarısından sonra aç bırakma prosedürü, mide içeriği hacmini ve asit derecesini azaltmak, öğürme, öksürük ve yutma reflekslerinin baskılanması ile pulmoner aspirasyonu önlemek amacıyla önerilmektedir [28,68]. Bu amaçlar

doğrultusunda gece yarısından itibaren ağızdan katı ve sıvı gıda alımının kesilmesini içeren Nil Per Os (NPO) prosedürü cerrahi hastalarında yaygın olarak uygulanmaktadır [69]. Sabah ilk ameliyatı olmayan veya ameliyatı ertelenen hastaların ameliyat öncesi aç kalma süresi daha da uzayabilmektedir [70]. Elekfif cerrahi hastalarında bu sürenin, ortalama 13 saate kadar uzadığı bildirilmektedir [71].

Ameliyat öncesi açlık süresinin uzaması, katabolik sürecin aktive olması ile hastanın glikojen depolarının tükenmesi ve insülin direncinde artış ile sonuçlanabilmektedir [72]. Gece boyu aç kalan bir hasta, karaciğerdeki depolanan glikojenin yarısından fazlasını kaybedebilmektedir. Ameliyat stresi ile açlık süresinde artış, kas proteinlerinin parçalanmasına neden olabilmektedir. Kas proteinlerinin parçalanmasıyla oluşan laktat ve amino asitlerden yeniden glikoz üretilmesi sonucu hastalarda negatif nitrojen dengesi oluşabilmektedir [13]. Ayrıca cerrahi süreçte zayıflamış bir immün sistem ile birlikte ağız kuruluğu, ağız kokusu, huzursuzluk, baş ağrısı, sinirlilik, anksiyete, yorgunluk, bulantı, kusma, dehidratasyon, elektrolit dengesizlikleri, hipovolemi ve hipoglisemi gibi hasta konforunu etkileyen birçok olumsuz psikolojik ve metabolik değişikliklere zemin hazırlayabilmektedir [71,73-77]. Tüm bu olumsuz değişiklikler ise hastaların ameliyat sonrası iyileşme ve taburculuk sürecini uzatmakta, hasta memnuniyetini azaltmaktadır [27].

Hastalarda cerrahi travmanın neden olduğu metabolik stresi azaltmak, iyileşme ve günlük yaşam aktivitelerine dönüş sürecini kısaltmak amacıyla birçok ülkede klavuzlar yayımlanmıştır [15,78,79]. Bu kılavuzlarda; elektif ameliyatlarda cerrahi işlem öncesi son iki saate kadar berrak sıvıların, altı saate kadar da katı gıdaların tüketilebileceği önerilmiştir [74]. Böylece cerrahide tedavi ve bakıma ilişkin güncel yaklaşım ve kanıta dayalı uygulamalar ile ameliyat sonrası iyileşmenin hızlandırılacağı ve ameliyata bağlı mortalitenin azaltılabileceği vurgulanmıştır. Bu doğrultuda ortaya çıkan kanıta dayalı uygulamalardan biri de ERAS Derneği tarafından geliştirilen Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) veya Fast Track Surgery (FTS) protokolleridir [80,81]. Ameliyat öncesi kısaltılmış açlık süresi ve karbonhidrat yüklemesi ERAS stratejileri arasında da yer almaktadır [82]. Ameliyat olacak hastalara ameliyat öncesi gece yarısına kadar 800 ml, ameliyattan 2-3 saat önce ise 400 ml karbonhidrattan zengin sıvı gıda verilmesi metabolik tokluk hissi sağlamak amacıyla önerilmektedir [83,84].

Uzun süre aç kalmak yerine metabolizmayı karbonhidrattan zengin sıvılarla hazırlamak hastalarda negatif nitrojen dengesi oluşmasını önlemekte, kas kütlesi ve gücünü korumakta, insülin direnci gelişimin azaltmakta, hastanede kalış süresi ve mortaliteyi azalmaktadır [85]. Bunun yanı sıra; fizyolojik boyutta hasta konforunu olumsuz etkileyen açlık, susuzluk, ağız kuruluğu hissini, deneyimlenen ağrı şiddetini ve bulantı-kusma gelişme oranını azaltmakta, bağırsak peristaltizminin erken başlamasını sağlamaktadır [42,86-88]. Psikolojik boyutta ise hastalarda ameliyat sonrası stres reaksiyonlarının sayısını [89] ve anksiyeteyi [38] azaltmaktadır.

2.2. Anksiyete Kavramı

Anksiyete; Latince "kaygı", "endişe", "sıkıntı" anlamına gelen "anxietas" kelimelerinden türemiş bir kavramdır [90]. Bireyin yaşayabileceği en acı verici duygu olarak da tanımlanan anksiyet [91]; fiziksel, duyuşal ve psikolojik belirtilerin eşlik ettiği açıklanamayan kaygı, korku ve rahatsızlık hissidir [90]. Otonom sinir sisteminin aktivasyonunun eşlik ettiği çeşitli patofizyolojik tepkilerle ilişkili duyuşal bir tepkidir [92]. Bireyin hayatında bir şeylerin yanlış olduğunu ve düzeltilmesi gerektiğini söyleyen bir ihtiyacın duyuşal ifadesidir [91].

Anksiyete, organizma tarafından hissedilen bir tehlike anında biyolojik uyum mekanizmaları tarafından yaratılır ve insan yaşamının sürdürülebilmesi için gerekli bir duygudur [93]. Hafif düzeyde anksiyete; kişinin cesaretini, dikkatini, öğrenme düzeyini ve algılamasını artırır [90,91]. Olumsuz durumlarla baş edebilmede yardımcı olan bu duygunun şiddeti arttığında ise kişinin yaşamını, günlük faaliyetlerini, sosyal hayatını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemeye başlar. Bu durumda anksiyete kavramı, kişide biyopsikososyal sorunlar yaratan bir duygu olarak karşımıza çıkar [91].

Anksiyete duygusunu kişi, kısa veya uzun süreli deneyimleyebilir. Çoğunlukla akut fizyolojik uyarılma ile gelişen korku, kaygı ve gerginlik gibi olumsuz duyguları ve karmaşık tepkileri içeren kısa süreli anksiyete, durumluk anksiyetesini tanımlar. Güvenliği tehlikeye atan ve kişide baskı oluşturan risk faktörü ortadan kalktığında, durumluk anksiyete belirtileri de büyük oranda azalır [90]. Sürekli anksiyete de ise bireyin fiziksel koşullarından ve fizyolojik belirtilerinden bağımsız olarak geçmiş anksiyete deneyimlerinin etkisiyle huzursuzluk, kaygı ve karamsarlık gibi olumsuz duyguları, sürekli hissetme durumu söz konusudur. Durumluk anksiyetenin uzun

sürmesi halinde sürekli anksiyete tetiklenir ve durumluk anksiyete düzeyini, süresini ve belirtilerin şiddetini artırır [90,94]. Bununla birlikte; anksiyete birey tarafından farklı düzeylerde ve türlerde deneyimlense de fizyolojik, algısal, bilişsel ve psikolojik değişiklikleri beraberinde getirebilir [91]. Çünkü anksiyete evrensel bir duygudur ve kişinin kendini güvende hissetmediği tehdit durumlarına, tepki olarak ortaya çıkmaktadır [90,91]. Özellikle cerrahi girişimler birçok hasta tarafından tehdit olarak algılanmaktadır ve beraberinde psikolojik ve fizyolojik sorunlara neden olup ameliyat sonrası hasta konforunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle anksiyeteye neden olan faktörlerin değerlendirilmesi, perioperatif bakımı iyileştirmek ve hasta konforunu sağlamak için gerekli bilgileri sağlayabilir ve hedeflenen bakıma yönelik ilk adım olabilir [31].

2.2.1. Ameliyat Öncesi Anksiyete Nedenleri ve Etkileyen Faktörler

Yaşamda büyük değişiklikler anksiyeteye neden olan faktörler arasındadır ve bu değişikliklerden biri de ameliyattır. Hastalığı ne olursa olsun hastaneye yatmanın, ameliyat için başvuran hastada anksiyete uyandırdığı bilinen bir gerçektir [95]. Hafif bir anksiyete düzeyi özellikle bir hastanın ilk cerrahi deneyimi için öngörülemez ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden koşullara karşı verilen bir tepkidir [96]. Bununla birlikte; her hastanın anksiyete düzeyi ve etiyolojisi birçok faktöre bağlıdır. Bu faktörler; yaş, cinsiyet, önerilen ameliyatın tipi, önceki cerrahi deneyim, stresli durumlara karşı kişisel duyarlılık, mevcut sağlık algısı ve sosyoekonomik durumu gibi birçok faktörü içermektedir [95].

Ameliyat öncesi anksiyete, herhangi bir hastalık, hastaneye yatış, anestezi, ameliyattan ve bilinmeyenden kaynaklanan huzursuzluk ile karakterizedir [91]. Cerrahi bir işlemin yaşamı tehdit eden bir süreç olarak algılanması, bireyin kendisini doğrudan fiziksel bir kısıtlama altında ve huzursuz hissetmesine neden olur. Bu dönemde hastaların; anesteziye uyanamama ve vücut bütünlüğünün zarar görme korkusu ile ameliyat esnasında kontrol kaybı, ağrı hissetme, sevdiklerinden ayrılma, cinsel yetersizlik, ekonomik ve sosyal yaşam kaybı gibi çeşitli korku ve anksiyete nedenleri olabilir [97-99]. Genellikle hastalar anestezi ve anestezistin kendi bakımlarındaki rolü konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Ayrıca, ameliyat için genel anestezi almak, bir hasta için ölüm korkusuyla ilişkilendirilebilir. Hastalar anestezi seçenekleri, ameliyat sonrası

ağrı ve bulantı-kusma deneyimleri ile birlikte ameliyathane ortamını merak ederler. Bu konularda yeterli bilgi verilmediğinde de anksiyete duygusu yaşayabilirler [92].

Anksiyete duygusu, hastanın ameliyata ihtiyacı olduğunu öğrenmesi ile başlayıp, hastanede yatış ve ameliyatı bekleme süresi ile artış göstermektedir [100,101]. Ameliyat saatini bekleme ile birlikte artan ameliyat öncesi açlık süresinde hasta anksiyetesi üzerinde etkili olan faktörler arasında sıralanmaktadır [67].

2.2.2. Ameliyat Öncesi Besin Kısıtlaması ve Anksiyete

Birçok cerrahi prosedür için standart ameliyat öncesi hazırlık, hastaların aç kalmasını gerektirir. Bununla birlikte; ameliyathanenin öngörülemeyen doğası gereği yaşanan gecikmeler nedeniyle hastalar, ameliyat öncesi beklenenden daha uzun süre aç kalmak zorunda kalabilirler. Bu durum hastalarda hayal kırıklığı, öfke ve anksiyeteye neden olabilir [102].

Ameliyat öncesi bekleme süresi başlı başına anksiyeteyi tetikleyen bir faktördür. Bu süreçte hastalar, terk edildiklerini ve tedavi edilmediklerini hissedebilirler [103]. Bu sürece birde açlık süresi eklendiğinde hastaların daha yüksek anksiyete deneyimlemesi ile sonuçlanabilir [67]. Ayrıca elektif cerrahi için bazı hastaların, ameliyata yönelik zihinsel hazırlık süreci sekteye uğrayabilir ve bu da anksiyetenin artışı ile sonuçlanabilir [103].

Uzun süreli besin kısıtlamasına bağlı artan anksiyete nedenleri arasında, hastaların deneyimlediği açlık ve susuzluk hissi yer almaktadır [29]. Elektif cerrahi öncesi bu kısıtlama süresinin iyi yönetilmesi ile hastalarda anksiyete seviyesinin %33 oranında azaltılabileceği belirtilmektedir [104]. Beslenme yönetiminde, gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey almamak yerine, ameliyattan önce karbonhidrattan zengin oral sıvıların verilmesi hastalarda, susuzluk, ağız kuruluğu ve açlığı azaltarak anksiyeteyi azaltabilmektedir [21,22,67,105]. Yapılan çalışmalarda; ameliyat öncesi uygulanan oral karbonhidrat sıvısının, anksiyete ile birlikte hastalarda stres reaksiyonlarının sayısını azalttığını ortaya koymaktadır [89,106]. Bu doğrultuda hastalara, ameliyat öncesi gece yarısına kadar 800 ml, ameliyattan 2-3 saat önce ise 400 ml karbonhidrattan zengin sıvı gıda verilmesi, güncel kanıtlar doğrultusunda şiddetle tavsiye edilmektedir [27,107].

Ameliyat öncesi besin kısıtlamasına yönelik bu güncel bilgilerin klinik uygulamalara yansıtılmasında, hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır [29,74].

2.2.3. Anksiyete Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Ameliyat öncesi dönemde yaygın görülen ve hastalarda psikolojik ve fiziksel reaksiyonlara neden olan anksiyete, hemşireler tarafından yönetilmesi gereken güçlü bir duygusal tepkidir [108,109]. Cerrahi süreçte yüksek düzey anksiyete, iyileşmede gecikme ve perioperatif komplikasyon riski artışı ile sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi hemşirelik bakım müdahaleleri, anksiyetenin bir ölçek yardımı ile değerlendirilmesini ve anksiyete yönetimini içermelidir [110].

Ameliyat öncesi anksiyete yönetiminde birçok fiziksel ve psikolojik müdahale kullanılmaktadır. Bu müdahaleler farmakolojik ve farmakolojik olmayan girişimlerinin uygulanmasını gerektirmektedir [108,111]. Farmakolojik olmayan yöntemler arasında yer alan etkili yöntemlerden biri, hasta eğitimidir [112]. Hasta eğitimi, hemşirelerin ameliyat öncesi hastalarda fizyolojik ve duygusal rahatlığı sağlamak ve anksiyeteyi gidermek için yapabilecekleri temel hemşirelik uygulamaları arasında yer almaktadır [111]. Ameliyat öncesi verilen eğitim, sadece cerrahi prosedürler hakkında değil, aynı zamanda cerrahi ortam ve hastaların perioperatif alanda geçirdikleri süre boyunca karşılaşacakları deneyimleri de içermelidir [113]. Hasta eğitiminin, cerrahi sürecin anlaşılmasına yardımcı olan sözlü, yazılı ve görsel-ışitsel materyaller kullanılarak hazırlanması önerilmektedir [112]. Ayrıca eğitim esnasında, hastaların endişelerini, duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat tanınmalı ve hastalar soru sormaya teşvik edilmelidir [111].

Hemşireler cerrahi süreçte hastanın anksiyetesini azaltmak ve hastanın deneyimini iyileştirmek için farmakolojik önlemler de dahil güncel ve kanıta dayalı yöntemleri uygulamalıdır [114]. Bu yöntemler arasında; akupunktur, terapötik egzersiz, gevşeme egzersizleri, hareket terapisi, müzik terapi, masaj terapisi, bitkisel terapi, aromaterapi, yoga, meditasyon, telefonla danışmanlık [108] ve ameliyat öncesi açlık süresinin kısaltılması [27,115] gibi birçok uygulama yer almaktadır. Her bir uygulamanın anksiyetenin azaltılarak hasta konforunun sağlanmasında farklı güçlü yönlerinin olabileceği vurgulanmaktadır [108].

2.3. Konfor Kavramı

Konfor kavramının kökeni Fransızcaya dayanır (confort) ve rahatlık kavramı ile eşdeğer anlamda kullanılmaktadır. Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre konfor kavramı, bireylerde “üzüntü, sıkıntı, tedirginlik durumunun olmaması”, “yorgunluk veya sıkıntı vermeme durumu” olarak tanımlanmaktadır [116].

Roy, Orlando, Watson ve Paterson gibi birçok kuramcı tarafından ele alınan konfor kavramının kuramsal yapısı, ilk olarak Katharine Kolcaba tarafından ele alınmıştır [117]. Katharine Kolcaba tarafından geliştirilen bu kuramda konfor kavramı, “Bakım ihtiyaçları ile ilgili bireyin sorunlarının üstesinden gelebilme, yardım ve huzur sağlama durumuna ilişkin fiziksel, sosyal, çevresel ve psikospiritüel bütünlük içerisinde kompleks özellikte bir yapıya sahip beklenen ve istenen sonuç” olarak tanımlanmıştır. Kolcaba tarafından kuramın taksonomik yapısı belirlenmiş, düzey ve boyutları açıklanmış ve iki aşamada incelenmiştir (Şekil 2.1). Kolcaba konfor kuramının ilk aşamasında konfor düzeylerini; ihtiyaçları karşılamaya yönelik ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak belirtmiştir. İkinci aşamada ise konfor boyutları; fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olarak değerlendirilmiştir [118].

KONFOR		DÜZEYLERİ		
		Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
BOYUTLARI	Fiziksel			
	Psikospiritüel			
	Sosyo-kültürel			
	Çevresel			

Şekil 2.1. Konfor kavramının taksonomik yapısı [119].

Konfor kuramının ilk basamağını ferahlama (relief) düzeyi oluşturmaktadır [120]. Sorun olarak görülen önemli bir gereksiniminin karşılanmasıyla birlikte bireyler ferahlama hissetmektedir [121,122]. Konfor kuramının ikinci basamağında yer alan rahatlama (Ease) düzeyi, sakinliği ve/veya memnuniyeti teşvik eden bir bakım deneyimi olarak tanımlanmaktadır [123]. Birey ferahlama deneyimlemektedir ve sonraki süreçte, rahatladığını ve huzur içinde olduğunu ifade etmektedir [124]. Konfor kuramının son basamağını üstünlük (Transcendence) düzeyi oluşturur ve konfor gereksinimleri

karşılanan bireyin ferahlama ve rahatlama ile birlikte sorunların üstesinden geldiğini ve konforun üstünlük düzeyine ulaştığını göstermektedir [117,120].

Konfor kuramının taksonomik yapısı içinde yer alan fiziksel konfor boyutu, bedensel algılarla ilgilidir [125]. Fiziksel konfor boyutunda; beslenme, hidrasyon, uyku ve dinlenme, eliminasyon ve hastalığa karşı verilen yanıtlar gibi bireyin fizyolojik gereksinimlerini belirten ve etkileyen faktörler yer almaktadır. Bu gereksinimlerin herhangi birinde görülen bozulmanın ise konforunda olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir [117]. Kuramda yer alan psikospiritüel konfor boyutu; zihinsel, duygusal ve ruhsal bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin yaşamına anlam katan öğeler ile birlikte benlik kavramı, benlik bilinci, öz saygı, kendine güven ve cinsellik gibi duyguları içermektedir [121,122,125]. Kolcaba, bakım uygulamalarının bireyin yaşam tarzı, gelenekleri, giyinme biçimi ve aile ile ilişkileri gibi sosyal ve kültürel özelliklerine duyarlı olacak şekilde sunulması gerektiğini ise sosyo-kültürel boyutta ele almaktadır [124]. Bununla birlikte Kolcaba; çevresel konfor boyutunda konforu etkileyen çevresel faktörlerin de kontrol altına alınmasının, bireyin konforunun sağlanmasında önemli olduğunun altını çizmektedir [119,124].

2.3.1. Ameliyat Sonrası Hasta Konforunu Etkileyen Faktörler

Cerrahi müdahaleler, sadece fizyolojik bir travma değil, bireyin konfor düzeyini etkileyen psikolojik ve sosyal bir travma olarak da kabul edilir [126,127]. Hastanın ihtiyaçları ve karşılama düzeyi, çevresel faktörler, hastalık ve hastanın hastalığa ilişkin algıları dahil olmak üzere birçok faktör, cerrahi süreçte hasta konforunu etkiler [128].

Cerrahi girişim uygulanan hastalarda psikospiritüel konforu azaltan en önemli etken anksiyetedir [129]. Günlük yaşam aktivitelerinin sekteye uğraması, bilgi eksikliği, sosyal destek sistemlerinin yetersizi olması, yabancı ve aileden uzak bir ortamda bulunma gibi faktörler kaygı nedenidir ve hasta konforunu olumsuz yönde etkilemektedir [101,130]. Ayrıca hastane kaynaklı çevresel uyaranlar da anksiyeteye yol açmaktadır [131]. Hastaların psikolojik ve fiziksel konforunu etkileyen bu uyaranlar arasında; gürültü, kaos, kötü kokular, mahremiyet eksikliği, rahatsız edici sedyeler, sandalyeler, yataklar ve tanımadığı insanlarla aynı odayı paylaşmak veya ciddi sağlık sorunları olan hastalar ile aynı odada bulunma gibi çevresel faktörler yer almaktadır [32,128,130]. Anksiyete ise ameliyat sonrası hastaların deneyimlediği ağrı şiddetinde

artış ile sonuçlanmaktadır ve ağrı konforu azaltan en önemli neden olarak karşımıza çıkmaktadır [125,126].

Ameliyat sonrası potansiyel doku hasarı ile deneyimlenen ağrı; pozisyon değişimi, endotrakeal aspirasyon, yara bakımı [132] hareketsizlik, uygulanan invaziv ekipman ve drenler gibi birçok faktöre bağlı olarak artış gösterebilmektedir [133]. Ağrı şiddetinde artış psikolojik ve fizyolojik strese neden olarak hastaların konforunu olumsuz yönde etkilemektedir [133]. Bununla birlikte bulantı ve kusma, konforu olumsuz etkileyen önemli bir faktör olarak, anestezi sonrası ameliyathane bakım ünitesinde sık görülen sorunlar arasında yer almaktadır [134]. Bulantı-kusma, cerrahi hastaları tarafından en çok bildirilen ameliyat sonrası memnuniyetsizlik nedeni olabilmektedir [135]. Hasta konforunu etkileyen bulantı-kusma ise özellikle ameliyat öncesi uzun süre besin kısıtlaması uygulanan hastalar tarafından deneyimlenmektedir [24,67].

2.3.2. Ameliyat Öncesi Besin Kısıtlaması ve Konfor

Ameliyat öncesi besin kısıtlamasına yönelik kanıta dayalı yaklaşımlar, hasta memnuniyetini ve konforunu etkileyebilmektedir [136]. Bu doğrultuda ERAS Derneği, uzun süreli açlık süresinin sadece ameliyat öncesi anksiyete, açlık ve susuzluğa neden olmadığını, aynı zamanda elektif cerrahi geçiren hastaların metabolizmalarına zarar verdiğini ve ameliyat sonrası yetersiz beslenme ve stres tepkilerini artırdığını belirtmektedir. Ayrıca ameliyat öncesi karbonhidrat sıvı yüklemesinin, aç kalma süresini kısaltarak elektif cerrahi geçiren hastaların konforunu artırdığını ve ameliyat sonrası prognozu iyileştirdiğini vurgulamaktadır [137].

Ameliyat öncesi uzun süre açlık hastalarda metabolik, fizyolojik ve psikolojik konforun bozulmasına neden olan önemli faktörler arasında sıralanmaktadır. Çünkü ameliyat öncesi besin kısıtlaması süresi uzadıkça hastalar tarafında deneyimlenen açlık, susuzluk, ağız kuruluğu, baş ağrısı gibi durumların ortaya çıkması hastanın kaygı düzeyinin artmasına, dolayısıyla konforun olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir [30]. Bununla birlikte ameliyat öncesi uzun süreli açlık, hasta konforu azaltan sıkıntı, yorgunluk, sinirlilik, dehidratasyon, biyokimyasal dengesizlik ve hipoglisemi gibi tıbbi komplikasyonları da beraberinde getiren, hoş olmayan bir deneyim olabilmektedir [136].

Uzamış açlık süresinin neden olduğu olumsuz hasta deneyimleri arasında, bulantı-kusma ve ağrı gibi rahatsızlık verici duygular da yer almaktadır. Yapılan çalışma sonuçları, ameliyat öncesi açlık süresi uzayan hastaların, ameliyat sonrası daha şiddetli ağrı deneyimlediklerini ortaya koymaktadır [45,138]. Tosun ve arkadaşları (2015) ise çalışmalarında, 12 saatten fazla aç alan hastaların, ameliyat öncesi 12 saatten az aç kalan hastalara kıyasla, daha fazla açlık, susuzluk, mide bulantısı ve ağrı yaşadıklarını göstermektedir [67]. Bununla birlikte uygun aç kalma süresinin olumsuz hasta deneyimlerini azaltarak konforu artırdığı da vurgulanmaktadır [139].

Literatürde açlık süresini kısaltmak için ameliyattan 2 saat öncesine kadar özellikle karbonhidrat içerikli berrak sıvıların alınmasının güvenli olduğu belirtilmektedir [24,69,140]. Bilku ve arkadaşlarının (2014) sistematik inceleme sonuçları, ameliyattan 90 dakika öncesine kadar karbonhidrat solüsyonu tüketiminin, ameliyat sonrası hasta konforunu iyileştirebileceğini ortaya koymaktadır [160]. Literatürde yapılan birçok çalışmanın sonuçları da ameliyat öncesi açlık süresini kısaltmak amacıyla kullanılan karbonhidrat içeren sıvıların susuzluk, açlık, ağız kuruluğu, huzursuzluk, halsizlik, yorgunluk, anksiyete, bulantı-kusma ve ağrı gibi cerrahi süreçte deneyimlenen rahatsızlıkları azaltarak hasta konforunu arttırdığını göstermektedir [28,44,46,47,50]. Dolayısıyla ameliyat öncesi hemşirelik bakımı içerisinde yer alan ve iyi yönetilen açlık süresi, hasta konforunun iyileştirilmesinde önemli rol oynamaktadır [141].

2.3.3. Ameliyat Sonrası Hasta Konforunun Sağlanmasında Hemşirenin Rolü

Cerrahi süreçte; hastanın ameliyat ya da uygulanacak işlemler sırasında deneyimlediği rahatsızlıklar (ağrı, bulantı, kusma, hipotermi, anksiyete vs) hastanın konforunun bozulmasına neden olabilmektedir [142,143]. Hemşire hastanın konforunun sağlanması için perioperatif süreçte hastada rahatsızlık yaratacak durumları azaltmak ya da ortadan kaldırmak için gerekli olan tüm hemşirelik girişimlerini sağlamalıdır [142]. Cerrahi hemşireleri, hastanın konfor gereksinimlerini belirlemeli, gereksinimlerin karşılanması için gerekli olan girişimleri planlanmalı, girişimlerin başarıya ulaşması için gerekli olan etkenleri gerçekleştirmeli ve girişimleri değerlendirilmelidir [124].

Cerrahi hemşireleri, bakımda hastalarının güvenliğini ve konforunu taahhüt eden hasta savunucularıdır [118]. Konfor, hemşirelikte anahtar bir kavramdır, hemşirelik bakımının temel amacı ve hemşirelik bakımının temelidir. Paterson, Zderad, Watson, Leiniger ve

Kolcaba gibi hemşirelik teorisyenleri, konforu temel bir insan ihtiyacı, önemli bir hemşirelik sorumluluğu ve hemşirelik bakım önlemlerinin bir sonucu olarak ifade etmişlerdir [144]. Konforlu bakım ise terapötik bir hemşirelik uygulamasıdır. Her hastanın konfor ihtiyacı farklı olsa da tüm konfor boyutları birbirini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle, bireysel ihtiyaçları ve bütüncül bir yaklaşımı vurgulayan konforlu bakım, istenen bir sonucun göstergesidir [145].

Konfor sonuçları hemşirelik girişimlerinden doğrudan etkilenir [127,146-148]. Hemşire, cerrahi müdahaleye bağlı işlem sırası ve sonrasında oluşabilecek rahatsızlıkların azalmasına yönelik girişimler planlayarak, hastanın konfor seviyesinin artırılmasını sağlayabilir. Konforu bozan bu rahatsızlıklar arasında ağrı, bulantı-kusma, hipotermi, anksiyete gibi faktörler yer almaktadır [125,127,148]. Bu faktörlerin kontrol altına alınıp hasta konforunun sağlanmasında hemşire; cerrahi müdahaleye yönelik hastaların yaşadıkları sorunları (anksiyete, korku) ve konfor beklentilerini öğrenmeli, çözüm odaklı önlemler almalıdır [149]. Ayrıca ameliyat sonrası hasta konforunu bozan ağrı, bulantı ve kusma gibi sorunlara neden olabilecek risk faktörlerini belirlemeli, kanıta dayalı farmakolojik ya da non-farmakolojik yöntemleri uygulamalıdır [150]. Özellikle kanıta dayalı rehberlere göre hemşirelik bakımının uygulanması, ameliyat sonrası istenmeyen olayları azaltmakta ve hasta konforunu artırmakta önemlidir [151]. Böylece hemşireler, hastaların fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel ihtiyaçlarını değerlendirerek, sağlık durumunun zorlu bir sürecinden geçen hastanın bakım konforunu en üst düzeye çıkarmanın yollarını belirleyebilir [145]. Bu doğrultuda sunulan hemşirelik bakımı hastalarda, iyileşme sürecini hızlandırabilir ve perioperatif konforu iyileştirebilir [141].

3. BÖLÜM

MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, randomize-kontrollü deneysel desenli bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Nevşehir Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde yürütüldü. Veriler, 11 Eylül 2019- 27 Ağustos 2021 tarihleri arasında toplandı. Hastane, 441 yataklı genel hastane binası içinde toplam 27 yataklı Ortopedi ve Travmatoloji servisi ile hizmet vermektedir. Klinikte; ortopedik cerrahi konusunda deneyimli 7 uzman doktor, 1 sorumlu hemşire ve 9 klinisyen hemşire görev yapmaktadır. Klinikte ameliyat öncesi açlık yönetimi, geleneksel nil per os'' (NPO) prosedürüne göre yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Nevşehir Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde 11 Eylül 2019 ve 27 Ağustos 2021 tarihleri arasında elektif Kalça Atroplastisi uygulanan 99 hasta oluşturdu. Çalışmaya başlamadan önce örneklem büyüklüğü G*Power (Version 3.1.9.4) yazılımı kullanılarak hesaplandı. Benzer bir çalışmanın [152] anksiyete düzeyine göre yapılan değerlendirmede; Δ :0.84, SS:5 (Δ : Etki büyüklüğü; SS: Standart Sapma) olarak alındığında, örneklem büyüklüğü %80 (β =0.20) güven aralığı ve %5 (α =0.05) hata payı ile her bir grup için **minimum 24** olmak üzere **toplam 48** olarak saptandı.

Çalışmanın yapıldığı dönemde araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan 58 hasta ile çalışma yürütüldü. Hastaların 28'i müdahale, 30'u kontrol grubunu oluşturdu. Veri toplama sürecinde, müdahale grubunda 1, kontrol grubunda 2 hastanın ameliyat sonrası yoğun bakım kliniğine transfer edilmesi; müdahale grubunda 2, kontrol grubunda 2 hastanın ameliyat sonrası ölçüm araçlarına cevap vermek istememesi; kontrol grubunda 1 hastanın ameliyata gönderilmeden önce sıvı alması nedeniyle 8 hasta araştırma dışı bırakıldı. Araştırma, 25 müdahale grubu ve 25 kontrol grubu olmak üzere toplam 50 hasta ile tamamlandı.

3.3.1. Araştırmaya Alınma ve Araştırma Dışı Bırakılma Kriterleri

Araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünüldüğünden literatür doğrultusunda çalışmaya dahil edilme ve dışlanma ölçütleri belirlendi [3,5,7,18,21,26,34,37,38,40,42, 44-46,50,152-154].

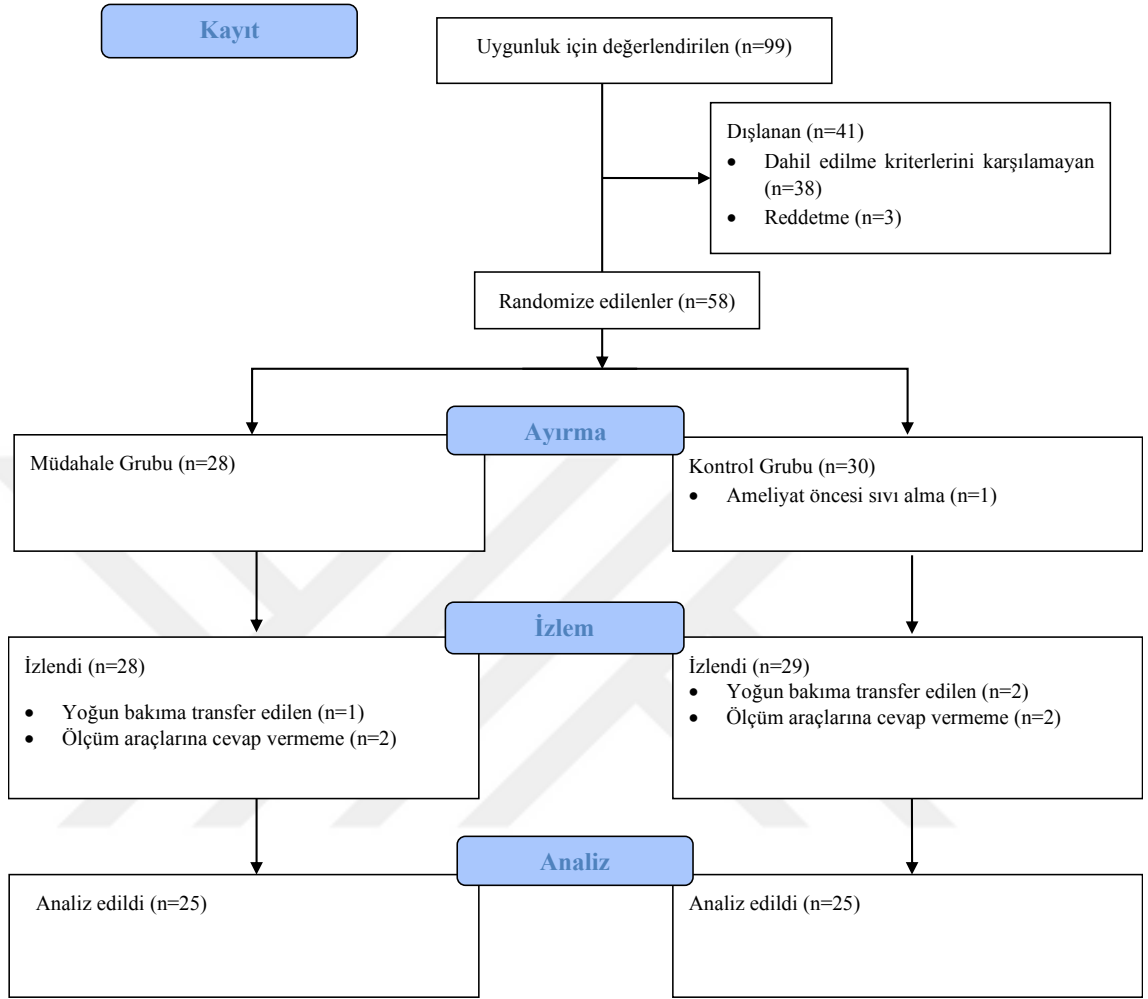
Araştırmaya alınma kriterleri:

- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- ✓ Kalça protezi ameliyatı planlanmış olan,
- ✓ 18 yaş ve üzerinde olan,
- ✓ ASA I ve II grubunda olan,
- ✓ İlk kez kalça protezi cerrahisi uygulanan
- ✓ Spinal Anestezi uygulanan hastalar alınma kriterlerini oluşturdu.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- ✓ Diabetes mellitus tanısı olan,
- ✓ Acil olarak alınan hasta grubunda bulunan,
- ✓ Gastroözofagial reflüsü bulunan,
- ✓ Özofagus hastalığı olan (Hiatus herni, özafagit, akalazyza...)
- ✓ Endokrin problemi olan,
- ✓ İleus tanısı bulunan,
- ✓ Plor stenozu olan,
- ✓ ASA III ve IV grubu olan,
- ✓ Cerrahi girişim öncesi intravenöz sıvı uygulanan,
- ✓ Kan glikoz düzeyini etkileyecek ilaç kullanan,
- ✓ Daha önce kalça artroplasti cerrahisi geçiren,
- ✓ Beden kitle indeksi 35kg/m² üzeri olan,
- ✓ Psikiyatrik/nörolojik tanısını bulunan ve genel durumu kötü olan,
- ✓ Ameliyat öncesi dönemde her türlü sıvı ve kan desteğine ihtiyaç duyan,
- ✓ Alkol veya sigara kullanan

- ✓ Genel Anestezi uygulanan hastalar araştırma kapsamına alınmadı.



Şekil 3.1. Araştırma Akış Şeması-CONSORT [155,156].

3.3.2. Randomizasyon ve Körleme

Çalışmanın randomizasyonu kapalı zarf usulü ile yapıldı. Zarflar çalışmaya dâhil olmayan başka bir kişi tarafından hazırlandı. Zarflar birbirinin aynısı ve her biri ardışık olarak numaralandırıldı. Hastanın çalışmaya alınma kriterleri değerlendirildikten sonra, onam formu dolduruldu ve her hasta için bir zarf açıldı. Zarfların, çalışmaya dahil olmayan başka bir kişi tarafından açılması sağlandı ve katılımcı körlemesi yapıldı. Araştırmanın yürütüldüğü hastanede, izin prosedürleri doğrultusunda belirtilen ve taahhüt edilen, çalışmanın araştırmacı tarafından yürütülmesi gerekliliği nedeniyle müdahale grubu hastalara OKS verilmesi ve ölçüm araçlarının uygulanması araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmacı ve uygulama körlemesi yapılamadı. Verilerin toplanması tamamlandıktan sonra müdahale ve kontrol grubunda bulunan hasta verileri SPSS

programına grup 1 ve 2 şeklinde kodlandı ve istatistik danışmanına bilgi verilmeyerek sonuç değerlendirme körlemesi yapıldı.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında “Tanıtıcı Özellikler Formu” (EK-1), “Vizüel Analog Skala-(VAS)” (EK-2), “Spielberg Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği” (EK-3), “Fizyolojik Parametreler ve Kan Şekeri Takip Formu (EK-4)” ve “Kalça Protezi Sonrası Konfor Ölçeği (KPSKÖ)” (EK-5) kullanıldı.

Tanıtıcı Özellikler Formu

Tanıtıcı özellikler formu; hastaların sosyodemografik ve tıbbi öyküsünü belirlemek üzere araştırmacı tarafından hazırlanan ve iki bölümden oluşan bir formdur. Formun birinci bölümünde; cinsiyet, yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi (BKİ), medeni durumu, çocuk sahibi olma, eğitim, meslek ve sosyal güvence olmak üzere 10 soru bulunmaktadır. Kronik hastalık bulunma durumu, alerji öyküsü, American Society of Anesthesiologists (ASA) skoru, daha önce ameliyat olma öyküsü, cerrahi uygulanma nedeni, cerrahi operasyon süresi, ameliyat komplikasyon öyküsü ve hastanede yatış süresi gibi hastaların tıbbi özelliklerini belirlemeye yönelik 8 soru formun ikinci bölümünü oluşturmaktadır (EK-1)

Vizüel Analog Skala

Cline ve arkadaşları [157] tarafından geliştirilen ve 10 cm uzunluğunda yatay bir çizgiden oluşan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eti Aslan tarafından yapılmıştır [158]. VAS değeri skalanın en sol ucu ile işaretlenen nokta arasındaki uzaklığın ölçülmesiyle belirlenmektedir. Ölçek; ağrı, anksiyete, açlık, susuzluk, bulantı ve kusma gibi parametrelerin değerlendirmesinde kullanılabilir. Değerler 0 ile 10 arasında değişmektedir ve yüksek belirlenen değerler, değerlendirilen parametrelerin şiddetinin arttığını göstermektedir (EK-2)

Spielberg Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilen ve Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılan ölçek [159,160] hastalarda durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçmektedir. Dörtlü likert özellikte olan ölçekte, ifade edilen kaygının yoğunluğunu belirlemek amacı ile “hiç” “biraz” “çok” “tamamıyla” seçenekleri bulunmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişmektedir. Yüksek alınan puanlar yüksek kaygı seviyesini, düşük puanlar düşük kaygı seviyesini göstermektedir.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nde (STAI) doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları göstermektedir. Durumluk kaygı ölçeğindeki (STAI-S) tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Madde, Sürekli Kaygı Ölçeğindeki (STAI-T) tersine dönmüş ifadeler ise, 21, 26, 27,30, 33, 36 ve 39. maddelerden oluşmaktadır. Ölçek hesaplamasında, doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları belirlenir ve doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden belirlenmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. STAI-S için bu değişmeyen değer 50, STAI-T için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanını göstermektedir. STAI-S, ani değişim gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. STAI-T ise genelde, yaşama eğilimi gösterilen kaygının sürekliliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. (EK-3).

Fizyolojik Parametreler ve Kan Şekeri Takip Formu

Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hastanın 'sistolik/ diyastolik kan basıncı, nabız sayısı, solunum sayısı, vücut sıcaklığı, periferik oksijen saturasyon ve kan şekeri' durumunun kaydedildiği formdur (EK -4).

Kalça Protezi Sonrası Konfor Ölçeği

Kalça protezi konfor ölçeği; kalça protezi uygulanan hastaların konfor düzeyini belirlemek üzere 2017 yılında Kılıç ve Taştan tarafından geliştirilmiştir [3]. Kalça protezi ameliyatı olmuş hastalara hastane döneminde uygulanan ölçek, toplam 26 maddeden oluşmakta ve 5'li likert (Kesinlikle katılıyorum=5, Katılıyorum=4,

Kararsızım=3, Katılmıyorum=2 ve Kesinlikle katılmıyorum=1) tipi şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçekte 17 olumlu, 9 olumsuz ifade içeren madde bulunmaktadır. Puanlamada, olumlu maddeler (1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 26) için puanlama 5'den 1'e doğru yapılmaktadır. Olumsuz ifadeler içeren maddeler (3, 4, 11, 12, 20, 21, 22, 24, 25) ters puanlanmaktadır (1'den 5'e doğru). Ölçek puanlamasının hesaplanmasında toplam puan ortalaması kullanılmaktadır. Ölçekte yer alan her bir maddenin puanlarının toplamının 26'ya bölünmesi ile elde edilmektedir. Toplam ölçek için yüksek puan ortalaması kalça protezi sonrası konforun yüksek olduğunu, düşük puan ortalaması ise kalça protezi sonrası konforun düşük olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan en yüksek puan ortalaması 5, en düşük puan ortalaması 1'dir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.758 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.939 olarak belirlendi (EK-5).

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Hastaların tanımlayıcı özellikleri, STAI, VAS ve KPSKÖ'ne yönelik veriler, hasta odasında ve ameliyathane uyandırma ünitesinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ve hasta dosyasından alınarak kaydedildi.

Tanışma, çalışma hakkında bilgilendirme, bilgilendirilmiş gönüllü iznin yazılı alınması, randomizasyon, hasta tanıtıcı özellikleri formu ameliyattan bir gün önce öğleden sonra uygulandı. Ayrıca ameliyat öncesi gece 22:00'da STAI ve hastalar cerrahi işlem için ameliyathaneye gönderilmeden hemen önce STAI-S ile anksiyeteleri değerlendirildi. Anksiyete göstergeleri olan Sistolik/Diyastolik Kan Basıncı, Nabız, Vücut Sıcaklığı, Solunum Hızı ve Saturasyon fizyolojik parametreleri ile hastanın Kan Şekeri ölçüldü ve kayıt edildi.

Ameliyat öncesi verilen OKS'nin ameliyat sonrası erken dönem hasta konforuna etkisini değerlendirmeye yönelik yapılan çalışmalarda; hasta konforunu gösteren semptomların, ameliyat sonrası 0. saatten 24. saate kadar farklı saatlerde değerlendirilmiştir [28,45,67,89]. Ameliyat sonrası bulantı- kusma gibi hasta konforunu etkileyen semptomların genel olarak ameliyattan sonraki ilk 2 ile 6 saat içinde görüldüğü belirtilmektedir [161]. Yavaşçaoğlu ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan retrospektif çalışmada ise anestezi sonrası hasta konforunu etkileyen ağrı ve bulantı kusma gibi semptomların sıklıkla ameliyat sonrası 12. saatte görüldüğü

saptanmıştır [162]. Literatür bilgisinden yola çıkarak ameliyat sonrası erken dönemde ağrı, susuzluk hissi, bulantı- kusma, anksiyete, açlık hissi gibi hasta konforunu etkileyen parametreler ameliyat sonrası 0. saat ameliyathane uyandırma ünitesinde; 2, 4, 6 ve 12. saatte ise ortopedi ve travmatoloji kliniğinde “VAS” ile değerlendirildi. Ameliyat süresi ve komplikasyon öyküsü hasta dosyasından alınan bilgiler dahilinde dolduruldu. Hastaların Sistolik/Diyastolik Kan Basıncı, Nabız, Vücut Sıcaklığı, Solunum Hızı ve Saturasyon fizyolojik parametreleri ile Kan Şekeri düzeyleri değerlendirilerek kayıt edildi. Hastaların konforunu değerlendirmede kullanılan “KPSKÖ” ve hastanın hastanede yatış süresi, taburcu olduğu gün kayıt edildi.

Her iki grupta da gün içerisinde sabah ve öğleden sonra, izlenecek olan parametrelerin değişim düzeyi dikkate alınarak, araştırmaya 08:00- 09:00 saatleri arasında günün ilk vakası olarak cerrahi girişime alınan ve spinal anestezi uygulanan hastalar alındı. Spinal anestezi olarak tüm hastalara Bupivarin (15 mcgr) ve sedasyon için Dormicum (0.1mg/kg), ameliyat esnasında 1000 cc kristaloid (%0.9 Serum Fizyolojik) ve 500 cc kolloid (Voluven) sıvıları uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol grubunda bulunan tüm hastalara ameliyat sonrası 1000 cc kristaloid (%0.9 Serum Fizyolojik) verildi. Ayrıca tüm hastalar ameliyat sonrası 4. saat ölçümler yapıldıktan sonra R1, 6. saat ölçümlerden sonra ise R2 diyet aldı. Araştırmanın yürütüldüğü hastanede tüm hastalara ameliyat sonrası aynı saatte ağrı kontrolü için ameliyat sonrası 2 doz İntravenöz (IV) parasetamol (2x500mg Parol) ve bir doz IV opioid (1x100mg Contramal) uygulandı. Ameliyat sonrası bulantı-kusma kontrolü için araştırmaya katılan hiçbir hastaya antiemetik uygulanmadı.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Cerrahi ekibi üyeleri (ortopedi uzmanı, anestezi uzmanı) ile çalışmanın etkili ve efektif yürütülmesi için multidisipliner iş birliği sağlandı. OKS verilen hastaların alınma kriterlerine göre değerlendirilmesinde, ortopedi ve travmatoloji uzmanı ile anestezi uzmanından destek alındı. Ayrıca hastalara verilen OKS içeriğinin hazırlanması ve değerlendirilmesinde eczacı ile iş birliği çerçevesinde çalışma yürütüldü.

3.6.1. Oral Karbonhidrat Solüsyonu Uygulaması

Müdahale grubundaki hastalara; %12,5 glikoz içeren ve eczacı tarafından hazırlanan OKS 10 dakika içerisinde içirildi. Literatürde OKS solüsyonunun, 90 dakika içinde mideden geçebildiği bildirilmektedir [7,37,152]. Kalça protezi uygulanan hastalarda yapılan bir çalışmada; cerrahi hastalara 400 ml karbonhidrat bakımından zengin (%12,5 karbonhidrat) sıvı verilmiş ve mide boşalma süresinin minimum 39, maksimum 82 dakika olduğu belirlenmiştir [163]. ERAS protokollerinde belirtilen ise cerrahi işlemden 2 saat öncesine kadar karbonhidrattan zengin sıvının hastaya verilebileceği yönündedir [17,164]. Literatürde OKS solüsyonunun gece 24:00'da 800 ml ve ameliyattan 2 saat önce 400 ml verilmesinin hasta konforu üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir [7,21,34,37,46,152]. Bu bilgiler ışığında OKS, müdahale grubuna cerrahi girişimden önceki gece saat 24:00'da 800 ml ve girişimden 2 saat önce 400 ml olacak şekilde 2 kez oral yolla verildi.

Cerrahi girişimden önceki gece kontrol grubunda bulunan hastalara saat 24:00'de isterlerse meyve suyu/su alabilecekleri belirtilerek 10 dk beklendi. Bu saatten sonra hastalara yiyecek/su alınmaması konusunda bilgi verilerek kısıtlama süreci başlatıldı. Müdahale grubundaki hastalara uygulanan anksiyete ve konfora yönelik değerlendirmelerin tümü kontrol grubundaki hastalara da aynı saatlerde uygulandı. Cerrahi girişim öncesi her iki grupta bulunan hastalara IV sıvı tedavisi uygulanmadı.

Çalışmada; OKS uygulama / 10 dk bekleme, ameliyat öncesi ve sonrası ölçüm araçlarını uygulama işlemlerinden oluşan veri toplama sürecine, yaklaşık 130 dk zaman ayrıldı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verileri değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilks testi ile değerlendirildi ve niceliksel verilerin normal dağılıma uygun olmadığı saptandı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (Ortalama, Standart sapma, Frekans) yanı sıra niceliksel verilerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Grup içi ölçümler arası değişkenlerin karşılaştırılmasında Friedman testi, grup içinde farkın hangi gruptan kaynaklandığı

Tukey testi ile belirlendi. Niteliksel verilerin karşılaştırılması ise Ki-Kare testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Kesin Ki-Kare testi ile test edildi. Sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, ‘Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi’ Etik Kurul Başkanlığı’ndan onay (Karar sayısı:17542, Tarih:23.07.2019) ve araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin (Karar sayısı: 55831188-020; Tarih: 03.09.2019) alındı. Araştırma kapsamına alınan hastalardan sözel ve yazılı izin alındı. Çalışmanın Clinical Trials kaydı yapıldı (NCT05134207).

3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Kalça artroplastisi uygulanan hastalarda OKS’nin ameliyat öncesi anksiyete ve ameliyat sonrası konfor düzeyine etkisini araştıran ilk çalışma olması çalışmanın güçlü yönüdür. Ayrıca araştırmada, hastaların konfor düzeyinin kalça protezine özgü bir ölçek ile değerlendirilmesi ve çift kör (katılımcı körlemesi ve sonuç değerlendirme körlemesi) randomizasyon bir araştırma olması çalışmanın gücünü artırmaktadır. Bu çalışmanın dikkate alınması gereken bazı sınırlılıkları vardır. Hastalarda ağrı, açlık, susuzluk ve bulantı-kusma gibi subjektif semptomların değerlendirilmesi tek boyutlu bir ölçek olan VAS ile değerlendirilmiştir. Her ne kadar fizyolojik ölçümler yapılarak objektif sonuçlar yansıtılmaya çalışılsa da perioperatif süreçte OKS dışında hastaların deneyimledikleri ve hasta konforunu etkileyen farklı fiziksel, çevresel, psikospiritüel ve sosyokültürel parametreler olabilir. Çalışma sonuçları değerlendirilirken bu durum göz ardı edilmemelidir. Çalışma yapılırken araştırmacı körlemesi yapılamaması da araştırmanın sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır. Ek olarak, araştırmadan elde edilen bulgular araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalara genellenebilir.

ARAŞTIRMA UYGULAMA PLANI

Çalışmanın Amacı: KA uygulanan hastalarda ameliyat öncesi verilen OKS'nin anksiyete ve hasta konforu üzerine etkisini belirlemek.	
Çalışmanın Tipi: Randomize, kontrollü, deneysel desenli bir çalışma	
Çalışmanın Örneklemi: Daha önce kalça protezi deneyimi olmayan ilk kez kalça protezi uygulanan ve spinal anestezi alan hastalar	
Veri Toplama Araçları 1- Tanıtıcı Özellikler Formu 2- Görsel Kıyaslama Ölçeği 3- Spielberg Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği 4-Fizyolojik Parametreler ve Kan Şekeri Takip Formu 5- Kalça Protezi Sonrası Konfor Ölçeği	Hemşirelik Girişimleri Oral karbonhidrat solüsyonunun verilmesi (müdahale grubuna cerrahi girişimden önceki gece saat 24:00'da 800 ml ve girişimden 2 saat önce 400 ml)
Verilerin Toplanması Tüm hastalarda cerrahi girişime sabah 08:00- 09:00 saatleri arasında başlandı. Hastaların tanımlayıcı özellikleri, STAI, VAS ve KPSKÖ'ne yönelik veriler, hasta odasında ve ameliyathane uyandırma ünitesinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ve hasta dosyasından alınarak kaydedildi.	
Müdahale ve Kontrol grubunda Veri Toplama Aşamaları	
Müdahale Grubunda Veri Toplama <ul style="list-style-type: none">Hastalar ile ameliyattan önceki gün görüşülerek tanışma, çalışma hakkında bilgilendirme, bilgilendirilmiş gönüllü izinin yazılı alınması, randomizasyon, tanıtıcı özellikler formunun I. Bölümü ve tıbbi özellikler formun A bölümü değerlendirildiCerrahi girişim öncesi gece 22:00'da STAI uygulandı, fizyolojik parametreler ve kan şekeri değeri kayıt edildi.Cerrahi girişimden önceki gece saat 24:00'da 800 ml OKS içirildi.Cerrahi girişimden 2 saat önce 400 ml OKS içirildi.Ameliyathaneye gönderilmeden hemen önce STAI-S ile anksiyeteleri değerlendirilip fizyolojik parametreleri ve kan şekeri değerleri kayıt edildi.Cerrahi girişimin 0, 2, 4, 6 ve 12. saatte VAS ile erken dönem hasta konforu değerlendirilerek, fizyolojik parametreleri ve kan şekeri değerleri kayıt edildi.Ameliyat sonrası hasta kliniğe geldiğinde tıbbi özellikler formunun B bölümü kayıt edildi.Taburculuk gününde KPSKÖ anketi uygulanarak, hastaların hastanede yatış süresi kaydedildi.	Kontrol Grubu Veri Toplama <ul style="list-style-type: none">Hastalar ile ameliyattan önceki gün görüşülerek tanışma, çalışma hakkında bilgilendirme, bilgilendirilmiş gönüllü izinin yazılı alınması, randomizasyon, tanıtıcı özellikler formunun I. Bölümü ve tıbbi özellikler formun A bölümü değerlendirildi.Cerrahi girişim öncesi gece 22:00'da STAI uygulandı, fizyolojik parametreler ve kan şekeri değeri kayıt edildi.Cerrahi girişimden önceki gece saat 24:00'da hasta da katı ve sıvı gıda kısıtlaması uygulandıAmeliyathaneye gönderilmeden hemen önce STAI-S ile anksiyeteleri değerlendirilip fizyolojik parametreleri ve kan şekeri değerleri kayıt edildi.Cerrahi girişimin 0, 2, 4, 6 ve 12. saatte VAS ile erken dönem hasta konforu değerlendirilerek, fizyolojik parametreleri ve kan şekeri değerleri kayıt edildi.Ameliyat sonrası hasta kliniğe geldiğinde tıbbi özellikler formunun B bölümü kayıt edildi.Taburculuk gününde KPSKÖ anketi uygulanarak, hastaların hastanede yatış süresi kaydedildi..
Müdahale ve kontrol grubundan elde edilen veriler değerlendirildi.	

Şekil 3.2. Araştırma Planı

4. BÖLÜM

BULGULAR

Kalça atroplastisi uygulanan hastalarda ameliyat öncesi verilen OKS'nin anksiyete ve hasta konforu üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma bulguları, aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler		Müdahale		Kontrol		Test	P ¹ değeri
		X	SS	X	SS		
Yaş		59.24	15.241	64.40	15.414	-1.190	0.240
BKİ		27.75	4.147	28.29	4.795	-0.426	0.672
		N=25	%	N=25	%	Test	P ² değeri
Yaş Grupları	50 yaş altı	5	20.0	3	12.0	2.054	0.358
	50-60 yaş	8	32.0	5	20.0		
	60 yaş ve üzeri	12	48.0	17	68.0		
Cinsiyet	Kadın	17	68.0	17	68.0	0.000	1.000
	Erkek	8	32.0	8	32.0		
Medeni Durum	Evli	19	76.0	19	76.0	0.000	1.000
	Bekâr	6	24.0	6	24.0		
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	24	96.0	24	96.0	0.000	1.000
	Yok	1	13.3	1	16.7		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	1	4.0	5	20.0	5.067	0.167
	Okuryazar	2	8.0	4	16.0		
	İlköğretim	21	84.0	14	76.0		
	Ortaöğretim	1	4.0	2	8.0		
Meslek	Ev hanımı	16	64.0	17	68.0	1.864	0.761
	Çiftçi	3	12.0	5	20.0		
	Emekli	1	4.0	1	4.0		
	Memur	3	12.0	1	4.0		
	Serbest meslek	2	8.0	1	4.0		
Sosyal Güvence	Var	22	88.0	24	96.0	1.867	0.297
	Yok	3	12.0	1	4.0		
Kronik Hastalık Varlığı	Var (Hipertansiyon)	8	32	12	48	6.291	0.279
	Yok	17	68	13	52		

¹Student-t testi; ²Ki-Kare testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Kesin Ki-Kare testi; BKİ=Bedensel Kitle İndeksi; X: Ortalama; SS: Standart Sapma

Müdahale ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında (Tablo 4.1) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı; grupların bu özellikler açısından benzer özellik gösterdiği tespit edildi ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubunun Cerrahi Girişim ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması

Cerrahi girişim ile ilgili özellikler		Müdahale		Kontrol		Test	P ¹ Değeri
		X	SS	X	SS		
Operasyonda Kalma Süresi (Dakika)		109.79	32.487	122.83	38.882	-1.261	0.214
Hastanede Yatış Süresi (Gün)		5.76	2.047	6.04	1.39	-0.565	0.575
		N=25		N=25		Test	P ² Değeri
			%		%		
Alerji Öyküsü	Evet	4	16.0	2	8.0	0.758	0.384
	Hayır	21	84.0	23	92.0		
ASA Sınıflaması	ASA 1	4	16.0	3	12.0	0.166	0.684
	ASA 2	21	84.0	22	88.0		
Ameliyat Öyküsü	Var	18	72.0	14	56.0	1.389	0.239
	Yok	7	28.0	11	44.0		
Artroplasti Uygulanma Nedeni	Fraktür	11	44	11	44	0.000	1.000
	Koksartroz	14	56	14	56		
Ameliyat Komplikasyon Öyküsü	Var	0	-	0	-	-	-
	Yok	25	100	25	100		

¹Student-t testi ²Ki-Kare testi, X: Ortalama; SS: Standart Sapma; ASA: Amerikan Anestezi Birliği (American Society of Anaesthesiologists)

Müdahale ve kontrol gruplarının cerrahi işlem ile ilgili özellikleri karşılaştırıldığında (Tablo 4.2) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı; grupların bu özellikler açısından benzer özellik gösterdiği belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Ameliyat Öncesi Ölçüm Zamanlarına Göre Sürekli ve Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-T)	Müdahale (N=25)		Kontrol (N=25)		Test	P ¹ Değeri
	X	SS	X	SS		
Ameliyattan öncesi gece saat 22.00	54.52	5.709	54.48	8.80	Z=-0.019	p=0.985
Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-S)						
Ameliyattan öncesi gece saat 22.00	40.6	9.74	42.52	6.13	Z=-1.030	p=0.303
Ameliyata gönderilmeden hemen önce	36.12	9.02	42.12	6.83	Z=-2.158	p=0.031
Test	$\chi^2= 3.733$		$\chi^2=1.333$			
P² Değeri	p=0.001		p=0.195			

¹Mann Whitney U Test, ²Eşleştirilmiş Örneklem t – Testi; X: Ortalama; SS: Standart Sapma; p<0.05

Gruplar arası sürekli ve durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 3); ameliyattan öncesi gece 22.00’da ölçülen sürekli ve durumluk kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0.05). Ameliyata gönderilmeden hemen önce müdahale grubunda bulunan hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları kontrol grubunda bulunan hastalara göre daha düşüktü. Durumluk kaygı puan ortalamalarının grup içi değerlendirmesinde; müdahale grubunda bulunan hastaların iki ölçüm zamanında da grup içi kaygı puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05). Kontrol grubunun iki ölçüm zamanı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p> 0.05).

Tablo 4.4. Hastaların Her Bir Ölçüm Zamanına Göre Gruplar Arası ve Grup İçi Ameliyat Sonrası Ağrı ve Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanları	Konfor Parametreleri									
	Ağrı					Anksiyete				
	Müdahale		Kontrol		Test ve P Değeri*	Müdahale		Kontrol		Test ve P ¹ Değeri*
	X	SS	X	SS		X	SS	X	SS	
Ameliyattan Hemen Sonra	2.00	2.62	3.48	3.85	Z=-1.051 p=0.293	2.88	3.65	4.12	3.67	Z=-1.129 p=0.259
Ameliyattan Sonra 2. Saat	4.28	3.76	6.52	2.97	Z=-2.150 p=0.032	1.56	2.56	4.56	3.63	Z=-3.109 p=0.002
Ameliyattan Sonra 4. Saat	5.00	3.04	7.12	2.68	Z=-2.334 p=0.020	2.02	3.49	5.36	3.63	Z=-2.952 p=0.003
Ameliyattan Sonra 6. Saat	5.20	3.04	6.36	3.41	Z=-1.340 p=0.180	1.68	3.08	5.56	4.21	Z=-3.390 p=0.001
Ameliyattan Sonra 12. Saat	3.40	2.72	6.20	3.09	Z=-3.042 p=0.002	1.08	2.06	5.52	3.85	Z=-4.179 p=0.000
Test ve P ² Değeri*	F=21.362 p=0.000		F=20.313 p=0.000			F=16.196 p=0.003		F=5.360 p=0.252		

*Sütun önemlilik değerleri gruplar arası, satır önemlilik değerleri grup içidir. ¹Mann Whitney U Test ; ²Friedman Test; X: Ortalama; SS: Standart Sapma; p<0.05

Her bir ölçüm zamanlarına göre gruplar arası ve grup içi ağrı ve anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.4'de görülmektedir.

Ağrı:

Gruplar arası ağrı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ameliyattan sonra 2., 4. ve 12. saat ölçüm zamanlarında ağrı düzeyinin, müdahale grubunda kontrol grubundan istatistiksel fark oluşturacak şekilde düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Ameliyattan hemen sonra ve ameliyattan sonra 6. saat ölçüm zamanında ise müdahale ve kontrol grubu ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). Ağrı puan ortalamalarının grup içi değerlendirmesinde; müdahale ve kontrol grubu grup içi ölçüm zamanları arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu farkın yapılan ileri analizde (Tukey) grupların her ikisinde de ağrı ortalamalarının tüm ölçüm zamanlarındaki farklılığından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4). Müdahale grubunda ameliyattan sonra 6. saat ve kontrol grubunda ameliyattan sonra 4. saat ağrı şiddeti puan ortalamaları, diğer ölçüm zamanlarındaki puan ortalamalarından daha yüksekti ($p < 0.05$).

Anksiyete:

Gruplar arası anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ameliyattan sonra 2., 4. 6. ve 12. saat ölçüm zamanlarında anksiyete düzeyinin, müdahale grubunda kontrol grubundan istatistiksel fark oluşturacak şekilde düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Ameliyattan hemen sonra müdahale ve kontrol grubu anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). Anksiyete puan ortalamalarının grup içi değerlendirmesinde; müdahale grubu ölçüm zamanları arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu farkın yapılan ileri analizde (Tukey) müdahale grubunda ameliyattan hemen sonra ölçüm zamanından kaynaklandığı saptandı. Müdahale grubunda ameliyattan sonra 12. saat anksiyete puan ortalamaları, diğer ölçüm zamanlarındaki puan ortalamalarından daha düşüktü ($p < 0.05$).

Tablo 4.5. Hataların Her Bir Ölçüm Zamanına Göre Gruplar Arası ve Grup İçi Ameliyat Sonrası Susuzluk, Açlık ve Bulantı-Kusma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanları	Konfor Parametreleri														
	Susuzluk				Test ve P ¹ Değeri*	Açlık				Test ve P ¹ Değeri*	Bulantı-Kusma				Test ve P ¹ Değeri*
	Müdahale		Kontrol			Müdahale		Kontrol			Müdahale		Kontrol		
	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	
Ameliyattan Hemen Sonra	3.56	3.92	4.56	3.76	Z=-1.084 p=0.279	3.64	3.46	5.20	3.94	Z=-1.400 p=0.162	1.88	1.87	2.28	4.08	Z=-1.423 p=0.155
Ameliyattan Sonra 2. Saat	5.40	3.80	6.52	3.49	Z=-1.135 p=0.257	2.08	2.81	4.12	4.13	Z=-1.853 p=0.064	1.36	1.93	2.72	3.12	Z=-0.956 p=0.339
Ameliyattan Sonra 4. Saat	4.60	3.73	6.32	3.60	Z=-1.688 p=0.091	2.96	3.37	5.76	3.73	Z=-2.522 p=0.012	1.52	2.23	3.64	3.71	Z=-2.111 p=0.035
Ameliyattan Sonra 6. Saat	1.84	2.71	3.44	4.02	Z=-1.396 p=0.163	1.32	2.577	4.28	3.99	Z=-2.847 p=0.004	1.20	1.93	4.00	3.79	Z=-2.718 p=0.007
Ameliyattan Sonra 12. Saat	0.28	0.89	2.24	3.51	Z=-1.968 p=0.049	0.24	1.012	2.04	2.96	Z=-2.517 p=0.012	0.40	1.00	3.52	3.16	Z=-4.020 p=0.000
Test ve P ² Değeri*	F=46.674 p=0.000		F=35.242 p=0.000			F=36.137 p=0.000		F=28.310 p=0.000			F=10.511 p=0.033		F=7.578 p=0.108		

*Sütun önemlilik değerleri gruplar arası, satır önemlilik değerleri grup içidir. ¹Mann Whitney U Test; ²Friedman Test; X: Ortalama; SS: Standart Sapma; p<0.05

Her bir ölçüm zamanlarına göre gruplar arası ve grup içi susuzluk, açlık ve bulantı-kusma puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.5’de görülmektedir.

Susuzluk:

Gruplar arası susuzluk puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ameliyattan sonra 12. saat ölçüm zamanlarında susuzluk düzeyinin, müdahale grubunda kontrol grubundan istatistiksel fark oluşturacak şekilde düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Ameliyattan hemen sonra, ameliyattan sonra 2., 4. ve 6. saat ölçüm zamanında ise müdahale ve kontrol grubu susuzluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p> 0.05$). Susuzluk puan ortalamalarının grup içi değerlendirmesinde; müdahale ve kontrol grubu grup içi ölçüm zamanları arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Her iki grupta da ilk görüşme dışında susuzluk ortalamalarının görüşmeler arası giderek azaldığı, yapılan ileri analizde (Tukey) farkın ameliyattan sonra 6. ve 12. saat ölçüm zamanlarındaki düşük belirlenen puan ortalamalarından kaynaklandığı saptandı. Her iki grubun ameliyattan sonra 2. saat susuzluk puan ortalamaları, diğer ölçüm zamanlarındaki puan ortalamalarından daha yüksekti ($p< 0.05$).

Açlık:

Gruplar arası açlık puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ameliyattan sonra 4. 6. ve 12. saat ölçüm zamanlarında açlık düzeyinin, müdahale grubunda kontrol grubundan istatistiksel fark oluşturacak şekilde düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Ameliyattan hemen sonra ve ameliyat sonrası 2. saat müdahale ve kontrol grubu açlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p> 0.05$). Açlık puan ortalamalarının grup içi değerlendirmesinde; müdahale ve kontrol grubu, grup içi ölçüm zamanları arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey) müdahale grubunda ameliyattan sonra 6. ve 12. saat ölçüm zamanlarından, kontrol grubunda ise ameliyattan sonra 12. saat ölçüm zamanından kaynaklandığı saptandı. Her iki grupta da ameliyattan sonra 12. saat açlık puan ortalamaları, diğer ölçüm zamanlarındaki puan ortalamalarından daha düşüktü ($p<0.05$).

Bulantı-kusma:

Gruplar arası bulantı-kusma puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ameliyattan sonra 4., 6. ve 12. saat ölçüm zamanlarında bulantı-kusma düzeyinin, müdahale grubunda kontrol grubundan istatistiksel fark oluşturacak şekilde düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Ameliyattan hemen sonra ve ameliyattan sonra 2. saat ölçüm zamanında ise müdahale ve kontrol grubu bulantı-kusma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p> 0.05$). Bulantı-kusma puan ortalamalarının grup içi değerlendirmesinde; müdahale grubu, grup içi ölçüm zamanları arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey) müdahale grubunda ameliyattan sonra 12. saat ölçüm zamanından kaynaklandığı saptandı. Müdahale grubunda ameliyattan sonra 12. saat bulantı-kusma puan ortalamaları, diğer ölçüm zamanlarındaki puan ortalamalarından daha düşüktü ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların Her Bir Ölçüm Zamanlarına Göre Gruplar Arası ve Grup İçi Sistolik/Diyastolik Kan Basıncı ve Nabız Değeri Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanları	Fizyolojik Parametreler														
	Sistolik Kan Basıncı				Diyastolik Kan Basıncı				Nabız						
	Müdahale		Kontrol		Test ve P ¹ Değeri*	Müdahale		Kontrol		Test ve P ¹ Değeri*	Müdahale		Kontrol		Test ve P ¹ Değeri*
	X	SS	X	SS		X	SS	X	SS		X	SS	X	SS	
Ameliyat Öncesi Gece 22.00	120.40	17.90	123.60	20.79	Z=-1.785 p=0.074	75.60	12.61	78.40	11.06	Z=-0.737 p=0.461	84.00	11.64	86.52	14.27	Z=-1.496 p=0.135
Ameliyata Gönderilmeden Hemen Önce	119.60	14.28	130.80	18.46	Z=-2.375 p=0.018	72.60	10.75	80.00	11.90	Z=-1.913 p=0.046	80.28	13.05	80.00	11.90	Z=-0.331 p=0.695
Ameliyattan Hemen Sonra	115.60	12.61	123.60	20.38	Z=-1.785 p=0.074	76.50	11.20	80.00	11.50	Z=-0.111 p=0.911	70.00	10.80	87.32	16.056	Z=-1.748 p=0.080
Ameliyattan Sonra 2. Saat	115.50	12.52	122.60	20.38	Z=-1.110 p=0.267	70.00	10.80	72.80	12.08	Z=-0.854 p=0.393	82.36	11.58	82.20	17.65	Z=-0.087 p=0.930
Ameliyattan Sonra 4. Saat	114.00	15.27	116.40	18.90	Z=-0.374 p=0.708	72.40	10.90	71.60	10.67	Z=-0.374 p=0.708	84.60	13.048	85.72	12.697	Z=-0.398 p=0.690
Ameliyattan Sonra 6. Saat	114.80	16.361	115.20	19.39	Z=-0.277 p=0.782	71.60	8.98	71.60	10.27	Z=-0.112 p=0.911	85.76	11.36	82.72	13.00	Z=-0.913 p=0.361
Ameliyattan Sonra 12. Saat	112.40	15.62	120.00	15.00	Z=-1.684 p=0.092	71.20	11.29	74.00	8.16	Z=-1.684 p=0.092	85.00	9.57	83.56	9.33	Z=-0.457 p=0.648
Test ve P ² Değeri*	F=18.064 p=0.006		F=104.686 p=0.000			F=6.417 p=0.378		F=15.211 p=0.019			F=16.033 p=0.014		F=6.095 p=0.413		

*Sütun önemlilik değerleri gruplar arası, satır önemlilik değerleri grup içidir. ¹Mann Whitney U Test; ²Friedman Test; X: Ortalama; SS: Standart Sapma; p<0.05

Her bir ölçüm zamanlarına göre gruplar arası ve grup içi sistolik/diyastolik kan basıncı ve nabız puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.6'da görülmektedir.

Sistolik/Diyastolik Kan Basıncı:

Gruplar arası sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamaları karşılaştırıldığında; ameliyata gönderilmeden hemen önce ölçüm zamanında sistolik/diyastolik kan basıncı değerlerinin, müdahale grubunda kontrol grubundan istatistiksel fark oluşturacak şekilde düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Ameliyat öncesi gece 22.00, ameliyattan sonra 2., 4., 6. ve 12. saat ölçüm zamanında ise müdahale ve kontrol grubu sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). Sistolik kan basıncı ortalamalarının grup içi değerlendirmesinde; müdahale ve kontrol grubu, grup içi ölçüm zamanları arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey), müdahale grubunda tüm ölçümlerde sistolik kan basıncı ortalamalarının ölçüm zamanları değerlerinin giderek azalmasından, kontrol grubunda ise ameliyata gönderilmeden hemen önceki ölçüm zamanında sistolik kan basıncı değerindeki yükselmeden kaynaklandığı belirlendi. Diyastolik kan basıncı ortalamalarının grup içi değerlendirmesinde; kontrol grubu, grup içi ölçüm zamanları arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey), kontrol grubunda ameliyata gönderilmeden hemen önce ve ameliyattan hemen sonra ölçüm zamanlarında ki diyastolik kan basıncı değerlerindeki yükselmeden kaynaklandığı belirlendi.

Nabız

Gruplar arası nabız sayısı ortalamaları karşılaştırıldığında; tüm ölçüm zamanlarında müdahale ve kontrol grubu nabız sayısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). Nabız sayısı ortalamalarının grup içi değerlendirmesinde; müdahale grubu, grup içi ölçüm zamanları arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey) müdahale grubunda ameliyata gönderilmeden hemen önce ve ameliyattan hemen sonra ölçüm zamanlarındaki nabız sayısının düşük olmasından kaynaklandığı saptandı.

Tablo 4.7. Hastaların Her Bir Ölçüm Zamanına Göre Gruplar Arası ve Grup İçi Solunum Sayısı, Vücut Sıcaklığı ve Oksijen Saturasyon Değeri Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanları	Fizyolojik Parametreler														
	Solunum Sayısı					Oksijen Saturasyonu					Vücut Sıcaklığı (°C)				
	Müdahale		Kontrol		Test ve P ¹ Değeri*	Müdahale		Kontrol		Test ve P ¹ Değeri*	Müdahale		Kontrol		Test ve P ¹ Değeri*
	X	SS	X	SS		X	SS	X	SS		X	SS	X	SS	
Ameliyattan Öncesi Gece 22.00	23.00	3.91	23.96	4.08	Z=-0.830 p=0.406	95.80	1.47	94.92	2.51	Z=-1.241 p=0.215	36.69	0.14	36.79	0.17	Z=-0.473 p=0.634
Ameliyata Gönderilmeden Hemen Önce	25.32	4.60	25.28	4.12	Z=-1.859 p=0.063	94.50	2.09	94.52	1.96	Z=-1.134 p=0.250	36.57	0.197	36.61	0.22	Z=-0.473 p=0.636
Ameliyattan Hemen Sonra	21.44	4.27	24.04	4.81	Z=-1.839 p=0.066	96.67	1.60	95.64	2.98	Z=-1.138 p=0.255	36.34	0.25	36.23	0.20	Z=-1.502 p=0.133
Ameliyattan Sonra 2. Saat	22.64	4.53	24.76	4.97	Z=-1.457 p=0.145	95.36	2.95	94.68	2.26	Z=-0.548 p=0.584	36.51	0.20	36.48	0.14	Z=-0.377 p=0.706
Ameliyattan Sonra 4. Saat	23.12	4.86	24.96	5.16	Z=-1.235 p=0.217	95.24	2.74	95.04	2.44	Z=-0.030 p=0.976	36.51	0.19	36.60	0.31	Z=-1.378 p=0.168
Ameliyattan Sonra 6. Saat	22.72	4.54	25.28	5.40	Z=-1.700 p=0.089	94.96	2.42	95.00	2.16	Z=-0.885 p=0.376	36.58	0.19	36.60	0.11	Z=-0.357 p=0.721
Ameliyattan Sonra 12. Saat	22.96	4.76	24.20	4.22	Z=-0.836 p=0.403	95.48	3.02	95.20	2.06	Z=-0.37 p=0.922	36.60	0.18	36.59	0.11	Z=-0.469 p=0.639
Test ve P² Değeri*	F=3.736 p=0.712		F=6.918 p=0.328			F=10.002 p=0.125		F=4.707 p=0.582			F=8.002 p=0.252		F=4.825 p=0.503		

*Sütun önemlilik değerleri gruplar arası, satır önemlilik değerleri grup içidir. ¹Mann Whitney U Test; ²Friedman Test; X: Ortalama; SS: Standart Sapma; p<0.05

Her bir ölçüm zamanlarına göre gruplar arası ve grup içi solunum sayısı, oksijen saturasyonu ve vücut sıcaklığı değerleri ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.7’de görülmektedir.

Gruplar arası ve grup içi solunum sayısı, oksijen saturasyonu ve vücut sıcaklığı değerleri ortalamaları karşılaştırıldığında; tüm ölçüm zamanlarında müdahale ve kontrol grubu solunum sayısı, oksijen saturasyonu ve vücut sıcaklığı değerleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 4.8. Hastaların Her Bir Ölçüm Zamanına Göre Gruplar Arası ve Grup İçi Kan Şekeri Düzeyi Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanları	Müdahale		Kontrol		Test P ¹ Değeri*
	X	SS	X	SS	
Ameliyattan öncesi Gece 22.00	108.28	36.44	112.20	26.820	Z=-1.398 p=0.162
Ameliyata gönderilmeden Hemen önce	115.08	33.77	131.12	30.67	Z=-2.863 p=0.004
Ameliyattan hemen sonra	97.08	15.70	121.88	27.94	Z=-3.542 p=0.000
Ameliyattan sonra 2. saat	108.96	19.20	133.52	28.34	Z=-3.079 p=0.002
Ameliyattan sonra 4. saat	127.32	31.86	143.92	35.13	Z=-1.407 p=0.159
Ameliyattan sonra 6. saat	137.72	33.70	152.76	31.14	Z=-1.727 p=0.084
Ameliyattan sonra 12. saat	128.12	35.04	145.76	43.72	Z=-4.020 p=0.000
Test ve P² Değeri*	F=36.408 p=0.000		F=40.225 p= 0.000		

*Sütun önemlilik değerleri gruplar arası, satır önemlilik değerleri grup içidir. ¹Mann Whitney U Test; ²Friedman Test; X: Ortalama; SS: Standart Sapma; $p < 0.05$

Her bir ölçüm zamanlarına göre gruplar arası ve grup içi kan şekeri değeri ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.8’de görülmektedir.

Gruplar arası kan şekeri düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ameliyat öncesi gece 22.00, ameliyat sonrası 4. ve 6. saat ölçüm zamanlarında kan şekeri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Ameliyata gönderilmeden hemen önce, ameliyattan hemen sonra ve ameliyattan sonra

2. ve 12. saat ölçüm zamanlarında, müdahale grubu kan şekeri düzeyi puan ortalamaları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak şekilde, kontrol grubundan daha düşüktü ($p<0.05$).

Kan şekeri düzeyi puan ortalamalarının grup içi değerlendirmesinde; müdahale ve kontrol grubu ölçüm zamanları arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu farkın yapılan ileri analizde (Tukey) müdahale grubunda bulunan hastalarda düşük ölçülen ameliyattan hemen sonra ölçüm zamanından, kontrol grubunda ise yüksek ölçülen ameliyat sonrası 4. ve 6. saat ölçüm zamanından kaynaklandığı saptandı. Müdahale ve kontrol grubu tüm ölçüm zamanlarında, ameliyattan sonra 6. saat kan şekeri düzeyi puan ortalamaları, diğer ölçüm zamanlarındaki puan ortalamalarından daha yüksekti ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kalça Protezi Sonrası Konfor Ölçeği	Müdahale		Kontrol		Test ve P ¹ Değeri
	X	SS	X	SS	
	3.92	0.45	3.01	0.66	Z=-4.455 p=0.000

. ¹Mann Whitney U Test; X: Ortalama; SS: Standart Sapma; $p<0.05$

Tablo 4.9'da gruplar arası kalça protezi sonrası konfor ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; müdahale grubunda bulunan hastaların konfor düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak şekilde kontrol grubunda bulunan hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Günümüzde elektif cerrahiden iki saat öncesine kadar ağızdan berrak sıvı alımının komplikasyon oranını azalttığı ve fonksiyonel iyileşmeyi sağladığı bilinmektedir. [35]. ERAS protokolleri kapsamında ameliyat öncesi döneme yönelik önerilerden biri, anesteziiden iki saat öncesine kadar oral karbonhidrat içeren sıvıların alınması ile hastalarda uzun açlık süresinin olumsuz etkilerinin azaltılmasını sağlamaktır [82,83,165,166]. Böylece hastaların cerrahi süreçte deneyimleyeceği anksiyete, bulantı-kusma, açlık, susuzluk ve ağrı gibi hasta konforunu etkileyen faktörlerin de önlenebileceği belirtilmektedir [28,35,36,38,44-46]. Bu doğrultuda araştırmada, KA öncesi verilen oral karbonhidrat solüsyonunun hastaların anksiyete ve konfor parametrelerine etkisini değerlendirmek amaçlandı. Bulgular, oral karbonhidrat solüsyonunun perioperatif anksiyete ve hasta konforu üzerinde olumlu etkisi olduğunu doğruladı.

Perioperatif dönem, çoğu cerrahi hastası için anksiyeteye neden olan olaylardan biridir. Hafif düzey anksiyete hastanın ilk cerrahi deneyimi için, öngörülemeyen ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden koşullara karşı beklenen bir tepkidir [96]. Ancak çalışmalar cerrahi hastalarının büyük bir bölümünün yüksek düzeyde anksiyete yaşadığını ve bunun cerrahi hastalarının %60-80'ini etkilediğini bildirmektedir [113,167,168]. Ameliyatlara geciktğinde ise hastalarda artan açlık ve susuzluk nedeniyle anksiyete düzeyi artış gösterebilmektedir. Özellikle deneyimlenen bu anksiyetenin hastaların yarısından fazlasında durumluk anksiyetesi olduğu belirtilmektedir. Ameliyat öncesi 12 saatten fazla açlık kısıtlaması uygulanan hastaların durumluk anksiyetesi, 12 saatten daha az süreyle aç kalan veya sıvı kısıtlaması uygulayan hastalardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir [67]. Elektif cerrahi öncesi gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey almamak yerine karbonhidrattan zengin oral sıvıların verilmesi hastalarda, anksiyeteyi azaltması nedeniyle önerilmektedir [154]. Nitekim elektif kalça artroplastisi cerrahisi uygulanan hastalar ile yapılan bu araştırma sonuçları, ameliyat öncesi OKS verilerek açlık süresi kısaltılan müdahale grubu hastaların durumluk anksiyete düzeylerinin, sıvı kısıtlaması uygulanan kontrol grubu hastalarına göre daha düşük olduğunu gösterdi. Ayrıca OKS verilen müdahale grubu hastaların gece ölçülen

anksiyete düzeylerinin, ameliyata gönderilemeden hemen önce düşüş gösterdiği belirlendi (Tablo 4.3). Ameliyat sonrası multidisipliner bir yaklaşım olan ERAS protokollerinde uygulanması tavsiye edilen ameliyat öncesi OKS, perioperatif konforu ve ameliyat sonrası hasta iyileşme kalitesini artırmak için farklı cerrahi müdahalelerde kullanılmıştır [82,83,165,166]. Yapılan birçok çalışma benzer şekilde ameliyat öncesi OKS'nin hasta anksiyete düzeylerinde azalma yönünde olumlu etkisi olduğunu ortaya koymuştur [89,152,169]. Çalışma sonuçları, ameliyat öncesi sıvı kısıtlaması ile ilgili kanıta dayalı bilgilerin cerrahi hemşireleri tarafından ekip iş birliği içerisinde uygulanmasının, hasta iyilik halinin sürdürülmesi ile birlikte psikolojik konforu olumlu yönde etkileyeceğini göstermesi açısından önemlidir.

Anksiyete, cerrahi hastalarında psikospiritüel konforu azaltan en önemli faktördür [125,129]. Bunun yanı sıra ameliyat öncesi anksiyetenin, postoperatif ağrı şiddetini arttırdığı [170], ağrının ise cerrahi hastalarda konforu azaltan en önemli faktör olduğu belirtilmektedir [126]. Özellikle ağrıya bağlı şikâyetlerin çoğu ortopedik cerrahi uygulanan hastalar tarafından bildirilmekte ve bu hastaların %98.40'ı cerrahi süreçte postoperatif ağrı deneyimleyebilmektedir. Hastanın kişilik özellikleri, ameliyatın türü, kapsamı, yeri ve ilişkili hastalıklar gibi birçok faktör cerrahi ağrıyı etkileyebilmektedir. Ayrıca ağrı şiddeti, ameliyat öncesi açlık süresinin uzaması ile ilişkilendirilmekte, açlık sürecini kısaltmak için OKS verilen hastalarda, ağrı şiddetinin daha düşük olduğu belirtilmektedir [45]. Bu araştırma sonuçları, ameliyat öncesi OKS verilen hastalarda, ameliyat sonrası 2., 4. ve 12. saat ağrı şiddetinin, kontrol grubu hastalarına göre daha düşük olduğunu doğrulamaktadır (Tablo 4.3). Ameliyat öncesi OKS'nin ağrı şiddeti üzerine etkisi kolesistektomi [138], troidektomi [154], total diz protezi [46] ve kalça protezi [44,46] gibi cerrahi işlem geçiren hastalarda değerlendirilmiş ve ağrı şiddetinin azaltılmasına katkı sağladığı yönünde kanıtlar literatüre eklenmiştir. Torabikhah ve arkadaşlarının (2021) ortopedik cerrahi hastaları ile yaptığı çalışma sonuçları, OKS alan hastaların ameliyat sonrası 2, 4, 6, 12 ve 24 saat ağrı şiddetinin daha düşük ve analjezik kullanımının önemli ölçüde azalmış olduğunu göstermiştir [45]. Total kalça protezi ile yapılan bir başka çalışma sonucu ise ameliyattan sonra 12, 16 ve 20. saatlerde OKS grubunda ağrı şiddetinin daha düşük olduğunu ortaya koymuştur [44]. Ancak her ne kadar bu araştırma ile birlikte ortopedik cerrahi hastaları ile yapılan çalışma sonuçları, OKS'nin ameliyat sonrası ağrı şiddeti üzerinde etkisi olduğunu gösterse de çelişkili

sonuçlar olduğu gerçeğini göz ardı etmemek gerekir. Çünkü Torabikhah ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında OKS alan hastaların ağrı şiddeti ameliyat sonrası 2. saat (7.19) en yüksek değeri gösterirken [45], bu çalışmada hastaların 6. saat (5.20) en şiddetli ağrı düzeyine sahip olduğu görülmektedir. (Tablo 4.4). Total kalça protezi uygulanan hasta grubu ile yapılan diğer çalışma sonuçlarında ise ameliyat sonrası 4. saat iki grup arasında ağrı şiddeti arasında fark görülmez [44] iken bu çalışmada, kontrol grubu hastalar tarafından 4. saat en yüksek ağrı şiddeti bildirilmektedir. (Tablo 4.4). Dolayısıyla çalışma sonuçları, OKS'nin ameliyat sonrası ağrı şiddeti üzerine olumlu etkisinin olabileceğini göstermek ile birlikte ağrının öznel olduğu gerçeğini de yansıtmaktadır.

Ameliyat sonrası dönemde ağrı ve anksiyete hastaların iyileşme hızını ve konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında yer almaktadır [171]. Hasta bakış açısından ise konfor kavramının ilk karşılığı ağrıdan, duygusal ve fiziksel sıkıntıdan kurtulma, rahatlama olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla hastalarda ağrı ve anksiyete gibi semptomlarının yönetimi, hasta konforunu sağlamada önemli bir adımdır [172]. Bu araştırma bulgularında da müdahale grubu hastalarda ameliyat sonrası anksiyete düzeyinin, kontrol grubuna göre düşük belirlenmesi (Tablo 4.4), OKS'nin ameliyat sonrası dönemde de anksiyete yönetimi ve hasta konforunun sağlanmasında yardımcı olabileceğini göstermektedir. Çalışma sonuçları, Ljunggren ve Hahn (2012)'nin kalça protezi uygulanan hastalar ile yaptıkları çalışmada belirttiği gibi ameliyat öncesi beslenme yönetiminin ameliyat sonrası hastalarda hem fiziksel hem de zihinsel refah gibi konfora atfedilebileceğini desteklemektedir [50]. Bununla birlikte hastaların ameliyat sonrası psikolojik konforunu etkileyen anksiyete nedenlerinin hemşire tarafından belirlenmesini önemli kılmaktadır.

Cerrahi süreçte anksiyeteye neden olan en önemli faktörlerin başında açlık ve susuzluk hissi yer almaktadır [69,152]. Susuzluk, bireyleri su alımına yönelten önemli bir faktör iken [173], açlık biyolojik olarak enerji ihtiyacının azaldığını işaret eden bir semptomdur [174]. Ameliyat öncesi uzun süreli besin kısıtlaması, hastaların bu semptomları yaşamasına zemin hazırlamaktadır [175]. Kanıt temelli öneriler doğrultusunda ameliyat öncesi açlık süresi yönetimi ile hasta konforunu olumsuz etkileyen açlık ve susuzluk semptomlarının azaltılabileceği belirtilmektedir [28,152,169]. Spinal anestezi uygulanan hastalarla yapılan bu araştırma sonuçları

göstermiştir ki, ameliyat öncesi OKS verilerek açlık süresi kısaltılan hastalar, ameliyat sonrası semptomlardan susuzluk hissini 12. saat, açlık hissini ise 4., 6. ve 12. saat daha az deneyimlemektedir (Tablo 4.5). Zang ve Ming (2020), spinal veya epidural anestezi uygulanan jinekolojik hastalarla yaptıkları çalışmada; OKS verilen hastaların ameliyat sonrası erken dönem (1., 3. ve 6. saatlerde) daha az açlık ve susuzluk hissi deneyimlediğini bildirdi [89]. Kalp cerrahisinde yapılan bir başka çalışma sonucu; OKS verilen hastaların ameliyat sonrası yoğun bakıma alındıktan hemen sonra, 6. ve 24. saatlerde açlık hissini daha az olduğunu gösterdi [176]. Wang ve arkadaşları (2019), OKS verilen hastaların extübe edildikten sonra ve kliniğe alındıktan sonra daha az açlık ve susuzluk hissettiğini bildirdi [43]. Deng ve arkadaşları (2020) kalça kırığı hastalarında ameliyat öncesi gece 400 ml ve ameliyattan üç saat önce 200 ml verilen peynir altı suyunun, ameliyat sonrası susuzluk ve açlık hissini ilk 24 saat azalttığını ortaya koydu [49]. Chada ve arkadaşları (2019), total diz protezi uygulanan ortopedi hastalarında OKS'nin ameliyat sonrası açlık ve susuzluk hissi üzerine etkili olduğunu belirledi [46]. Yıldız ve arkadaşları (2013) ise çalışmalarında, ameliyattan 2 saat sonra susuzluk ve açlık düzeylerinin OKS verilen hastalarda daha düşük olduğunu saptadı [22]. Çalışma sonuçları her ne kadar benzerlik gösterse de farklı olarak bu araştırmada, her iki hasta grubunda da 2. saat susuzluk hissi daha yüksekti (Tablo 4.5). Literatürde susuzluk hissini ameliyat olması için hastalara aç kalması gerektiği söylendiğinde tetiklendiği bilinmektedir. Ayrıca ameliyat sonrası erken dönem, hastanın uyarılarına tanımlama becerisini geri kazanması ile birlikte susuzluk semptom algısına sahip olmaya başladığı belirtilmektedir. Uyarıların yaratmış olduğu korku ve güvensizlik duyguları ise cerrahi stres, mide bulantısı ve hipoglisemi ile birleştiğinde susuzluk hissini artırdığı bildirilmektedir [177]. Nitekim bu çalışmada her iki grupta da 2. saat artış göstermeye başlayan ağrı uyarısı (Tablo 4.4), hastalarda cerrahi stresi tetikleyip, ameliyat sonrası erken dönem bulantı-kusma semptomu ile birlikte susuzluk hissini artışı ile sonuçlanmış olabilir.

Ameliyat sonrası bulantı ve kusma, anestezinin en önemli komplikasyonları arasında yer almaktadır. Alınan tüm önlemlere rağmen hastaların %20 ila %40'ı bu komplikasyonları yaşamaktadır. Bu komplikasyonlar elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, enfeksiyon ve aspirasyona da neden olabilmekte, hastanede kalış süresini uzatarak morbidite ve maliyetleri artırabilmektedir [28]. Ameliyat öncesi karbonhidrat

yüklemesinin ameliyat sonrası bulantı-kusma ile birlikte antiemetik tüketimini azalttığı belirtilmektedir. Bu durumun nedeni glikoz metabolizmasının iyileşmesi, alınan sıvıların düşük ozmolaritesi nedeniyle mide boşalmasının artması, sindirim sistemi fonksiyonunun normalleşmesi ve psikolojik stres tepkisinin hafifletilmesi olarak açıklanmaktadır [41]. KA cerrahisi geçiren hastalarla yapılan bu araştırma sonuçlarında da ameliyat sonrası 4., 6. ve 12. saatlerde bulantı ve kusma görülme oranının; aç bırakılan hastalara göre OKS verilen hastalarda daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Literatürde ameliyat öncesi OKS alımının ameliyat sonrası bulantı ve kusma üzerine etkisini değerlendiren birçok çalışma bulunmaktadır [22, 26, 28, 34, 44, 138, 154, 178, 179]. Özdemir ve arkadaşları (2011), majör cerrahiden sonraki ilk 6 saat ve minör cerrahiden sonraki ilk saatte, plasebo (su) ve kontrol gruplarındaki hastalara kıyasla OKS verilen grupta bulantı ve kusma şikâyeti olan hasta sayısının önemli ölçüde daha az olduğunu bildirmiştir. Ancak yazarlar postoperatif 12. ve 24. saatlerde anlamlı bir fark bulamamıştır [34]. Bu çalışmada ise OKS verilen hastaların ameliyattan sonra 12. saat bulantı-kusma oranı diğer ölçüm zamanlarındaki puan ortalamalarından daha düşük saptanmıştır (Tablo 4.5). Yapılan farklı çalışmalarda; plasebo grubunda ameliyat sonrası mide bulantısı durumu başlangıç seviyesine göre artış gösterirken, karbonhidratlı içecek grubundaki hastalarda 12 saat sonra mide bulantısında önemli bir azalma görülmüştür [26,138]. Çakar ve arkadaşları (2017); ameliyat sonrası aç bırakılan hasta grubunun, OKS grubuna kıyasla daha fazla kusma yaşadığını bildirmiştir [28]. Literatürde bulunan üç çalışmada ise OKS verilen hastaların bulantı hissinde hafif bir azalma olduğu belirtilmiştir [22,178,179]. Total kalça protezi uygulanan hastalarla yapılan bir başka çalışmada da ameliyat öncesi OKS verilen hastalar daha az mide bulantısı yaşadığı saptanmıştır [44]. Bununla birlikte, Yılmaz ve arkadaşları (2013), ameliyat öncesi aç bırakılan grubun aksine karbonhidrat grubunda ameliyat sonrası 24. saat bulantı-kusma ve antiemetik kullanımının azaldığını ancak anestezi sonrası bakım ünitesinde iki grup arasında fark olmadığını bildirmiştir [154]. Çalışma sonuçları, ameliyat öncesi verilen OKS'nin farklı zaman dilimlerinde bulantı kusma üzerinde etkili olabileceğini gösterse de uzun süre aç bırakılan hastaların ameliyat sonrası ilk 12 saat daha fazla bulantı-kusma semptom deneyimi yaşayabileceklerini de ortaya koymaktadır.

Ameliyat öncesi verilen OKS'nin, bazı semptomlar ile birlikte hastalarda stres reaksiyonlarının sayısını azaltabileceği belirtilmektedir [89,106]. Hastalarda cerrahi stres ile ilişkili semptomları değerlendirirken subjektif ölçümlere ek olarak kan basıncı ve kalp hızı gibi objektif parametrelerden de yararlanılması gerektiği bildirilmektedir [180]. Bu araştırmada hastaların subjektif parametrelerinin yanı sıra objektif değerlendirme içerisinde fizyolojik parametrelerin ölçümüne de yer verilmiştir. Bulgular; OKS verilen hastaların, kontrol grubunda bulunan hastalara göre kan basıncı değerlerinin (sistolik ve diyastolik) ameliyata gönderilmeden hemen önce daha düşük olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte OKS verilen hastaların, ameliyata gönderilmeden hemen önce ve ameliyattan hemen sonra nabız sayısının daha düşük değerlerde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bu araştırma sonuçlarında OKS verilen hastalarda, objektif değerlendirilen ve düşük belirlenen fizyolojik değerler, ameliyat öncesi ve sonrası bildirilen subjektif konfor parametre değerlerini (bakınız Tablo 4.3, 4.4, 4.5) desteklemektedir. Ayrıca OKS'nin, hastalarda cerrahi stres reaksiyonlarının fizyolojik yansımalarını da azaltabileceğini göstermektedir.

Cerrahi stres, ameliyat sonrası hastalarda komplikasyon gelişimine zemin hazırlayan insülin direncinin gelişmesine neden olur [181]. İnsülin direnci, katabolizma ve glukoneogenez ile ameliyat sonrası hiperglisemi gelişimine katkıda bulunur. Ameliyat sonrası hiperglisemi komplikasyonlar için önemli bir risk faktörüdür ve ameliyat öncesi açlık süresinin uzaması hastalarda hiperglisemik yanıtı daha da şiddetlendirir [182,183]. Ameliyat öncesi uzamış açlık süresi; karaciğerin insülin tepkisinin baskılanmasına, glikojen depolarının tükenmesine, lipitlerden ve proteinlerden glikoz üretilmesine neden olur. Katabolizmanın başlamasıyla birlikte hastaların kan şekeri düzeyinde artışlar gözlenir. Ameliyat öncesi OKS alımı açlığı, cerrahi stres yanıtını ve insülin direncini azalttığı için katabolizmayı baskılar ve kan şekeri düzeyindeki yükselmeler önleyebilir [48]. Bu araştırma sonuçları da OKS verilen hastaların ameliyata gönderilmeden hemen önce, ameliyattan hemen sonra ve ameliyat sonrası 2. ve 12. saat, kan şekeri düzeyinin daha düşük olduğunu göstermiştir (Tablo 4.8). Ameliyat öncesi OKS'nin kan şekeri düzeyine etkisi radikal distal gastrektomi [184], koroner arter bypass grefti [181], artroskopik cerrahi [48] ve kolorektal cerrahi [185,186] gibi cerrahi işlem uygulanan hastalarda değerlendirilmiş ve OKS verilen hastaların kan şekeri düzeyi daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmaların aksine OKS'nin

kan şekeri düzeyi üzerinde bir etkisi olmadığını gösteren araştırmalarda mevcuttur [7,16,187]. Akbuğa ve arkadaşları (2021); ortopedi hastaları ile yaptığı çalışmada, OKS alan hastaların ameliyattan bir saat sonra yapılan ölçümlerdeki kan şekeri düzeyinin ameliyattan hemen önceki ölçümlere göre belirgin düzeyde düştüğünü, kontrol grubunda ise ameliyattan bir saat sonra yapılan ölçümlerdeki kan şekeri düzeyinin ameliyattan hemen önceki ölçümlere göre belirgin düzeyde arttığını ve OKS'nin kan şekeri düzeyi üzerinde olumlu etkisi olduğunu bildirdi [48]. Araştırma sonuçları OKS'nin kan şekeri düzeyi üzerindeki olumlu katkısını gösteren çalışmaları [16,48,181,182,184-186,188] desteklemektedir. Bununla birlikte, katabolik sürecin ameliyat öncesi açlık yönetimi ile engellenebileceğini ve yara iyileşmesine katkı sağlayabileceğini de göstermektedir. Çünkü yara iyileşmesi inflamasyon aşamasının hücrel yanıtında, enerjiye ihtiyaç vardır. 6-12 saat içerisinde yara bölgesine ulaşan nötrofillerin fagozitoz yeteneği için su ve besine gerek duyulmaktadır. Artan metabolizma hızı ise su kaybını artırmaktadır. Ayrıca inflamasyon ve iyileşme için gerekli olarak artan metabolik enerji için karbonhidrat gereklidir. Karbonhidrat eksikliği varsa, vücut gerekli enerji için proteini parçalayacaktır ve gerekli olan glikozu temin etmeye çalışacaktır [62]. Bu araştırma sonuçlarında her ne kadar ameliyat sonrası OKS alan hastalarda kan şekeri değeri kontrol grubunda bulunan hastalardan daha düşük değerlerde belirlense de her iki grupta bulunan hastalar, 6. saat en yüksek kan şekeri düzeyine sahiptir. Sonuçlar, yara iyileşme sürecinde hücrel yanıtın başladığını, katabolik sürecin engellenmesi için hastalarda ameliyat sonrası su ve besin alımını azaltan bulantı-kusma ve ağrı gibi konforu etkileyen parametrelerin etkin yönetilmesi gerekliliğinin de önemini göstermektedir.

Ameliyat sonrası hastanın iyileşmesi, cerrahi olmayan çok sayıda faktörden etkilenir. Bunlar, ameliyatla ilgili anksiyeteyi, bulantı-kusmayı, ağrıyı, fiziksel aktivitede azaltmayı ve ameliyat öncesi istenmeyen uzun süreli aç kalmayı içerir [141]. Fiziksel aktivite kabiliyeti kısıtlı olan ortopedi hastalarının konforunu sağlamak ise hemşirelik bakımının temel amaçları arasında yer alır [3]. Çünkü konfor, temel insan ihtiyacıdır ve hastalar, sağlık sorunları yaşadıklarında konforlarını sağlamak için sağlık profesyonellerinden yardım beklemektedir [31,32]. Dolayısıyla iyi planlanmış bir hemşirelik bakımı, iyileşmeyi hızlandırabilir ve böylece perioperatif konforu iyileştirip, sağlık hizmetlerinde tıbbi ve ekonomik faydaya katkıda bulunan normal faaliyetlere

erken dönüş sağlayabilir. Bu amaçla çeşitli yaklaşımlar önerilmiştir. ERAS protokolleri, hastalarda iyileşme süreci ve konfor üzerinde olumlu etkileri belirtilmiş bir yaklaşım olarak sağlık profesyonellerinin uygulamasına sunulmuştur [141]. KA uygulanan ortopedi hastaları ile yapılan bu araştırmada da protokollerde belirtilen beslenme yönetimi ilkeleri doğrultusunda, müdahale grubu hastalara ameliyat öncesi gece 800 ml ve ameliyata girmeden iki saat önce 400 ml OKS verilmiş ve hasta konforu üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4. 9). Yapılan birçok çalışma sonucu, ameliyat öncesi açlık süresi yönetiminin hasta konforunu sağlamada önemli bir adım olduğunu ortaya koymuştur [22,28,44,141,152,154]. KA cerrahisi uygulanan hastalarda, hareket aktivitesi kısıtlılığında kaynaklanan kabızlık ve iştahsızlık gibi fizyolojik sorunların yanı sıra anksiyete, deliryum ve uyku bozuklukları gibi görülen psikososyal sorunlar düşünüldüğünde [3] sonuçlar, OKS'nin cerrahi süreçte hastaların fizyolojik ve psikososyal konforlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

6. BÖLÜM

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde, KA ameliyatı olmuş hastalarda ameliyat öncesi anksiyete ve ameliyat sonrası hasta konforu üzerinde OKS'nin etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda;

- ✓ Ameliyat öncesi müdahale grubu hastaların durumluk anksiyete düzeylerinin, sıvı kısıtlaması uygulanan kontrol grubu hastalara göre daha düşük olduğu belirlendi. Ayrıca müdahale grubu hastaların gece ölçülen anksiyete düzeylerinin, ameliyata gönderilemeden hemen önce düşüş gösterdiği saptandı (Tablo 4.3).
- ✓ Ameliyat sonrası 2., 4. ve 12. saat ağrı ve anksiyete düzeyi, OKS verilen müdahale grubu hastalarda daha düşüktü. Ayrıca müdahale grubu hastaların 6. saat anksiyete düzeyleri, kontrol grubu hastalara göre daha düşük olarak belirlendi. Müdahale grubunda ameliyattan sonra 6. saat ve kontrol grubunda ameliyattan sonra 4. saat ağrı şiddeti daha yüksekti. Müdahale grubu hastaların anksiyete düzeyleri ise ameliyat sonrası 12. saat diğer ölçüm zamanlarında ki değerlerden daha düşüktü (Tablo 4.4).
- ✓ Ameliyat sonrası 12. saat susuzluk, 4. 6. ve 12. saat ise açlık ve bulantı-kusma düzeyinin müdahale grubu hastalarda, kontrol grubu hastalara göre daha düşük olduğu saptandı. Susuzluk hissinin her iki grupta da ameliyat sonrası giderek azaldığı, ancak ameliyat sonrası 2. saat en yüksek değeri gösterdiği belirlendi. Her iki grupta da ameliyat sonrası 12. saat açlık ve bulantı-kusma düzeyi, diğer ölçüm zamanlarındaki değerlerden daha düşüktü (Tablo 4.5).
- ✓ OKS verilen müdahale grubu hastaların, kontrol grubunda bulunan hastalara göre kan basıncı değerlerinin (sistolik ve diyastolik) ameliyata gönderilmeden hemen önce daha düşük olduğu belirlendi. Ayrıca müdahale grubu hastaların, ameliyata gönderilmeden hemen önce ve ameliyattan hemen sonra nabız sayısının daha düşük değerlerde olduğu saptandı. Gruplar arasında solunum

sayısı, oksijen saturasyonu ve vücut sıcaklığı fizyolojik parametreleri arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo 4.6, 4.7).

- ✓ Ameliyata gönderilmeden hemen önce, ameliyattan hemen sonra, ameliyat sonrası 2. ve 12. saat, OKS verilen müdahale grubu hastaların kan şekeri düzeyleri daha düşüktü. Her iki grupta bulunan hastaların ameliyattan sonrası 6. saat kan şekeri düzeyleri diğer ölçüm değerlerinden daha yüksekti (Tablo 4.8).
- ✓ OKS verilen müdahale grubu hastaların ameliyat sonrası kalça artroplastisine özgü konfor düzeylerinin, kontrol grubunda bulunan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.9).

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar araştırmanın Kalça artroplastisi öncesi verilen oral karbonhidrat solüsyonu, ameliyat öncesi anksiyete ve ameliyat sonrası hasta konforunu etkiler şeklindeki hipotezlerini doğrulamaktadır.

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda;

- ✓ Kalça artroplastisi uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltıp, hasta konforunu olumlu etkilediği saptanan OKS'nin, ameliyat öncesi beslenme yönetiminde multidisipliner ekip iş birliği çerçevesinde hemşirelik aktiviteleri içerisinde yer alması,
- ✓ Çalışma sonuçlarının kanıt değerini güçlendirmek amacıyla ameliyat öncesi OKS ile ilgili araştırmaların sürdürülmesi,
- ✓ Ameliyat öncesi besin kısıtlamasına yönelik güncel bilgilerin klinik uygulamalara yansıtılmasında, cerrahi ekipte yer alan hemşirelerin de sorumluluk üstlenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Ferguson RJ, Palmer AJ, Taylor A, Porter ML, Malchau H, Glyn-Jones S. "Hip Replacement." *Lancet*,392(10158):1662-1671,2018.
2. Shin H-R, Park K, Seo J, An S-H, Yeom S-R, Kwon Y-D. "Acupuncture for Perioperative Care of Total Hip Arthroplasty." *Medicine (Baltimore)*, 98(15):1-4, 2019.
3. Saray Kilic H, Tastan S. "Development of Post Hip Replacement Comfort Scale." *Appl Nurs Res*, 38:169-174, 2017.
4. Şimşek Yaban Z, Karaöz S. "Total Kalça Protezi Ameliyatında Hemşirelik Bakımı." *CÜHemşirelik Yüksekokulu Derg*, 11(1):47-53, 2007.
5. Widnyana IMG, Agung Senapathi TG, Aryabiantara IW, et al. "Metabolic Stress Response Attenuate by Oral Glucose Preoperatively in Patient Underwent Major Surgery with General Anesthesia." *Int J Anesthesiol Pain Med*, 03(01):1-5, 2017.
6. Wolf AR. "Effects of Regional Analgesia on Stress Responses to Pediatric Surgery." *Pediatr Anesth*, 22(1):19-24, 2012.
7. Celiksular MC, Saracoglu A, Yentur E. "The Influence of Oral Carbohydrate Solution Intake on Stress Response before Total Hip Replacement Surgery during Epidural and General Anaesthesia." *Turk J Anaesthesiol Reanim*, 44(3):117-123, 2016.
8. Jovanovski-Srceva M, Kuzmanovska B, Mojsova M, et al. "Insulin Resistance, Glycemia and Cortisol Levels in Surgical Patients Who Had Preoperative Caloric Load with Amino Acids." *Contrib Sec Med Sci*, 36(3):61-70, 2015.
9. Juni RP, Duckers HJ, Vanhoutte PM, Virmani R, Moens AL. "Oxidative Stress and Pathological Changes After Coronary Artery Interventions." *J Am Coll Cardiol*, 61(14):1471-1481, 2013.
10. Haga Y, Wada Y, Takeuchi H, Furuya T. "Evaluation of Modified Estimation of Physiologic Ability and Surgical Stress in Patients Undergoing Surgery for Choledochocystolithiasis." *World J Surg*, 38(5):1177-1183, 2014.

11. Gül A, Işık Andsoy I, Üstündağ H, Ödül Özkaya B. "Assessment of Preoperative Fasting Time in Elective General Surgery." *J MacroTrends Heal Med*, 1(1):1-8, 2013.
12. Dolgun E, Yavuz M, Eroğlu B, Islamoğlu A. "Investigation of Preoperative Fasting Times in Children." *J PeriAnesthesia Nurs*, 32(2):121-124, 2017.
13. Dolgun E, Taşdemir N, Ter N, Yavuz M. "Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Aç Kalma Sürelerinin İncelenmesi." *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilim Tıp Derg*, 25(1):11-15, 2011.
14. Ludwig RB, Paludo J, Fernandes D, Scherer F. "Lesser Time of Preoperative Fasting and Early." *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 26(1):54-58, 2013.
15. Özgök A, Boztas N. "Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kilavuzları Preoperatif Değerlendirme." 2015.
16. Pędziwiatr M, Pisarska M, Matłok M, et al. "Randomized Clinical Trial to Compare The Effects of Preoperative Oral Carbohydrate Loading Versus Placebo on Insulin Resistance and Cortisol Level After Laparoscopic Cholecystectomy." *Polish J Surg*, 87(8):402-408, 2015.
17. Nygren J, Thacker J, Carli F, et al. "Guidelines for Perioperative Care in Elective Rectal/Pelvic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations." *World J Surg*, 37(2):285-305, 2013.
18. Tamura T, Yatabe T, Kitagawa H, Yamashita K, Hanazaki K, Yokoyama M. "Oral Carbohydrate Loading with 18% Carbohydrate Beverage Alleviates İnsulin Resistance." *Asia Pac J Clin Nutr*, 22(1):48-53, 2013.
19. Svanfeldt M, Thorell A, Hausel J, et al. "Randomized Clinical Trial of The Effect of Preoperative Oral Carbohydrate Treatment on Postoperative Whole-Body Protein and Glucose Kinetics." *Br J Surg*, 94(11):1342-1350, 2007.
20. Wang ZG, Wang Q, Wang WJ, Qin HL. "Randomized Clinical Trial to Compare The Effects of Preoperative Oral Carbohydrate Versus Placebo on İnsulin Resistance After Colorectal Surgery." *Br J Surg*, 97(3):317-327, 2010.

21. Hausel J, Nygren J, Lagerkranser M, et al. "A Carbohydrate-Rich Drink Reduces Preoperative Discomfort in Elective Surgery Patients." *Anesth Analg*, 93(5):1344-1350, 2001.
22. Yildiz H, Gunal SE, Yilmaz G, Yucel S. "Oral Carbohydrate Supplementation Reduces Preoperative Discomfort in Laparoscopic Cholecystectomy." *J Investig Surg*, 26(2):89-95, 2013.
23. Yuill KA, Richardson RA, Davidson HIM, Garden OJ, Parks RW. "The Administration of An Oral Carbohydrate-Containing Fluid Prior to Major Elective Upper-Gastrointestinal Surgery Preserves Skeletal Muscle Mass Postoperatively - A Randomised Clinical Trial." *Clin Nutr*, 24(1):32-37, 2005.
24. Amer MA, Smith MD, Herbison GP, Plank LD, McCall JL. "Network Meta-Analysis of The Effect of Preoperative Carbohydrate Loading on Recovery After Elective Surgery." *Br J Surg*, 104(3):187-197, 2017.
25. Smith MD, McCall J, Plank L, Herbison GP, Soop M, Nygren J. "Preoperative Carbohydrate Treatment for Enhancing Recovery After Elective Surgery." *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(8):1-93, 2014.
26. Sada F, Krasniqi A, Hamza A, Gecaj-Gashi A, Bicaj B, Kavaja F. "A Randomized Trial of Preoperative Oral Carbohydrates in Abdominal Surgery." *BMC Anesthesiol*, 14(93):1-7, 2014.
27. Yağcı G, Can MF. "Ameliyat Öncesi Oral Karbonhidrat Yüklemesinin Kanıta Dayalı Değeri." *Anestezi Derg*, 16(2):69-79, 2008.
28. Çakar E, Yilmaz E, Çakar E, Baydur H. "The Effect of Preoperative Oral Carbohydrate Solution Intake on Patient Comfort: A Randomized Controlled Study." *J PeriAnesthesia Nurs*, 32(6):589-599, 2017.
29. Özkan M, Gökkaya Z, Sarıtaş S. "Ameliyat Öncesi Kati ve Sivi Besin kısıtlamasının Anksiyete Üzerine Etkisi." *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Mesl Yüksekokulu Dergisi*, 4(1):25-35, 2016.
30. Kizilkaya T, Gul A. "Parameters that Affect the Comfort Level of Pregnant Women Before Cesarean Section: Fasting and Anxiety." *J PeriAnesthesia Nurs*, 34(6):1265-1273, 2019.

31. Zeynep T, Gozde TS, Ikbal C, Emel S. "Pre-operative Comfort Levels of Patients Undergoing Surgical Intervention." *Int J Caring Sci*, 13(2):1339-1345, 2020.
32. Ören B, Zengin N. "Göğüs Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyini Etkileyen Faktörler." *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg*, 5(3):324-332, 2018.
33. Bopp C, Hofer S, Klein A, Weigand MA, Martin E, Gust R. "A liberal Preoperative Fasting Regimen Improves Patient Comfort and Satisfaction with Anesthesia Care in Day-Stay Minor Surgery." *Minerva Anesthesiol*, 77(7):680-686, 2011.
34. Özdemir F, Eti Z, Dinçer P, Göğüş FY, Bekiroğlu N. "Majör ve Minör Cerrahi Geçiren Hastalarda Preoperatif Oral Karbonhidrat Yüklemesinin Stres Cevaba Etkisi." *Turkiye Klin J Med Sci*, 31(6):1392-1400, 2011.
35. Gök MA, Kafadar MT, Yeğen SF. "Effects of Preoperative Oral Carbohydrate Loading on Preoperative and Postoperative Comfort in Patients Planned to Undergo Elective Cholecystectomy: A Prospective Randomized Controlled Clinical Trial." *Iran Red Crescent Med J*, 22(11):1-6, 2020.
36. Wang S, Gao P, Guo X, et al. "Effect of Low-Concentration Carbohydrate on Patient-Centered Quality of Recovery in Patients Undergoing Thyroidectomy: A Prospective Randomized Trial." *BMC Anesthesiol*, 21(103):1-10, 2021.
37. Onalan E, Andsoy II, Ersoy OF. "The Effect of Preoperative Oral Carbohydrate Administration on Insulin Resistance and Comfort Level in Patients Undergoing Surgery." *J PeriAnesthesia Nurs*, 34(3):539-550, 2019.
38. Doger C, Gencer E, Canoler O, et al. "Effects of Preoperative Oral Carbohydrate Solution İntake on Patients' Anxiety." *Med Sci | Int Med J*, 8(3):661-665, 2019.
39. Sio CA, Jung K, Kang S-B, Kim D-W, Oh H-K, Yoon M. "The Evaluation of Preoperative Oral Carbohydrate-Rich Solution Effects on Insulin Resistance in Patients undergoing Colectomy." *J Clin Nutr*, 7(2):62-67, 2015.
40. Qi L, Wu Y, Shan L, et al. "A Clinical Study of Preoperative Carbohydrate Administration to Improve İnsulin Resistance in Patients with Multiple İnjuries." *Ann Palliat Med*, 9(5):3278-3287, 2020.

41. Rajan S, Rahman A, Kumar L. "Preoperative Oral Carbohydrate Loading: Effects on Intraoperative Blood Glucose Levels, Post-Operative Nausea and Vomiting, and Intensive Care Unit Stay." *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*, 37(4):622-627, 2021.
42. Noba L, Wakefield A. "Are Carbohydrate Drinks More Effective Than Preoperative Fasting: A Systematic Review of Randomised Controlled Trials." *J Clin Nurs*, 28(17-18):3096-3116, 2019.
43. Wang Y, Zhu Z, Li H, et al. "Effects of Preoperative Oral Carbohydrates on Patients Undergoing ESD Surgery Under General Anesthesia." *Medicine (Baltimore)*, 98(20):1-6, 2019.
44. Harsten A, Hjartarson H, Toksvig-Larsen S. "Total Hip Arthroplasty and Perioperative Oral Carbohydrate Treatment." *Eur J Anaesthesiol*, 29(6):271-274, 2012.
45. Torabikhah M, Yousefi H, Ansari A-H, Musarezaie A. "The Effect of Reducing The Fasting Time on Postoperative Pain in Orthopaedic Patients: A Randomized Controlled Trial." *Iran J Nurs Midwifery Res*, 26(4):310-315, 2021.
46. Chada RR, Maryada VR, Mulpur P, Reddy AVG, Maska A. "Does Preoperative Carbohydrate Loading Help Outcomes in Total Knee Replacement Surgery?" *J Nutr Med Diet Care*, 5(1):1-7, 2019.
47. Kweon S, Park J sung, Lee Y chang. "Oral Carbohydrate Administration in Patients Undergoing Cephalomedullary Nailing for Proximal Femur Fractures: An Analysis of Clinical Outcomes and Patient Satisfaction." *Geriatr Orthop Surg Rehabil*, 11:1-8, 2020.
48. Akbuğa GA, Başer M. "Effect of Preoperative Oral Liquid Carbohydrate Intake on Blood Glucose, Fasting-Thirst, and Fatigue Levels: A Randomized Controlled Study." *Brazilian J Anesthesiol (English Ed)*, 71(3):247-253, 2021.
49. Deng Y, Fang Y, Li H, et al. "A Preoperative Whey Protein and Glucose Drink Before Hip Fracture Surgery in the Aged Improves Symptomatic and Metabolic Recovery." *Asia Pac J Clin Nutr*, 29(2):234-238, 2020.

50. Ljunggren S, Hahn RG. "Oral Nutrition or Water Loading Before Hip Replacement Surgery; A Randomized Clinical Trial." *Trials*, 13(97):1-11, 2012.
51. Buker N, Eraslan U, Kitis A, Kiter AE, Akkaya S, Sutcu G. "Is Quality of Life Related to Risk of Falling, Fear of Falling, and Functional Status in Patients with Hip Arthroplasty?" *Physiother Res Int*, 24(3):1-5, 2019.
52. Seyhan Ak E, Kilinc Akman E, Gencbas D. "Evaluation of wound healing in patients with hip prosthesis according to nursing outcome classification." *Int J Nurs Knowl*, (September):1-8. 2021.
53. Rogmark C, Leonardsson O. "Hip Arthroplasty for the Treatment of Displaced Fractures of the Femoral Neck in Elderly Patients." *Bone Joint J*, 98-B(3):291-297, 2016.
54. Gökçe H, Altunkılıç T, Serbest S. "Results of Total Hip Arthroplasty." *Ann Clin Anal Med*, 05(03):177-181, 2014.
55. Wang Y, Yang Q, Lin J, et al. "Risk Factors of Postoperative Nausea and Vomiting After Total Hip Arthroplasty or Total Knee Arthroplasty: A Retrospective Study." *Ann Transl Med*, 8(17):1-9, 2020.
56. Grosso MJ, Danoff JR, Murtaugh TS, Trofa DP, Sawires AN, Macaulay WB. "Hemiarthroplasty for Displaced Femoral Neck Fractures in the Elderly Has a Low Conversion Rate." *J Arthroplasty*, 32(1):150-154, 2017.
57. Pulkkinen M, Jousela I, Sintonen H, Engblom J, Salanterä S, Junttila K. "A Randomized Clinical Trial of A New Perioperative Practice Model on Anxiety and Health-Related Quality of Life in Arthroplasty Patients." *Nurs Open*, 8(4):1593-1605, 2021.
58. Sorensen L, Idemoto L, Streifel J, Williams B, Mecklenburg R, Blackmore C. "A Multifaceted Intervention to Improve the Quality of Care for Patients Undergoing Total Joint Arthroplasty." *BMJ Open Qual*, 8(3):1-9, 2019.
59. Lucas B. "Total Hip and Total Knee Replacement: Postoperative Nursing Management." *Br J Nurs*, 17(22):1410-1414, 2008.

60. LeMone P, Burke KM, Bauldoff G, et al, eds. "Medical–Surgical Nursing: Clinical Reasoning in Patient Care. 6ed." *Canada: Pearson Australia Group*, 2017.
61. Doğu Ö. "Cerrahi Girişim Planlanan Hastaların Eğitim Gereksinimlerinin Karşılanması ve Eğitimin Hasta Bireyin Psikolojik Hazırlığına Etkisi-Sakarya Örneği." *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg*, 3(3):10-13, 2013.
62. Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Eds. "Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems." *Canada: Elsevier Health Sciences*, 2014.
63. Burgess L, Phillips S, Wainwright T. "What Is the Role of Nutritional Supplements in Support of Total Hip Replacement and Total Knee Replacement Surgeries? A Systematic Review." *Nutrients*, 10(820):1-12, 2018.
64. Mignini E V., Scarpellini E, Rinninella E, et al. "Impact of Patients Nutritional Status on Major Surgery Outcome." *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 22(11):3524-3533, 2018.
65. Gillis C, Wischmeyer PE. "Pre-Operative Nutrition and The Elective Surgical Patient: Why, How and What?" *Anaesthesia*, 74(1):27-35, 2019.
66. Davies A, Pang WS, Fowler T, Dewi F, Wright T. "Preoperative Fasting in the Department of Plastic Surgery." *BMJ Open Qual*, 7(e000161):1-4, 2018.
67. Tosun B, Yava A, Açikel C. "Evaluating the Effects of Preoperative Fasting and Fluid Limitation." *Int J Nurs Pract*, 21(2):156-165, 2015.
68. Gul A, Andsoy II, Ozkaya B. "Preoperative Fasting and Patients' Discomfort." *Indian J Surg*, 80(6):549-553, 2018.
69. Gök F, Yavuz Van Giersbergen M. "Preoperative Fasting: A Systematic Review." *Pamukkale Med J*, 11(2):183-184, 2018.
70. Yılmaz E. "Cerrahi Hastalarda Ameliyat Öncesi Açlık Sürecinde Yeni Yaklaşımlar." *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg*, 25(3):105-118, 2009.
71. Falconer R, Skouras C, Carter T, Greenway L, Paisley AM. "Preoperative Fasting: Current Practice and Areas for Improvement." *Updates Surg*, 66(1):31-39, 2014.

72. Canbay Ö, Adar S, Karagöz AH, Çelebi N, Bilen CY. "Effect of Preoperative Consumption of High Carbohydrate Drink (Pre-Op®) on Postoperative Metabolic Stress Reaction in Patients Undergoing Radical Prostatectomy." *Int Urol Nephrol*, 46(7):1329-1333, 2014.
73. Tasdemir A, Erakgun A, Nuri Deniz M, Certug A. "Comparison of Preoperative and Postoperative Anxiety Levels with State-Trait Anxiety Inventory Test in Preoperatively Informed Patients." *Turkish J Anesth Reanim*, 41(2):44-49, 2013.
74. Demirdağ H, Karaöz S. "Ameliyat Öncesi Besin Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Hastaların Deneyimleri ve Hemşirelerin Konu ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları." *Florence Nightingale Hemşirelik Derg*, 23(1):1-10, 2015.
75. Aygin D. "Perioperatif Bakımda Güncel Yaklaşımlar." *J Anatolia Nurs Heal Sci*, 15(1):63-67, 2012.
76. Bilik Ö, Sarıgöl Ordın Y, Deveci Z, Çelik B, Sütsünbuloğlu E, Karayurt Ö. "Ameliyat Öncesi Açlık Süresinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisinin İncelenmesi." *E-Journal Dokuz Eylül Univ Nurs Fac*, 13(2):43-48, 2020.
77. Rızalar S, Yıldırım A, Yıldızeli Topçu S. "Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Açlık ve Susuzluk Düzeylerinin İncelenmesi." *Sağlık ve Yaşam Bilim Derg*, 1(2):32-36, 2019.
78. ASA 2011. "Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures." *Anesthesiology*, 126(3):376-393, 2017.
79. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. "ESPEN Guideline: Clinical Nutrition in Surgery." *Clin Nutr*, 36(3):623-650, 2017.
80. Abdikarim I, Cao X-Y, Li S-Z, et al. "Enhanced Recovery After Surgery with Laparoscopic Radical Gastrectomy for Stomach Carcinomas." *World J Gastroenterol*, 21(47):13339-13344, 2015.

81. Çilingir D, Candaş B. "Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü ve Hemşirenin Rolü." *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*, 20(2):137-143, 2017.
82. Solak Kabataş M, Özbayır T. "Kolorektal Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü : Sistemik Derleme." *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*, 5(3):120-132, 2016.
83. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al. "Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018." *World J Surg*, 43(3):659-695, 2019.
84. Birlikbaş S, Bölükbaş N. "Eras Rehberleri Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri." *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Derg*, 2(3):194-205, 2019.
85. Tunç Tuna P, Kurşun Ş. "Kolorektal Cerrahisinde Hızlandırılmış Bakım Protokolleri ve Hemşirelik Bakımı." *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg*, 11(2):180-188, 2018.
86. Abola RE, Gan TJ. "Preoperative Fasting Guidelines." *Anesth Analg*, 124(4):1041-1043, 2017.
87. Dağıstanlı S, Uygur Kalaycı M, Kara Y. "Evaluation of ERAS Protocol in General Surgery." *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Derg*, 10:9-20, 2018.
88. Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, et al. "Guidelines for Perioperative Care in Gynecologic/Oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations-2019 Update." *Int J Gynecol Cancer*, 29(4):651-668, 2019.
89. Zhang Y, Min J. "Preoperative Carbohydrate Loading in Gynecological Patients Undergoing Combined Spinal and Epidural Anesthesia." *J Investig Surg*, 33(7):587-595, 2020.
90. Koluçık B. "Lomber Laminektomi Operasyonu Geçirecek Hastaların Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeylerinin, Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisi." *Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2019.

91. İnel M. "Omurilik Cerrahisi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi." *Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2016.
92. Erkilic E, Kesimci E, Soykut C, Doger C, Gumus T, Kanbak O. "Factors Associated with Preoperative Anxiety Levels of Turkish Surgical Patients: From A Single Center in Ankara." *Patient Prefer Adherence*, 11:291-296, 2017.
93. Eşel E. "Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi." *Klin Psikofarmakol Bülteni*, 13(2):78-87, 2003.
94. Mantar, Atıl; Yemez, Beyazıt; Alkin T. "Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri." *Türk Psikiyatr Derg*, 22(3):187-193, 2011.
95. Bedaso A, Ayalew M. "Preoperative Anxiety Among Adult Patients Undergoing Elective Surgery: A Prospective Survey at A General Hospital in Ethiopia." *Patient Saf Surg*, 13(18):1-8, 2019.
96. Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. "Preoperative Anxiety and Associated Factors Among Adult Surgical Patients in Debre Markos and Felege Hiwot Referral Hospitals, Northwest Ethiopia." *BMC Anesthesiol*, 18(155):1-9, 2018
97. Joseph HK, Whitcomb J, Taylor W. "Effect of Anxiety on Individuals and Caregivers After Coronary Artery Bypass Grafting Surgery." *Dimens Crit Care Nurs*, 34(5):285-288, 2015.
98. Turhan Y, Avci R, Özcengiz D. "Elektif Cerrahi Hazırlığında Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi." *Anestezi Derg*, 20(1):27-33, 2012.
99. Cevik B. "The Evaluation of Anxiety Levels and Determinant Factors in Preoperative Patients." *Int J Med Res Heal Sci*, 7(1):135-143, 2018.
100. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. "Preoperative Anxiety Before Elective Surgery." *Neurosciences*, 12(2):145-148, 2007.
101. Fındık ÜY, Yıldızeli Topçu S. "Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi." *Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik Derg*, 2012:22-33, 2012.

102. Chon T, Ma A, Mun-Price C. "Perioperative Fasting and the Patient Experience." *Cureus*, 9(5):1-7, 2017.
103. Kayabasi S, Cayir S, Hizli O. "The Effects of Intraday Operation Time on Pain and Anxiety of Patients Undergoing Septoplasty." *Braz J Otorhinolaryngol*, 87(3):310-314, 2021.
104. Power S, Kavanagh DO, McConnell G, et al. "Reducing Preoperative Fasting in Elective Adult Surgical Patients: A Case–Control Study." *Ir J Med Sci*, 181(1):99-104, 2012.
105. Nygren J, Thorell A, Ljungqvist O. "Preoperative Oral Carbohydrate Nutrition: An Update Jonas." *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 4(4):255-259, 2001.
106. Bilku D, Dennison A, Hall T, Metcalfe M, Garcea G. "Role of Preoperative Carbohydrate Loading: A Systematic Review." *Ann R Coll Surg Engl*, 96(1):15-22, 2014.
107. Nelson JE, Mulkerin CM, Adams LL, Pronovost PJ. "Improving Comfort and Communication in the ICU: A Practical New Tool for Palliative Care Performance Measurement and Feedback." *Qual Saf Heal Care*, 15(4):264-271, 2006.
108. Ebrahimi A, Eslami J, Darvishi I, Momeni K, Akbarzadeh M. "Investigation of the Role of Complementary Medicine on Anxiety of Patients Before and After Surgery." *Holist Nurs Pract*, 34(6):365-379, 2020.
109. Oteri V, Martinelli A, Crivellaro E, Gigli F. "The Impact of Preoperative Anxiety on Patients Undergoing Brain Surgery: A Systematic Review." *Neurosurg Rev*, 44(6):3047-3057, 2021.
110. Soydaş Yeşilyurt D, Yildiz Findik Ü. "Effect of Preoperative Video Information on Anxiety and Satisfaction in Patients Undergoing Abdominal Surgery." *CIN Comput Informatics, Nurs*, 37(8):430-436, 2019.
111. Alhamdoun A, Suliman M, ALBashtawy M. "Managing Preoperative Anxiety among Patients Undergoing General Surgery." *EC Psychol Psychiatry*, 9(6):71-74, 2020.

112. Sepúlveda-Plata MC, García-Corzo G, Gamboa-Delgado EM. "Effectiveness of Nursing Intervention to Control Fear in Patients Scheduled for Surgery." *Rev la Fac Med*, 66(2):195-200, 2018.
113. Bailey L. "Strategies for Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative Setting." *AORN J*, 92(4):445-460, 2010.
114. D'Alesandro MA. "Simple Steps to Reduce Anxiety in the Surgical Patient." *OR Nurse J*, 9(2):48, 2015.
115. Raichle KA, Osborne TL, Jensen MP, Ehde DM, Smith DG, Robinson LR. "Preoperative State Anxiety, Acute Postoperative Pain, and Analgesic Use in Persons Undergoing Lower Limb Amputation." *Clin J Pain*, 31(8):699-706, 2015.
116. <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 21.08.2021.
117. Terzi B, Kaya N. "Konfor Kuramı ve Analizi." *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*, 20(1):67-74, 2017.
118. Kolcaba K, Wilson L. "Comfort Care: A Framework for Perianesthesia Nursing." *J PeriAnesthesia Nurs*, 17(2):102-114, 2002.
119. Kolcaba K. "Comfort Theory and Practice. A Vision for Holistic Care and Research." *Springer Publishing Company: Newyork*, 2003. (https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=nduGie_ouQkC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Comfort+Theory+and+Practice:+A+Vision+for+Holistic+Health&ots=Sa_axKReHh&sig=JKSu2itSjK9yjPPoT0crAutNJTQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Comfort%20Theory%20and%20Practice%3A%20A%20Vision%20for%20Holistic%20Health&f=false)
120. Çınar Yücel Ş. "Kolcaba's Comfort Theory." *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg*, 27(2):79-88, 2011.
121. Kolcaba KY, Kolcaba RJ. "An analysis of the concept of comfort." *J Adv Nurs*, 16:1301-1310, 1991.
122. Kolcaba KY. "A Taxonomic Structure for the Concept Comfort." *Image J Nurs Scholarsh*, 23(4):237-240, 1991.
123. Vo T. "A Practical Guide for Frontline Workers During COVID-19: Kolcaba's Comfort Theory." *J Patient Exp*, 7(5):635-639, 2020.

124. Kubat Bakır G, Yurt S. "Cerrahi Operasyon Geçiren Hastaların Konfor Düzeyinin Değerlendirilmesi." *Sağlık ve Toplum*, 20(3):158-165, 2020.
125. Wilson L, Kolcaba K. "Practical Application of Comfort Theory in the Perianesthesia Setting." *J PeriAnesthesia Nurs*, 19(3):164-173, 2004.
126. Üstündağ H, Eti Aslan F. "Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlaması." *Türkiye Klin J Nurs Sci*, 2(2):94-99, 2010.
127. Gezer N, Kunter D, Özgün Ş, et al. "The Effect of Preoperative Fasting Period On Comfort of The Patient." *J Acad Res Nurs*, 6(2):248-253, 2020.
128. Nural N, Alkan S. "Identifying the Factors Affecting Comfort and the Comfort Levels of Patients Hospitalized in the Coronary Care Unit." *Holist Nurs Pract*, 32(1):35-42, 2018.
129. Yöner Amaç H, Çam R. "Günübirlik Cerrahide Hasta Konforu ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmenler." *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*, 5(1):1222-1237, 2019.
130. Seyedfatemi N, Rafii F, Rezaei M, Kolcaba K. "Comfort and Hope in the Preanesthesia Stage in Patients Undergoing Surgery." *J PeriAnesthesia Nurs*, 29(3):213-220, 2014.
131. Eijkelenboom A, Bluysen PM. "Comfort and Health of Patients and Staff, Related to the Physical Environment of Different Departments in Hospitals: A Literature Review." *Intell Build Int*, 1-19, 2019.
132. Suwaryo PAW, Juliyanto, Setianingsih E. "Nurse's Knowledge and Accuracy in Using Comfort Scale." *Atlantis Press*, 33:510-514, 2021.
133. Topcu SY, Findik UY, Vatansever O. "Effects of Drains on Pain, Comfort and Anxiety in Patients Undergone Surgery." *Int J Caring Sci*, 6(3):412-419, 2015.
134. Ünülü M, Kaya N. "The Effect of Neiguan Point (P6) Acupressure With Wristband on Postoperative Nausea, Vomiting, and Comfort Level: A Randomized Controlled Study." *J PeriAnesthesia Nurs*, 33(6):915-927, 2018.
135. Pierre S, Whelan R. "Nausea and Vomiting After Surgery." *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain*, 13(1):28-32, 2013.

136. Hamid S. "Pre-operative Fasting - A Patient Centered Approach." *BMJ Qual Improv Reports*, 2(2):1-4, 2014.
137. 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*, 13(11):13067-13075, 2021.
138. Singh BN, Dahiya D, Bagaria D, et al. "Effects of Preoperative Carbohydrates Drinks on Immediate Postoperative Outcome After Day Care Laparoscopic Cholecystectomy." *Surg Endosc*, 29(11):3267-3272, 2015.
139. Bayramoğlu BG. "Hastaların Ameliyat Öncesi Açlık Süreleri İle Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemdeki İyilik Hallerinin İncelenmesi." *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2019.
140. Peixe-Machado PA, de Oliveira BD, Dock-Nascimento DB, de Aguilar-Nascimento JE. "Shrinking Preoperative Fast Time with Maltodextrin and Protein Hydrolysate in Gastrointestinal Resections Due to Cancer." *Nutrition*, 29:1054-1059, 2013.
141. Udayasankar M, Udupi S, Shenoy A. "Comparison of Perioperative Patient Comfort with "Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Approach" Versus "Traditional Approach" for Elective Laparoscopic Cholecystectomy." *Indian J Anaesth*, 64(4):316-321, 2020.
142. Yılmaz E, Çeçen D, Kızıl Toğaç H, Mutlu S, Kara H, Aslan A. "Ameliyat Sürecindeki Hastaların Konfor Düzeyleri ve Hemşirelik Bakımları." *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg*, 5(1):3-9, 2018.
143. Rızalar S, Büyüğünal Şahin P. "Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi." *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg*, 5(3):404-413, 2018.
144. Tabiee S, Momeni A, Saadatjoo SA. "The Effects of Comfort-Based Interventions (Back Massage and Patient and Family Education) on the Level of Comfort Among Hemodialysis Patients." *Mod Care J*, 14(3):1-6, 2017.

145. Can A, Hintistan S. "An Assessment of the Comfort Level of Cancer Patients with Receiving Chemotherapy." *Bezmialem Sci*, 9(3):310-316, 2021.
146. Karaveli Çakır S, Yavuz Van Giersbergen M, Çakır Umar D. "Cerrahi Hemşirelerinin Ameliyat Öncesi Aç Kalma İle İlgili Uygulama ve Bilgi Düzeyi." *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg*, 34(1):26-35, 2018.
147. Kolcaba KY. "A Theory of Holistic Comfort for Nursing." *J Adv Nurs*, 19(6):1178-1184, 1994.
148. Acar K, Aygün D. "Orak Hücre Hastalığına Bağlı Akut Göğüs Sendromu'nun Konfor Kuramına Göre Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı: Olgu sunumu." *Online Türk Sağlık Bilim Derg*, 1(1):36-43, 2016.
149. Arslankılıç Ç, Göl E. "Kolcaba'nın Konfor Kuramının Cerrahi Operasyon Geçiren Hastalarda Kullanımı: Sistemik Derleme." *Türkiye Sağlık Bilim ve Araştırmaları Derg*, 3(1):34-44, 2020.
150. Maraş G, Ceyhan Ö. "Meme Kanseri Cerrahisi Öncesi Bulantı Kusma Risk Faktörlerinin Belirlenmesi ve Yönetilmesi." *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg*, 6(1):32-40, 2021.
151. Keeth S, D'Errico E, Champlin AM. "A Nurse-Led Evidence-Based Practice Protocol to Reduce Postoperative Nausea and Vomiting in the Bariatric Surgery Patient." *J PeriAnesthesia Nurs*, 35(6):574-579, 2020.
152. Ayoğlu H, Uçan B, Taşçılar Ö, Atik L, Macit Kaptan Y, Özkoçak Turan I. "Preoperatif Oral Karbonhidrat Solüsyonu Kullanılmasının Hasta Anksiyetesi ve Konforu Üzerine Etkileri." *Türk Anestezi ve Reanimasyon Derg*, 37(6):374-382, 2009.
153. El-Naby AGA, El-Sayed ZM. "Preoperative Fasting Time and Selected Postoperative Outcomes among Patients Undergoing Abdominal Surgeries: Correlation Study." *J Heal Med Nurs*, 26:109-119, 2016.
154. Yılmaz N, Çekmen N, Bilgin F, Erten E, Özhan MÖ, Coşar A. "Preoperative Carbohydrate Nutrition Reduces Postoperative Nausea and Vomiting Compared to Preoperative Fasting." *J Res Med Sci*, 18(10):827-832, 2013.

155. Çakmak A. "Sonunu Düşünerek Başlamak" CONSORT BİLDİRGESİ. www.ikudergisi.com-12 Erişim tarihi: 16.07.2021.
156. www.CONSORT-statement.org Erişim tarihi: 16.07.2021.
157. Cline ME, Herman J, Shaw ER, Morton RD. "Standardization of The Visual Analogue Scale." *Nurs Res*, 41(6):378-380, 1992.
158. Eti Aslan F. "Ağrı Değerlendirme Yöntemleri." *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg*, 6(1):9-16, 2002.
159. Spielberger CD, Gonzalez-Reigosa F, Martinez-Urrutia A, Natalicio LFS, Natalicio DS. "Development of The Spanish Edition of The State-Trait Anxiety Inventory." *Interam J Psychol*, 5:3-4, 1971.
160. Öner N, Le Compte A. "Sürekli Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı." *Boğaziçi Üniversitesi Yayınları*, 1-26, İstanbul, 1983.
161. Aktaş YY, Gürçayır D, Atalay C. "Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar." *Dicle Tıp Derg*, 45(3):341-351, 2018.
162. Yavaşcaoğlu B, Kaya FN, Özcan B, et al. "Erişkinlerde Anestezi Sonrası Görülen Komplasyonların Retrospektif Değerlendirilmesi." *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*, 35(2):73-78, 2009.
163. Hellström PM, Samuelsson B, Al-Ani AN, Hedström M. "Normal Gastric Emptying Time of A Carbohydrate-Rich Drink in Elderly Patients with Acute Hip Fracture: A Pilot Study." *BMC Anesthesiol*, 17(23):1-5, 2017.
164. Kisialewski M, Pędziwiatr M, Matłok M, et al. "Enhanced Recovery After Colorectal Surgery in Elderly Patients." *Videosurgery Other Minimally Invasive Tech*, 10(1):30-36, 2015.
165. Bilgiç D, Yağcan H, Güler B, Aypar NN. "Jinekolojik Cerrahide Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları/ Preoperative and Postoperative Evidence Based Practices in Gynecologic Surgery." *Sağlık Akad Dergisi/ Heal Care Acad J*, 6(2):114-121, 2019.
166. Campos SBG, Barros-Neto JA, Guedes G da S, Moura FA. "Pre-Operative Fasting: Why Abbreviate?" *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 31(2):10-13, 2018.

167. Jjala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM. "Effect of Preoperative Multimedia Information on Perioperative Anxiety in Patients Undergoing Procedures Under Regional Anaesthesia." *Br J Anaesth*, 104(3):369-374, 2010.
168. Pokharel K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatiwada S, Subedi A. "Nepalese Patients' Anxiety and Concerns Before Surgery." *J Clin Anesth*, 23(5):372-378, 2011.
169. Shi Y, Dong B, Dong Q, Zhao Z, Yu Y. "Effect of Preoperative Oral Carbohydrate Administration on Patients Undergoing Cesarean Section with Epidural Anesthesia: A Pilot Study." *J PeriAnesthesia Nurs*, 36(1):30-35, 2021.
170. Duman EA. "Açık Kalp Cerrahisi Öncesi Anksiyetenin, Ameliyat Sonrası Ağrı Ve Uyku Kalitesine Etkisi." *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2016.
171. Aydıngülü N, Arslan S. "Cerrahi Geçiren Hastaların Erken Dönem Konfor Düzeyleri." *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*, 16(3):401-406, 2021.
172. Wensley C, Botti M, McKillop A, Merry AF. "Maximising Comfort: How do Patients Describe The Care That Matters? A Two-Stage Qualitative Descriptive Study to Develop A Quality Improvement Framework For Comfort-Related Care in Inpatient settings." *BMJ Open*, 10(5):1-18, 2020.
173. McKinley MJ, Johnson AK. "The Physiological Regulation of Thirst and Fluid Intake." *News Physiol Sci*, 19(1):1-6, 2004.
174. Gunduz N, Akhalil M, Sevgi EN. "Hedonik Açlık." *İzmir Democr University Heal Sciences J*, 3(1):80-96, 2020.
175. Aroni P, Nascimento LA do, Fonseca LF. "Assessment Strategies For The Management of Thirst in The Post-Anesthetic Recovery Room." *Acta Paul Enferm*, 25(4):530-536, 2012.
176. Faruk Savluk O, Guzelmeric F, Kuscu M, et al. "Does Preoperative Oral Carbohydrate Intake Improve Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafts?" *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 31:58-59, 2017.

177. Conchon MF, Nascimento LA do, Fonseca LF, Aroni P. "Perioperative Thirst: An Analysis from The Perspective of The Symptom Management Theory." *Rev da Esc Enferm da USP*, 49(1):120-126, 2015.
178. Şavluk ÖF, Kuşcu MA, Güzelmeriç F, et al. "Do Preoperative Oral Carbohydrates Improve Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafts?" *Turkish J Med Sci*, 47(6):1681-1686, 2017.
179. Yagmurdur H, Gunal S, Yildiz H, Gulec H, Topkaya C. "The Effects of Carbohydrate-Rich Drink on Perioperative Discomfort, Insulin Response and Arterial Pressure in Spinal Aesthesia." *J Res Med Sci*, 16(11):1483-1489, 2011.
180. Al abdi RM, Alhitary AE, Abdul Hay EW, Al-bashir AK. "Objective Detection of Chronic Stress Using Physiological Parameters." *Med Biol Eng Comput*, 56(12):2273-2286, 2018.
181. Tran S, Wolever TMS, Errett LE, Ahn H, Mazer CD, Keith M. "Preoperative Carbohydrate Loading in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass or Spinal Surgery." *Anesth Analg*, 117(2):305-313, 2013.
182. Weledji EP, Njong SN, Chichom A, Verla V, Assob JC, Ngowe MN. "The Effects of Preoperative Carbohydrate Loading on The Metabolic Response to Surgery in A Low Resource Setting." *Int J Surg Open*, 8:18-23, 2017.
183. Gillis C, Carli F. "Promoting Perioperative Metabolic and Nutritional Care." *Anesthesiology*, 123(6):1455-1472, 2015.
184. Yu Y, Zhou Y, Liu H, Cao S, Zahng J, Wang Z. "Effects of Preoperative Oral Carbohydrate on Postoperative Insulin Resistance in Radical Gastrectomy Patients." *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*, 51(8):696-700, 2013.
185. Kaska M, Grosmanova T, Havel E, et al. "The Impact and Safety of Preoperative Oral or Intravenous Carbohydrate Administration Versus Fasting in Colorectal Surgery-A Randomized Controlled Trial." *Wien Klin Wochenschr*, 122(1-2):23-30, 2010.
186. Shi M, Hu Z, Yang D, Cai Q, Zhu Z. "Preoperative Oral Carbohydrate Reduces Postoperative Insulin Resistance by Activating AMP-Activated Protein Kinase after Colorectal Surgery." *Dig Surg*, 37(5):368-375, 2020.

187. Gümüs K, Pirhan Y, Aydın G, Keloglan S, Tasova V, Kahveci M. "The Effect of Preoperative Oral Intake of Liquid Carbohydrate on Postoperative Stress Parameters in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy: An Experimental Study." *J PeriAnesthesia Nurs*, 36(5):526-531, 2021.
188. Li L, Wang Z, Ying X, et al. "Preoperative Carbohydrate Loading for Elective Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Surg Today*, 42(7):613-624, 2012.



EKLER

EK-1. HASTA TANITIM FORMU

I. BÖLÜM- Sosyodemografik Özellikler Formu

1. Cinsiyet: () Kadın () Erkek
2. Yaş: _____
3. Boy:
4. Kilo:
5. BKİ:
6. Medeni durum: () Evli () Bekâr
7. Çocuk sahibi olma durumu: () Evet () Hayır
8. Eğitim durumu: () Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlköğretim
() Ortaöğretim () Yükseköğretim
9. İşi / Mesleği: _____
10. Sosyal güvence: () Var () Yok

II. BÖLÜM- Tıbbi Özellikler formu

A. Ameliyat öncesi değerlendirme

11. Kronik hastalık bulunma durumu:
12. Alerji öyküsü: () Evet () Hayır
13. ASA skoru: 1 2 3 4
14. Daha önce ameliyat olma öyküsü:
15. Cerrahi uygulanma nedeni (Fraktür, Koksartroz...):

B. Ameliyat sonrası değerlendirme

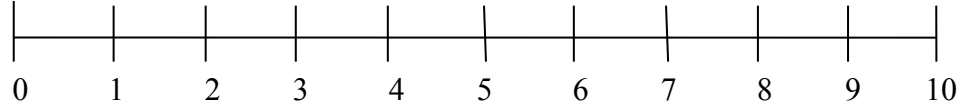
16. Cerrahi operasyon süresi:
17. Ameliyat komplikasyon öyküsü:
18. Hastanede yatış süresi:/gün

EK-2. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı Soyadı: _____

Aşağıdaki 0'dan 10'a kadar numaralandırılmış olan ölçek de size sorulmuş olan sorunun cevabı için 0 en az, 10 en fazla olmasını ifade etmektedir. Lütfen aşağıdaki ölçekte şu an hissettiğiniz durumu en iyi ifade eden rakamı işaretleyiniz.

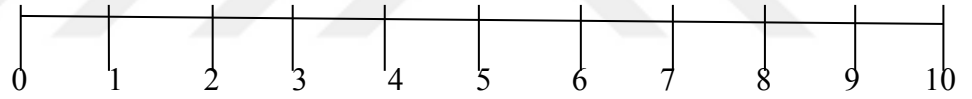
AĞRI



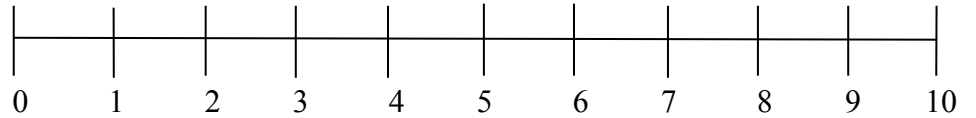
SUSUZLUK HİSSİ



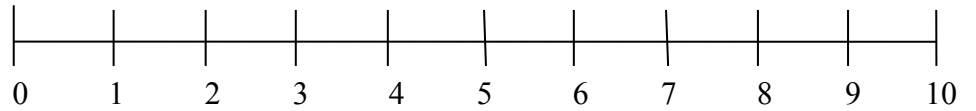
AÇLIK HİSSİ



ANKSİYETE



BULANTI- KUSMA



EK-3. DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ (STAI)

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-S)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlamada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **ŞU ANDA** nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki dairelerden uygun olan bir tanesini karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin şu anda nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1. Şu anda sakinim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kendimi emniyette hissediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Şu anda sinirlerim gergin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Şu anda huzur içindeyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Şu anda hiç keyfim yok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Şu anda kaygılıyım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kendimi rahat hissediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Kendime güvenim var	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Şu anda asabım bozuk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Çok sinirliyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Şu anda halimden memnunum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Şu anda endişeliyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Şu anda sevinçliyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Şu anda keyfim yerinde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-T) (EK-3 DEVAM)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlamada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **GENEL OLARAK** nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki dairelerden uygun olan bir tanesini karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
21. Genellikle keyfim yerindedir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Genellikle çabuk yorulurum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Genellikle kolay ağlarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Kendimi dinlenmiş hissederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Genellikle mutluyum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Genellikle hayatımdan memnunum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım hiç unutamam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Akli başında ve kararlı bir insanım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

UYGULAMA SIRASI	Kan basıncı	Nabız	Solunum sayısı	O ₂ saturasyonu	Vücut sıcaklığı	Kan şekeri
AMELİYATTAN ÖNCESİ GECE 22:00						
AMELİYATA GÖNDERİLEMEDEN HEMEN ÖNCE						
AMELİYATTAN HEMEN SONRA						
AMELİYATTAN SONRA 2. SAAT						
AMELİYATTAN SONRA 4. SAAT						
AMELİYATTAN SONRA 6. SAAT						
AMELİYATTAN SONRA 12. SAAT						

EK-4. FİZYOLOJİK PARAMETRELER VE KAN ŞEKERİ TAKİP FORMU

Çalışma Grubu: () Müdahale () Kontrol

EK-5. KALÇA PROTEZİ SONRASI KONFOR ÖLÇEĞİ

Aşağıda şu andaki konfor durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Sizlere her bir ifade için beş seçenek sunuldu. Lütfen **şu andaki** konfor durumunuzu en iyi ifade eden numarayı işaretleyiniz.

		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Karasızım	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
1	İyileşeceğimi düşünmek beni mutlu ediyor	5	4	3	2	1
2	Ameliyattan önceki ağrılarımı artık çekmiyorum	5	4	3	2	1
3	Hareket etmek istemiyorum*	5	4	3	2	1
4	Büyük tuvaletimi yapamadığımdan dolayı rahatsızım*	5	4	3	2	1
5	Yürüteçli/yürüteçsiz tek başıma yürüyebiliyorum	5	4	3	2	1
6	İyi uyuduğumu düşünüyorum	5	4	3	2	1
7	Hastanede verilen yemeklerden memnunum	5	4	3	2	1
8	Yatağımın rahat olmasından memnunum	5	4	3	2	1
9	Hemşirelerin benimle yeteri kadar ilgilendiğini düşünüyorum	5	4	3	2	1
10	Ameliyat kararımın doğru olduğunu düşünüyorum	5	4	3	2	1
11	Evde dikkat etmem gereken durumları açıklayan bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum*	5	4	3	2	1
12	Protezime uyum sağlayamamaktan korkuyorum*	5	4	3	2	1
13	Yataktan yarımsız inebiliyorum	5	4	3	2	1
14	Ameliyattan önceki hareket kısıtlılıklarım azaldı	5	4	3	2	1
15	Ameliyattan sonra dikkat etmem gereken konuları biliyorum	5	4	3	2	1
16	Bulduğum ortamdan/odadan (ısı, hava, koku, gürültü, ışık, temizlik v.s.) memnunum	5	4	3	2	1
17	Ameliyata bağlı ağrılarım azaldı	5	4	3	2	1
18	Egzersizlerimi yapabildiğim için kendimi huzurlu hissediyorum	5	4	3	2	1
19	Mahremiyetime saygı gösterildiği için mutluyum	5	4	3	2	1
20	Protezin çıkmasından korkuyorum*	5	4	3	2	1
21	Kendimi yorgun hissediyorum*	5	4	3	2	1
22	Ağrım olacağı için egzersiz yapma zamanının gelmesinden korkuyorum*	5	4	3	2	1
23	Ameliyattan önce verilen bilgilerin yeterli olduğunu düşünüyorum	5	4	3	2	1
24	Tuvalete az çıkmak için daha az besleniyorum*	5	4	3	2	1
25	Protezle yaşamamın zor olacağını düşünüyorum*	5	4	3	2	1
26	Kendimi huzurlu hissediyorum	5	4	3	2	1

*Bu maddeler ters kodlanacaktır.

EK-7. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI KURUM İZİNİ



T.C.
NEVŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

NEVŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - NEVŞEHİR
HASTANE HİZMETLERİ BİRİMİ
01.09.2019 12.17 - 55831188 - 020 - E 132



Sayı : 55831188-020
Konu : Bilimsel Araştırma İzni (Fadime
ERTURAL)

NEVŞEHİR VALİLİĞİ

Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bağlı Nevşehir Devlet Hastanesinde, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi 40057680640 T.C Kimlik Numaralı Fadime ERTURAL "Kalça Artroplastisi Öncesi Verilen Oral Karbonhidrat Solüsyonunun Ameliyat Öncesi Anksiyete ve Ameliyat Sonrası Hasta Konforuna Etkisi" konulu araştırma talebi Bilimsel Araştırma Komisyonumuzca incelenmiş olup, araştırma yapılması uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr.Rahim ÜNLÜBAY
İl Sağlık Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2019
e-İmzalıdır.
Aydın ABAK
Vali Yardımcısı

OLUR
.../.../2019
e-İmzalıdır.
İlhami AKTAŞ
Vali

Ek:
1-Bilimsel Araştırma Protokolü
2-Komisyon Kararı

NEVŞEHİR HASTANE HİZMETLERİ BİRİMİ

Elektronik Faks No:

Posta: kamil.koc1@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Kamil KOÇ

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 03842153311-210

Bizimle elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1e6b54ed-31f3-4994-8af1-bd3fe9e93cb8 koda ile erişebilirsiniz.
E-İmza Kanunu Madde 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre geçerli elektronik imza ile imzalanmıştır.