

**T.C.**  
**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**(CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRESİNİN KONFORA**  
**ETKİSİNİN KOLCABA'NIN KONFOR KURAMINA GÖRE**  
**İNCELENMESİ**

**Ashnur TEPEKAYA**

ORCID Numarası: 0000-0003-0385-6413

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI

**2023-İZMİR**



**T.C.**  
**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**(CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRESİNİN KONFORA**  
**ETKİSİNİN KOLCABA'NIN KONFOR KURAMINA GÖRE**  
**İNCELENMESİ**

**Ashnur TEPEKAYA**

ORCID Numarası: 0000-0003-0385-6413

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI

**2023-İZMİR**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği) Tezli Yüksek Lisans Programında Aslınur TEPEKAYA tarafından yürütülmüş olan “Ameliyat Öncesi Açlık Süresinin Konfora Etkisinin Kolcaba’nın Konfor Kuramına Göre İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28/11/2023

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Derya UZELLİ YILMAZ, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Pınar TEKTAŞ, İzmir Bakırçay Üniversitesi

ONAY: Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

Enstitü Müdürü

## **YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI**

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir şekilde kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır. Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

28/11/2023

Aslımur TEPEKAYA

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, “Ameliyat ncesi Açlık Süresinin Konfora Etkisinin Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre İncelenmesi” başlıklı çalışmamın, Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Deniz şANLI danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Kâtip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

28/11/2023

Aslınur TEPEKAYA

## TEŞEKKÜR

Tez sürecimin en başından beri profesyonel bilgi ve deneyimlerini büyük bir özveri ile bana aktaran, büyük bir sabır ile uzun süreler harcayarak benimle çalışan Sayın Hocam Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI'ya teşekkür ve şükranlarımı sunuyorum.

Lisans eğitimim boyunca beni eğiten, yetiştiren ve idealist bir hemşire olmamı sağlayan tüm İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Tez çalışmamı yürüttüğüm hastanenin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelere, tez çalışmam boyunca verdikleri destek ve yaptıkları yardımlar için teşekkür ederim.

Her zaman, her anlamda yanımda olan, beni bu günlere getiren, kendilerinden veren annem Sevilay TEPAKAYA'ya ve babam Mustafa TEPEKAYA'ya sonsuz teşekkür ederim. Verdikleri emeklerin karşılığını asla ödeyemem.

28/11/2023

Aslınur TEPEKAYA

## ÖZET

### AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRESİNİN KONFORA ETKİSİNİN KOLCABA'NIN KONFOR KURAMINA GÖRE İNCELENMESİ

Aslınur TEPEKAYA

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim  
Dalı (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği) Tezli Yüksek Lisans Programı, Yüksek  
Lisans Tezi, İzmir, 2023

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, hastaların ameliyat öncesi açlık sürelerinin konfor düzeylerine etkisinin Kolcaba'nın Konfor Kuramına göre incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel ve ilişki arayıcı türde olan bu araştırma, bir devlet hastanesinin cerrahi kliniklerinde, Haziran-Kasım 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, hastanenin cerrahi kliniklerinde araştırmanın yapıldığı tarihler arasında yatan ve örnekleme alınma ölçütlerini karşılayan hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya 267 hasta dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri Hasta Bilgi Formu ve Genel Konfor Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, Pearson korelasyon analizi ve doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ortalama  $12.12 \pm 2.43$  saat, katı gıda açlık süreleri ise ortalama  $14.57 \pm 2.74$  saat bulunmuştur. Genel Konfor Ölçeği duygu alt boyutları puan ortalamaları 2.59-2.67 arasında; bağlam alt boyutları puan ortalamaları 2.33-2.93 arasında ve tüm ölçek puan ortalaması  $2.63 \pm 0.36$  olarak hesaplanmıştır. Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve ASA skorunun, tüm ölçek puan ortalamasını etkilediği bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık süreleri ile tüm ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r = -0.129$ ,  $p = 0.036$ ). Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerindeki artışın, duygu alt boyutlarından ferahlama ve üstünlük, bağlam alt boyutlarından fiziksel, çevresel ve sosyokültürel alt boyut; katı gıda açlık sürelerindeki artışın, duygu alt boyutlarından ferahlama ve üstünlük; bağlam alt boyutlarından fiziksel, çevresel ve sosyokültürel alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamalarında azalmaya neden olduğu gösterilmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Hastaların ameliyat öncesi hem sıvı hem katı gıda açlık sürelerindeki artışın, duygu alt boyutlarından ferahlama ve üstünlük, bağlam alt boyutlarından fiziksel,



Çevresel ve sosyokültürel alt boyut puan ortalamalarını azalttığı; katı gıda açlık sürelerindeki artışın ek olarak tüm ölçek puan ortalamalarını azalttığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Ameliyat ncesi bakım, Ameliyat ncesi dönem, Hasta konforu, Perioperatif hemşirelik

## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF THE EFFECT OF PREOPERATIVE FASTING PERIOD ON COMFORT ACCORDING TO KOLCABA'S COMFORT THEORY

Aslınur TEPEKAYA

Izmir Katip Çelebi University, Graduate School of Health Sciences, Department of Nursing (Surgical Nursing), Master of Science Program, Master's Thesis, Izmir, 2023

**Objective:** This study was aimed at investigating the effect of preoperative fasting periods on the comfort levels of patients according to Kolcaba's Comfort Theory.

**Materials and Methods:** This cross-sectional and correlational study was conducted in the surgical clinics of a state hospital between June 2023 and November 2023. The study sample consisted of 267 patients who were hospitalized in the surgical clinics of the hospital while the study was conducted and who met the sampling criteria. The study data were collected using the Patient Information Form and General Comfort Questionnaire. In the analysis of the data, the independent sample t test, one-way analysis of variance, Pearson correlation analysis and linear regression analysis were used.

**Results:** The average preoperative fasting period for liquid and solid was  $12.12 \pm 2.43$  and  $14.57 \pm 2.74$  hours respectively. The mean score for the overall General Comfort Questionnaire was  $2.63 \pm 0.36$  and ranged between 2.59 and 2.67, and 2.33 and 2.93 for its sense and context dimensions, respectively. Sex, educational status, marital status and ASA score affected the mean score for the overall questionnaire ( $p < 0.05$ ). There was a statistically significant negative and weak relationship between the patients' preoperative solid fasting period and the mean score for the overall questionnaire ( $r = -0.129$ ,  $p = 0.036$ ). While the increase in the patients' preoperative liquid fasting period caused a decrease in their mean scores for the relief and transcendence sub-dimensions of the sense dimension, and the physical, environmental and sociocultural sub-dimensions of the context dimension; the increase in the patients' preoperative solid fasting period caused a decrease in their mean scores for the relief and transcendence sub-dimensions of the sense dimension, and the physical, environmental and sociocultural sub-dimensions of the context dimension and the overall questionnaire ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** While the increase in the patients' both preoperative liquid and solid fasting period decreased their mean scores for the relief and transcendence sub-dimensions of the sense dimension, and the physical, environmental and sociocultural sub-dimensions of the context dimension; the increase in the patients' preoperative solid fasting period also decreased their mean score for the overall questionnaire.

**Keywords:** Preoperative care, Preoperative period, Patient comfort, Perioperative nursing

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
KISALTMALAR.....	xv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi.....	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Ameliyat Öncesi Açlık.....	6
2.1.1. Ameliyat Öncesi Açlık Kavramı.....	6
2.1.2. Ameliyat Önceki Açlıkta Mide Boşalması.....	8
2.1.3. Ameliyat Öncesi Değerlendirme.....	9
2.1.4. Ameliyat Öncesi Bakımda Metabolik Durum ve Beslenme Durumu.....	9
2.1.5. Ameliyat Öncesi Açlığın Ameliyat Sonrası Olumsuz Etkileri.....	12
2.1.6. Geleneksel Ameliyat Öncesi Açlık Uygulamaları.....	13
2.1.7. Ameliyat Öncesi Açlığa Yönelik Kılavuz Önerileri.....	14
2.1.8. Ameliyat Öncesi Karbonhidrat Tedavisi.....	17
2.1.9. Ameliyat Öncesi Açlıkta Hemşirenin Rolü.....	21
2.2. Kolcaba'nın Konfor Kuramı.....	23
2.2.1. Konfor Kuramına Genel Bakış.....	23
2.2.2. Konforun Tanımı ve Anlamı.....	26
2.2.3. Konforun Taksonomik Yapısı.....	28
2.2.4. Konfor Kuramının Kavramsal Çerçevesi.....	31
2.2.5. Konfor Kuramını Destekleyen Varsayımlar.....	32

2.2.6. Konfor Kuramının Önergeleri .....	33
2.2.7. Konfor Gereksinimleri .....	35
2.2.8. Konfor Girişimleri.....	36
2.2.9. Konfor Bakımı Öğrenmenin Yararları .....	37
2.2.10. Konfor Kuramının Avantajları.....	38
2.2.11. Konfor Kuramının Değerlendirilmesi .....	39
2.2.12. Konfor Bakımı Şablonu.....	40
2.2.13. Konfor Kuramının Uygulamada Uygulanması.....	41
2.2.14. Konfor Kuramının Araştırmalarda Kullanılması .....	42
2.2.15. Konfor Ölçümü .....	42
2.2.16. Perianestezi Hemşireliğinde Konfor Bakımı .....	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	48
3.1. Araştırmanın Türü .....	48
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	48
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	48
3.3.1. Örnekleme Alınma ve Örneklemeden Dışlanma Ölçütleri .....	48
3.3.2. Örneklem Büyüklüğü .....	49
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	49
3.5. Veri Toplama Araçları.....	49
3.5.1. Hasta Bilgi Formu .....	49
3.5.2. Genel Konfor Ölçeği .....	49
3.6. Araştırmanın Planı ve Takvimi .....	53
3.7. Verilerin Toplanması .....	54
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	54
3.9. Araştırmanın Bütçesi .....	55
3.10. Araştırma Etiği .....	55
4. BULGULAR .....	56
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri .....	56
4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı ve Katı Gıda Açlık Süreleri .....	57
4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi Konfor Düzeyleri .....	58
4.4. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Konfor Düzeyleri .....	59
4.5. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi .....	64
4.6. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı ve Katı Gıda Açlık Süreleri ile Ameliyat Öncesi Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	68

4.7. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı ve Katı Gıda Açlık Sürelerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi .....	69
5. TARTIŞMA.....	78
5.1. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı ve Katı Gıda Açlık Süreleri .....	79
5.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Konfor Düzeyleri .....	81
5.3. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi .....	85
5.4. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı ve Katı Gıda Açlık Sürelerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi .....	86
5.4.1. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi .....	86
5.4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi .....	88
5.4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi Açlık Sürelerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi .....	89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	93
6.1. Sonuçlar .....	93
6.2. Öneriler .....	94
6.1.1. Klinik Uygulama için Öneriler .....	94
6.1.2. Araştırma için Öneriler.....	94
KAYNAKLAR.....	96
EKLER.....	105
EK-1. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ HESAPLAMASI .....	105
EK-2. HASTA BİLGİ FORMU .....	106
EK-3. GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ.....	108
EK-4. GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ.....	110
EK-5. ETİK KURUL ONAYI.....	111
EK-6. KURUM İZİNİ .....	115
ÖZGEÇMİŞ.....	117

## TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Konforun Taksonomik Yapısı .....	28
Tablo 2. Perianestezi Hemşireliğinde Konfor Gereksinimlerinin Taksonomik Yapısı .....	46
Tablo 3. Konforun Taksonomik Yapısı Üzerinde GKÖ Maddelerinin Dağılımı.....	50
Tablo 4. GKÖ Cronbach Alfa Katsayısı .....	52
Tablo 5. GKÖ Basıklık ve Çarpıklık Değerleri.....	54
Tablo 6. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Oranları .....	56
Tablo 7. Hastaların Sıvı ve Katı Gıda Açlık Süreleri.....	57
Tablo 8. Hastaların GKÖ Puan Ortalamaları .....	58
Tablo 9. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre GKÖ Puan Ortalamaları.....	59
Tablo 10. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin GKÖ Tüm Ölçek Puan Ortalamalarına Etkisi-Model 1 .....	64
Tablo 11. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin GKÖ Tüm Ölçek Puan Ortalamalarına Etkisi-Model 2 .....	66
Tablo 12. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin GKÖ Tüm Ölçek Puan Ortalamalarına Etkisi-Model 3 .....	67
Tablo 13. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı ve Katı Gıda Açlık Süreleri ile GKÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki .....	68
Tablo 14. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Ferahlama Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi.....	69
Tablo 15. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Rahatlama Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi.....	70
Tablo 16. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Üstünlük Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	70
Tablo 17. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Fiziksel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	71
Tablo 18. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Psikospirütel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	71
Tablo 19. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Çevresel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	72

Tablo 20. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Sosyokültürel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	72
Tablo 21. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Tüm Ölçek Puan Ortalamalarına Etkisi.....	73
Tablo 22. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Ferahlama Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	73
Tablo 23. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Rahatlama Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	74
Tablo 24. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Üstünlük Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	74
Tablo 25. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Fiziksel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	75
Tablo 26. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Psikospirüel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	75
Tablo 27. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Çevresel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	76
Tablo 28. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Sosyokültürel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	76
Tablo 29. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Tüm Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi .....	77



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Konfor Kuramının Kavramsal Çerçevesi .....	31
Şekil 2. Sonuç Araştırmaları için Uyarlanan Konfor Kuramı .....	42
Şekil 3. Araştırma Planı ve Takvimi.....	53

## KISALTMALAR

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

**ARDS:** Acute Respiratory Distress Syndrome (Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu)

**ASA:** American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezistler Derneği)

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**CAS:** Canadian Anesthesiologists' Society (Kanada Anestezistler Derneği)

**DKÖ:** Durumluk Kaygı Ölçeği

**ERAS:** Enhanced Recovery After Surgery (Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme)

**ESA:** European Society of Anaesthesiology (Avrupa Anesteziyoloji Derneği)

**ESPEN:** European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği)

**GCQ:** General Comfort Questionnaire (Genel Konfor Ölçeği)

**GKÖ:** Genel Konfor Ölçeği (General Comfort Questionary)

**GKÖ-KF:** Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu (General Comfort Questionnaire Short Form)

**KDU:** Kanıta Dayalı Uygulama

**NICE:** National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü)

**NPO:** Nil Per Os (Ağızdan Hiçbir Şey Almama)

**PKÖ:** Perianestezi Konfor Ölçeği (Perianesthesia Comfort Questionnaire-PCQ)

**RCN:** Royal College of Nursing (Kraliyet Hemşirelik Koleji)

**RKÇ:** Randomize Kontrollü Çalışma

**SGCQ:** Shortened General Comfort Questionnaire (Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu)

**TARD:** Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ameliyat öncesi açlık, klinik pratikte uyulması gereken önemli bir uygulamadır (1). Genel anestezi ile elektif cerrahi uygulanması planlanan hastaların aç kalması gerekliliği, yüzyılı aşkın süredir güvenli ameliyat öncesi bakım için temel köşe taşlarından biri olarak kabul edilmiştir (2). Cerrahi girişim veya işlem için anestezi veya sedasyon öncesinde açlığın amacı, aspirasyon ile sonuçlanabilecek ameliyat öncesi regürjitasyon riskini azaltmaktır (3). Aspirasyon olasılığını en aza indirmek için elektif cerrahide ameliyat öncesi uygun bir açlık süresi önerilir (4). Hastalarının güvenliği ve konforu ile ilgilenen tıp ve hemşirelik personeli, hastaları gerekli olmayan şekilde aç bırakmadan, güvenli ve konforlu ameliyat öncesi açlık düzeyleri oluşturmaya çalışmaktadır (5,6).

Aspirasyon korkusu ve ne kadar aç olursa hasta için o kadar güvenli olduğu düşüncesi, açlığın olumsuz etkilerinin göz ardı edilerek ameliyat öncesi aşırı sıvı veya katı gıda kısıtlamasına neden olur (2,7). Zeraatkar ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir Cochrane protokolüne göre, teorik olarak ameliyat öncesi açlık ameliyat sırasında aspirasyon riskini önleyebilir veya azaltabilir ancak kanıtların uzun süreli açlığı destekleyip desteklemediği belirsizdir (6). Ortaya çıkan kanıtlara karşın uygulamaya geçirilemeyen mevcut açlık önerileri önemli bir sorundur. Aç bırakmada geçmiş alışkanlıklar devam etmektedir (7).

Anestezistler tarafından oluşturulan ve hemşireler tarafından uygulanan ameliyat öncesi açlığın kapsamı hastaneler arasında ve hatta klinikler arasında değişiklik gösterir (5). Pek çok hemşire, ameliyata öncesi hazırlığı yapılan hastalara geleneksel olarak verilen “gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey almama (Nil Per Os-NPO)” talimatına hala aşınadır (8). Bir çalışmada, anestezi uzmanlarının %72.27’sinin gece yarısından itibaren açlık talimatını uyguladıkları gösterilmiştir (9). Zhu ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin uyguladıkları açlık süresinin, sıvı gıda için %28.6 oranında 2-4 saat, %71.4 oranında 4 saatten fazla; katı gıda için %50.5 oranında 6-8 saat, %49.5 oranında 8 saatten fazla olduğu saptanmıştır (10). Kanıta dayalı uygulama (KDU) kılavuzlarına daha güçlü bir vurgu yapılması gerekmektedir (7).

Ülkemizde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin “Klinikten Ayrılmadan Önce” bölümü hemşire tarafından kontrol edilmekte ve hastanın ameliyathaneye gitmeden önce aç olduğu hemşire tarafından teyit edilmektedir (11). Ameliyat öncesi açlık

süreleri hekim tarafından belirlenmesine karşın hemşirenin hastaları ameliyat öncesi açlık konusunda bilgilendirme, açlık için KDU kılavuzlarını teşvik etme ve hastaları uyum ve olumsuz etkiler açısından izleme gibi önemli sorumlulukları vardır. Bu kanıtı hastalara açıklayabilen ve savunabilen hemşire, KDU kılavuzlarına uyulmadığında hastalar için savunucu olabilir (12).

Konfor, birincil hasta hedefidir ve hasta deneyiminin merkezinde yer alır. Bu nedenle konforu en üst düzeye çıkarmak sağlık hizmetleri için evrensel bir hedeftir (13). Perianestezi hemşireleri, perianestezi hastalarının güvenliğini ve konforunu taahhüt eden hasta savunucularıdır. Cerrahi hastasının fiziksel, psikospirütel, çevresel ve sosyokültürel konfor gereksinimini karşılarlar (14). Hastaların konfor düzeyini korumak için konforun her boyutunu değerlendirmelidirler (15). Konfor, perianestezi bakımı ve araştırmaları için ölçülmesi gereken önemli bir göstergedir (16).

Uzun süreli açlığın olumsuz durumlar oluşturduğu bilinmektedir (7,17). Klinisyenler, ameliyat için susuz ve aç beklemenin, hastalarda sağlıklı olsalar bile istenmeyen fizyolojik sonuçlara yol açtığı ve aynı zamanda hastaların konforları ve esenlikleri için zararlı olduğu görüşündedirler (2). Sıvı ve katı gıda açlık süresi ve izin verilen alımın türü ve hacmi de dahil olmak üzere en iyi preoperatif açlık rejimi, aspirasyon veya regürjitasyon riski ile birlikte konfor ve iyileşme üzerindeki olası olumsuz etkileri en aza indirir (6). Sistemik derlemelerde ameliyat öncesi açlık süresi kısaltıldığında konforun arttığı belirlenmiştir (18,19). Yine bir sistematik derlemede ameliyat öncesi açlık süresinde kısalma ile susuzlukta ve açlıkta azalmanın ilişkili olduğu bulunmuştur (19).

Konfor, perianestezi ortamında hemşirelik bakımının istenen bir sonucudur. Aynı zamanda hastaların ameliyat veya işlemlere bağlı olarak yaşadıkları rahatsızlıkları kapsayan bir şemsiye terimdir (16). Konfor girişimleri perianestezinin her evresinde uygulanır. Anestezi öncesi dönem, hastayı ve aileyi perianestezi deneyimi için hazırlamaya odaklanır. Bu dönemdeki hedeflerden bir anesteziyi etkileyen risk faktörlerini değerlendirmektir. Sıvı ve katı gıdaların kısıtlanması bunlardan biridir. Hemşireler, ameliyat öncesi sıvı ve katı gıda yönetimi için güncel kılavuz önerilerinin uygulanmasını savunmalıdır (14).

Her hemşirelik kavramsal modelinin veya teorisinin özünde var olan rehberler, hemşirelik uygulamaları, araştırmaları, eğitimi ve yönetimine rehberlik eder (20). Bir araştırma bağlamında teori, bulguları anlamlı şekle getirir. Mevcut bilgileri tutarlı sistemler şeklinde özetler. Yeni araştırmaları teşvik eder (21). Kolcaba'nın Konfor

Kuramı, ölçülebilir, bütüncül, olumlu ve hemşireye duyarlı bir sonuç içerdiği için hemşirelik uygulamalarına ve araştırmalarına yön verir (22). Kolcaba'nın Konfor Kuramı bu çalışmanın kavramsal çerçevesini oluşturmuştur.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, hastaların ameliyat öncesi açlık sürelerinin konfor düzeylerine etkisinin Kolcaba'nın Konfor Kuramına göre incelenmesidir. Araştırmanın alt amaçları, hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre ameliyat öncesi konfor düzeylerinde anlamlı farklılık olup olmadığının, hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin konfor düzeylerine etkisinin, hastaların ameliyat öncesi sıvı ve katı gıda açlık süreleri ile ameliyat öncesi konfor düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

### **1.3. Araştırmanın Soruları**

- Hastaların ameliyat öncesi sıvı ve katı gıda açlık süreleri nedir?
- Hastaların ameliyat öncesi konfor düzeyleri nedir?
- Hastaların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum) ve klinik [beden kitle indeksi-BKİ, kronik hastalık durumu, daha önce ameliyat olma durumu, yattığı klinik, Amerikan Anestezistler Derneği (American Society of Anesthesiologists-ASA) skoru] özelliklerine göre ameliyat öncesi konfor düzeylerinde anlamlı farklılık var mıdır?
- Hastaların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum) ve klinik (BKİ, kronik hastalık durumu, daha önce ameliyat olma durumu, yattığı klinik, ASA skoru) özellikleri ameliyat öncesi konfor düzeylerini etkiler mi?
- Hastaların ameliyat öncesi sıvı ve katı gıda açlık süreleri ile ameliyat öncesi konfor düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Hastaların ameliyat öncesi sıvı ve katı gıda açlık süreleri ameliyat öncesi konfor düzeylerini etkiler mi?

### **1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi**

Mide doluluğu, anestezi sırasında aspirasyon riskini artırır. Bu nedenle cerrahi güvenliği etkiler (11). Ameliyat öncesi açlık, planlanmış bir ameliyattan önceki gün, gece yarısından sonra, sıvı ve katı gıda alımının kesilmesi ile anestezi indüksiyonu sırasında midenin boş olmasını amaçlayan rutin bir uygulamadır (19,23). Ameliyattan veya belirli bir işlemde önce boş bir mide sağlamak, genel anestezi uygulamasını

takiben, öğürme, öksürük ve yutma reflekslerinin inhibisyonuna bağlı pulmoner aspirasyonu önler (5,7,24).

Tarihsel süreçte ameliyat öncesi sağlık profesyonellerinin açlık ile ilgili kararları aşırı açlık dönemleriyle sonuçlanmıştır (7). Rutin olarak elektif bir ameliyat veya işlem planlanan hastalara, ameliyatlarının ertesi gün sabah veya öğleden sonra planlanıp planlanmadığına bakılmaksızın ameliyattan önceki gece, gece yarısından sonra hiçbir şey yememeleri veya içmemeleri, bir diğer deyişle gece yarısından sonra aç kalmaları söylenmektedir (12,25). Uzun süreli açlığın olumsuz sonuçlarına yönelik kanıtlara karşın çok sayıda çalışma eski uygulamaların devam ettiğini rapor etmekte ve açlık sürelerinin 6-8 saatten daha uzun ve genellikle 10-16 saat kadar uzun olduğunu bildirmektedir (7,19).

Hastanın güvenliği, iyiliği ve rahatlığına odaklanan hemşire, ameliyat öncesi gerekli olmayan şekilde aç kalmasını önleyerek güvenli açlık düzeyi oluşturulmasında önemli rol oynar (5). Ameliyat öncesi uzun süreli açlığın önlenmesinde büyük bir fark yaratabilir. Kılavuzlardaki kanıtlardan alıntı yapabilir, hekimlere önerilerde bulunabilir ve en iyi uygulamaların uygulanmasına giden yolda öncülük edebilir (12).

Ameliyat öncesi bakımın amaçlarından biri, cerrahi girişimi ve iyileşmeyi etkileyeceği düşünülen risk faktörlerini belirleyerek perioperatif süreçte hastanın güvenliğini ve rahatlığını sağlamaktır (26). Cerrahi girişim planlanan hastalarda konforun sağlanması ve sürdürülmesi hemşirelik bakımının amaçlarından biridir. Bakım bütüncül yaklaşımla, fiziksel, psikospirüel, çevresel ve sosyokültürel olmak üzere konforun dört boyutunu da içermelidir. Böyle bir bakım verildiğinde hastalar kendilerini ferah, rahat ve sorunların üstesinden gelebilecek şekilde hissedebilirler (15).

Ameliyat öncesi susuzluk ve açlık süresinin daha uzun olması konforda azalmaya neden olmaktadır (2,6,17,27).

Literatürde ameliyat öncesi açlık süresi ile doğrudan konfor kavramını birlikte inceleyen uluslararası (28) ve ulusal (29,30) sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan yalnızca birinde konfor kavramı bir ölçek kullanılarak tüm boyutlarıyla değerlendirilmiştir (29). Bu çalışmanın literatürdeki boşluğu doldurmaya katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Her hemşirelik kavramsal modeli veya teorisi, hemşirelik girişimleri için rehberleri sunan özgün bir profesyonel hemşirelik bakış açısıdır (20). Kolcaba'nın Konfor Kuramı, hemşirelik araştırmalarına rehberlik eder (22). Bu çalışmaya da

konfor kuramı yön vermiştir. Literatürde ameliyat öncesi açlık süresi ile doğrudan konfor kavramını birlikte ve bir kurama göre inceleyen çalışmaya ulaşılmamıştır. Bu durum, bu çalışmanın önemini ortaya koymaktadır.

### **1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmada bazı metodolojik sınırlılıklar bulunmaktadır. Araştırma tek bir hastanede yürütüldüğü için konu ile ilgili genel bir yorumlama yapılması mümkün değildir. Araştırmanın bulguları bu hastanenin cerrahi kliniklerinde Haziran-Ekim 2023 tarihleri arasında yatan hastaların verileri ile sınırlıdır. Hastaların ameliyat öncesi sıvı ve katı gıda açlık sürelerine yönelik veriler hastaların beyanına dayalıdır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ameliyat Öncesi Açlık

#### 2.1.1. Ameliyat Öncesi Açlık Kavramı

Genel anestezi öncesi sıvı veya katı gıda alımının kısıtlanması hasta güvenliği için önem taşımaktadır (5). Mide içeriğinin pulmoner aspirasyonundan kaynaklanan aspirasyon pnömonisi yaşamı tehdit edebilir ve en çok korkulan anestezi komplikasyonlarından biridir (12). Akut intraoperatif aspirasyonun etkisini en aza indirmenin anahtarı bunun olmasını önlemektir (31). Açlık talimatı, anestezi öncesi tüketilen katı gıdanın midede kalması ve aspirasyon riskini artırması varsayımına dayanmaktadır (12,19). Elektif cerrahide genel anestezi öncesi açlık, ameliyat sırasında mide içeriğinin hacmini ve asitliğini ve böylece regürjitasyon/aspirasyon riskini azaltmayı amaçlamaktadır (1,5,18).

Genel anestezi, regürjite olan mide sıvılarının akciğerlere ulaşmasını engelleyen refleksleri azaltır. Anestezi indüklendiğinde öğürme, öksürük ve yutma refleksleri deprese olur. Reflekslerin baskılanma derecesi anestezi düzeyine bağlıdır ancak laringeal ve faringeal reflekslerin tamamen yokluğuna kadar uzanabilir. Bu refleksler genellikle hava yolunu korurlar ve azalan işlevleri kusma durumunda pulmoner aspirasyon riski taşır. Koruyucu refleksleri olmayan hasta mide içeriğini pasif veya aktif olarak regürjite ettiğinde aspirasyon meydana gelir (5,31).

Aspirasyon, yabancı materyalin (gıda) ve/veya gastrointestinal sıvıların (mide asidi, safra veya diğer bağırsak içerikleri) akciğerlere aspire edilmiş olmasına bağlı olarak kimyasal pnömoni, bakteriyel pnömoni veya hava yolu tıkanıklığı ile ilişkili olabilmektedir (3). Mide içeriğinin aspirasyonu hava yolunun katı madde ile tıkanması yoluyla anında hipoksiye yol açarak veya pnömoniyeye neden olan mide asidi ile zarar verebilmektedir. Akut solunum sıkıntısı sendromuna (acute respiratory distress syndrome-ARDS) ilerleyebilen pnömoni, aspiratın düşük pH'ı ile daha da kötüleşir (4). Herhangi bir pnömoninin ciddiyetini belirlemede mide pH'ının yanı sıra içerik hacmi de önemlidir (2).

Akciğerlerin mide içeriğini aspire ettiği durumlarda, hastalar pnömoni ve hatta yaşam kaybı riski altındadır (5). Bununla birlikte aspirasyondan kaynaklanan pulmoner aspirasyon ve yaşam kaybı, modern anesteziye nadir görülen komplikasyonlardır ve tüm hastalar için katı ameliyat öncesi açlık kurallarını doğrulamamaktadır (12). Aspirasyonun elektif cerrahide çok nadir görülen bir olay olduğu bildirilmiştir (23). Bir vaka kontrol çalışmasında bir gruba anestezi öncesi sıvıyla

2 ve 6 saat öncesine kadar sıvı ve katı gıdalara izin veren azaltılmış bir ameliyat öncesi açlık protokolü uygulanmış ve bu grup gece yarısından itibaren geleneksel açlık uygulanan hastalarla karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da intraoperatif aspirasyon olmamıştır (32). Kluger ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada, anestezi olayı raporlama veri tabanına gönderilen ilk 4.000 rapor, genel anestezi veya sedasyon altında cerrahi girişim uygulanan hastalarda pulmoner aspirasyonu değerlendirmek için kullanılmıştır. Bu raporlarda 121 aspirasyon vakası belirlenmiştir. Raporların %50'den fazlasında aspirasyon önemli zarar ile ilişkilendirilmiş ve olayların %6.6'sı yaşam kaybı sonuçlanmıştır (33).

Aspirasyonların çoğu acil hastalarda ve genellikle gece meydana gelmektedir. Aspirasyonları takip eden ölümcül sonuçlar esas olarak ciddi komorbiditeleri olan hastalarda gerçekleşir (23). Aspirasyon pnömonisi için risk faktörleri şunlardır: çok küçük veya çok ileri yaş, obezite, nörolojik bozukluk, özofagus hastalığı (hiatus hernisi, özofajit ve akalazya), pilor stenozu, paralitik veya mekanik ileus, peptik ülser veya gastrit öyküsü, geçirilmiş üst gastrointestinal sistem cerrahisi (gastrektomi vb.), acil cerrahi, narkotik premedikasyon, aşırı anksiyete (34). Bir çalışmada, aspirasyon risk oranı 1.5'ten küçük ve olay olmaması için %95 güven aralığının dışında olan faktörler; 80 yaşın üstünde olma, acil cerrahi, bağımsız gündüz ünitesinde veya gastroenteroloji bölümünde gerçekleştirilen işlem, 1.800 ile 2.200 saat arasında gerçekleştirilen cerrahi işlem ve endoskopi işlemlerini içermiştir (33).

Aspirasyon riski olan hastalar, mide salgısını azaltmak ve pH'ını artırmak için önceden tedavi edilmelidirler. Bu hastalar, elektif cerrahi öncesi bir proton pompası inhibitörü (örneğin omeprazol, lansoprazol) ile ve acil cerrahi öncesi oral sodyum sitrat ile tedavi edilebilir (4). Anestezi Güvenlik Kontrol Listesinin bir ögesi olarak hastanın zor entübasyon/aspirasyon riskinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastada semptomatik aktif reflü veya dolu bir midesi olması durumunda anestezi görevlisinin aspirasyon olasılığına karşı hazırlıklı olması gerekir. Anestezi planının değiştirilmesi (örneğin hızlı indüksiyon tekniklerinin kullanılması) veya indüksiyon sırasında asistan yardımı alınarak krikoid baskı yapılması ile bu risk azaltılabilir (11). Bir çalışmanın sonuçlarına göre, aspirasyon riskinin yüksek olduğu durumlarda, laringeal maske yerine kafli endotrakeal tüp kullanılması ve ekip iletişimindeki gelişmelerle potansiyel risk faktörlerinin daha fazla farkında olunması, aspirasyonu önlemeye yönelik olası önlemler arasındadır (33).

### 2.1.2. Ameliyat Önceki Açlıkta Mide Boşalması

Kanıtlar, mide hacminin 500 ml bolus su ile 30 dakika içinde referans değere döndüğünü göstermektedir. Bir hastanın klinikten ayrılması, ameliyathaneye gelmesi, kontrol edilmesi ve anestezi indüksiyonuna girmesi için geçen gerçek süre göz önüne alındığında, gönderilinceye kadar berrak sıvı yudumla politikasının bir sonucu olarak indüksiyon sırasında ilişkili rezidüel mide hacmi ihmal edilebilir düzeydedir. Bu, mide rezidüel hacimlerinin açlıktan bağımsız olarak değiştiğini gösteren mide hacmini incelemek için ultrasonografinin kullanılmasıyla da desteklenir (35).

Mideden boşaltılma oranları tüketilen sıvı veya katı gıdanın türüne bağlı olarak büyük ölçüde değişmektedir (17). Fizyolojik kanıtlar, anestezi indüksiyonunda en düşük mide içeriği hacmini sağlamak için gereken açlık sürelerinin farklı oral alım türleri için değişeceğini ancak aç karnına bile midenin boş olmadığını göstermektedir. Mide 1 saatte 50 ml'ye kadar mide suyu salgılayabilmektedir (36). Bir gece açlığın ertesi sabah midenin boş olacağını garantisi olmadığı ortaya çıkmıştır. Çünkü açlık sırasında asit salgılanması devam etmektedir (2,23).

Berrak sıvılar, berrak olmayan sıvılar ve katılar mideden farklı mekanizmalarla ve hızlarla boşaltılır (12,36). Berrak sıvılar yutulduktan hemen sonra mideyi terk ederken katıların midede daha uzun kalarak önce parçalanması gerekir. Berrak olmayan sıvılar ise midede çökelti oluşturur (17,12).

Suyun boşaltılma yarılanma ömrü 12 dakika (36) veya 15 dakikadır (2). Bu, içeriğin %95'inin 1 saat içinde boşaltıldığı anlamına gelir (36). Bu sonuç, su için 1 saatlik açlık süresinin tamamen makul olduğunu göstermektedir (2).

Sıvıların boşaltılma hızı alınan sıvıların ozmolaritesiyle ters orantılıdır ve kalori içeren çözeltiler sudan daha yavaş boşalmaya eğilimlidir. Sabit bir oranda mideden boşaltılan katı gıdalar, gıdanın bileşimine ve miktarına bağlı olarak 6 saat sonra %10 ila %30 arasında kalabilir. Süt, katılar ve sıvılar arasında yer alır. Midenin asit ortamında kararsız hale gelir ve çökelti oluşturur (36). Boşaltılma yarılanma ömrü sığır eti özütü için 20 dakika ve sütlü çay için 25 dakikadır (2).

Karbonhidrat içeren gıdalar, protein ve yağ içeren gıdalara oranla daha kolay sindirilir ve boşaltılır (6).

Kanıtlara göre berrak sıvılardan sonra 2 saat ve katılardan sonra 6 saat açlık mide boşalması için yeterli zaman sağlar (7). Gece açlık yerine ameliyattan 2 saat önce 150 ml su veya berrak sıvı alımının ameliyat sırasında midede daha düşük sıvı hacmi ve daha yüksek pH değeri sağladığı bilinmektedir (17,23). Berrak sıvılar içmenin mide

boşalmasını teşvik edebileceği, asidik mide salgılarını seyreltebileceği ve böylece pulmoner aspirasyon riskini azaltarak hasta güvenliğini artırabileceği düşünülmektedir (17).

Açlık süresi dışında, mide hareketliliği ve sıvı dengesi gibi etmenler mide içeriğinin hacmini belirlemektedir (23). Hastalar ameliyat öncesi açlık gereksinimleri açısından da farklı olabilir. Örneğin obez veya gebe hastalar uzun süreli mide boşalması yaşayabilir ve bu nedenle daha uzun bir ameliyat öncesi açlık süresi gerektirebilir. Diyabet, gastroözofageal reflü veya gastroparezi tanılı hastalarda mide boşalması gecikebilir (6).

### **2.1.3. Ameliyat Öncesi Değerlendirme**

Hasta sonuçlarını en iyi duruma getirmek için elektif cerrahi öncesi ameliyat öncesi değerlendirme rutin olarak yapılır. Ameliyat öncesi değerlendirmenin amacı hastaları değerlendirmek ve gerekirse yüksek riskli hastaları cerrahiye hazırlamak için önlemler almaktır (37).

Kapsamlı bir değerlendirme, hastanın işlevsel kapasitesinin belirlenmesi ile birlikte kardiyak, pulmoner ve enfeksiyöz komplikasyonlar için risk faktörlerine odaklanan bir öykü alma ve fizik muayeneyi kapsar (37). Öykü, fizik muayene ve görüşme; ASA skoru, yaş, cinsiyet, ameliyat türü ve zor hava yolu yönetimi potansiyelinin yanı sıra regürjitasyon ve pulmoner aspirasyon riskini artırabilen gastroözofageal reflü hastalığı, özofagus dismotilitesi, disfaji semptomları, şişkinlik, gecikmiş mide boşalma belirtileri, diğer gastrointestinal motilite ve metabolik bozuklukların (örneğin diyabet) değerlendirilmesini içermelidir (31,38).

Hastalar ameliyat öncesi açlık gereksinimleri ve nedenleri hakkında bilgilendirilmelidir. Ameliyatın hemen öncesinde hastanın açlık gerekliliklerine uyumu doğrulanmalıdır. Bu açlık kurallarına uyulmadığında, alınan sıvıların veya katıların miktarı ve türünün önemi ile alımın riskleri ve yararları karşılaştırılmalıdır (38).

### **2.1.4. Ameliyat Öncesi Bakımda Metabolik Durum ve Beslenme Durumu**

Cerrahinin kendisi, cerrahi travmanın büyüklüğü ile ilgili inflamasyona ve metabolik stres tepkisine yol açmaktadır (39). Bu travma homeostatik dengenin bozulmasına neden olur. Vücut, sistemik ve lokal yanıtlarla homeostatik dengeyi korumaya çalışır. Travma ile nöroendokrin yanıt, mediatör salınması ve çeşitli metabolik değişiklikler oluşur. Total vücut enerjisi azalır, nitrojen kaybı olur ve katekolamin, kortizol gibi hormonlar yükselir. Travmaya karşı verilen bu yanıt kısa

vadede sağ kalım için gerekli olmasına karşın uzun vadede vücutta hasara yol açar (40).

Uzamiş ağlığın metabolik yolları tehlikeye attığı, böylece glukoneogenez, lipoliz ve proteolizi başlatabilen biyokimyasal reaksiyonları tetiklediği düşünölmektedir (1). Uzun süren açlık sonucunda kas, yağ, deri ve diğer dokular yıkılır, oksijen gereksinimi ve metabolik hız artar. Vücut artan enerji gereksinimini karşılamak amacıyla tüm kaynaklarını kullanır. Sonrasında proteinler yıkılır ve enerji üretilir (40).

Ameliyat geçiren hastalarda beslenme desteği açısından uygun planların yapılabilmesi için metabolizmada oluşun temel değişikliklerin ve bozulmuş beslenme durumunun ameliyat sonrası komplikasyonlar açısından bir risk faktörü olduğu bilinmelidir. Çünkü ameliyattan kaynaklanan metabolik stres sırasındaki açlık, fizyolojik koşullar altındaki açlıktan farklıdır. Uygun ve işlevsel iyileşme elde etmek için metabolik yanıt gerekli olsa da hasta yetersiz beslendiğinde ve inflamatuvar yanıt/stres uzadığında beslenme tedavisi gerektirir. Protein katabolizması sonucunda kas doku kaybı oluşur. Kas doku en önemli hedef kabul edilen işlevsel iyileşme için gereklidir. Periferik protein kütesini geri kazanmak için vücudun cerrahi travma ile yeterince başa çıkması gerekir. Beslenme tedavisi, en iyi iyileşme için enerji sağlayabilir ancak ameliyattan hemen sonraki dönemde kas katabolizmasını yalnızca çok düşük düzeyde önleyebilir veya hiç etkileyemeyebilir (39).

Ameliyat geçiren hastalarda kronik, düşük dereceli inflamasyon olabilir. Yeterli bağışıklık tepkisini etkileyen diğer beslenme dışı metabolik etmenler hesaba katılmalı ve mümkün olduğuunda ameliyat öncesi düzeltilmeli veya iyileştirilmelidir. Bunlar, azalmış kardiyak işlev ve solunum işlevi, anemi, akut ve kronik zehirlenmeler (örneğin alkol, keyif verici madde), antiinflamatuvar ve sitotoksik ilaçlarla tıbbi tedavidir. Önceden var olan şiddetli inflamasyon ve sepsis iyileşmeyi (yaralar, anastomozlar, bağışıklık işlevi gibi) olumsuz yönde etkiler ve aynı zamanda beslenme tedavisinin yararını azaltır (39).

Ciddi derecede yetersiz beslenen hastalarda, uyku hali, hipotermi, lökopeni, bozulmuş yara iyileşmesi ve püy üretimi ile birlikte sepsis ve sonuçta yaşam kaybı gelişebilir. Bu durumda beslenme tedavisi kas kütesini korumaz veya geliştirmez ancak yeterli stres tepkisi sağlayarak iyileşme şansını artırabilir. Bozulmuş inflamatuvar stres tepkisinin farkında olmak, cerrahi travmanın kapsamını sınırlamak anlamına gelir ve sorunsuz iyileşmeye katkı sağlar (39).

Yetersiz beslenme, elektif cerrahi geçiren hastalarda inflamatuvar veya neoplastik hastalıktan kaynaklanan metabolik bozukluklar, metabolik duruma sekonder olarak değişen besin kullanımı, yeterli beslenmeye yetersiz erişim veya beslenme yolunda işlev bozukluğu dahil olmak üzere çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir (37).

Elektif cerrahide, cerrahi stresi azaltmaya yönelik önlemlerin katabolizmayı en aza indirebileceği, cerrahi tedavi boyunca anabolizmayı destekleyebileceği ve hastaların büyük cerrahi girişimden sonra bile önemli ölçüde daha iyi ve daha hızlı iyileşmesine izin verebileceği gösterilmiştir (39).

Hastanın beslenme durumu ameliyat öncesi değerlendirme dahilinde belirlenir. İdeal olarak beslenme açısından riskli hastalar ameliyat öncesi değerlendirme sırasında belirlenmeli ve bu hastalara beslenme hedefine yönelik tedavi uygulanmalıdır (37).

Beslenme hedefleri en temel düzeyde yara iyileşmesi için kalorik ve azotlu destek sağlamak ve aşırı yağsız vücut kütlesi kaybını önlemek olmalıdır. Beslenme tedavisi anlayışı ilerledikçe bu hedefler inflamasyonu ve bağışıklık tepkisini modüle etme, glukoz kontrolünü en iyi duruma getirme, cerrahiye hipermetabolik tepkiyi hafifletme ve iyileşmeyi artırma amacıyla mikro ve makro besinleri sağlamayı içerecek şekilde genişlemiştir (37). Ameliyat öncesi beslenme durumunun iyileştirilmesinin amaçları enerji açığını düzeltmek, işlevsel performansı iyileştirmek, kilo kaybını önlemek ve bağırsak mikrobiyomunu korumaktır (41).

Hafif yetersiz beslenen hastayı kısa süreli olarak (7-10 gün) en iyi duruma getirmek için beslenmenin iyileştirilmesi düşünülmelidir. Ciddi derecede risk altında olan hastalar daha uzun süreli ameliyat öncesi beslenme tedavisi almalıdır (39). Ameliyat öncesi beslenme durumunu iyileştirmek için 1.2 g/kg protein alımı ile normokalorik diyet yeterlidir. Girişim, diyet danışmanlığı, güçlendirilmiş diyet, oral beslenme desteği ve belirtildiği yerlerde parenteral desteği içermelidir. Mümkün olan her yerde her zaman enteral yol tercih edilmelidir. Hastalar normal bir diyet tükettiklerinde bu genellikle enerji gereksinimlerini sağlamak için yetersizdir. Bu nedenle hastaların beslenme durumlarına bakılmaksızın ameliyat öncesi dönemde ağızdan beslenme takviyeleri almaları önerilir (41).

Hastalar anestezi odasına, ameliyat öncesi sıvı ve elektrolit dengesizliği düzeltilmiş olarak mümkün olduğunca övolemiye yakın bir durumda ulaşmalıdır. Bazı hastaların ameliyat öncesi övolemi sağlanması için intravenöz sıvılara gereksinimi olabilir (41).

### 2.1.5. Ameliyat Öncesi Açlığın Ameliyat Sonrası Olumsuz Etkileri

Geleneksel ameliyat öncesi açlık uygulamaları ameliyat sonrası komplikasyonlar ile ilişkilidir (24). Cerrahi travma ile uzun süreli kalori ve protein eksikliğinin bir araya gelmesi bir dizi olumsuz etkileri olan katabolik reaksiyonları başlatır (39,40).

Klinisyenlere göre susuz bir durumda ameliyata gelme, hastanın yalnızca rahatına ve iyiliğine zarar vermemekte aynı zamanda sağlıklı olsa bile istenmeyen fizyolojik sonuçlar yaşamasına neden olmaktadır. Sıvılar uygun şekilde verilse ve hasta ameliyathaneye övolemi durumunda gelse bile kalori alımı olmaması hasta için zararlı olmaktadır (2). Elektif cerrahi geçiren hastalarda ameliyat öncesi uzun süreli açlık güvenli bulunmamakta, olumsuz klinik sonuçlara neden olduğu düşünülmektedir (1). Ameliyattan önce uzun süre sıvı gıdalardan uzak durmak hastalar, özellikle de yaşlılar için zararlıdır (42).

Ameliyat öncesi sıvı kısıtlaması ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın artmasına neden olur (35). Ameliyat öncesi uzun süreli aç bırakılan hastalarda ameliyat sonrası bulantı ve kusma ortaya çıkar (18). McCracken ve Montgomery (2018) tarafından, ameliyat öncesi sınırsız berrak sıvı uygulamasına geçişten önce ve sonra ameliyat sonrası bulantı ve kusma insidansını değerlendirmek amacıyla yapılan retrospektif çalışmaya, 11.500 günübürlük cerrahi hastası dahil edilmiştir. Hastaların ameliyat sonrası 24 saat içinde bulantı ve kusma oranları, ameliyata kadar sıvı içebildiklerinde, ameliyat öncesi 2 saate kadar içebildiklerine göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (43).

Uzun süreli açlık, dehidratasyona neden olabilmektedir (18,40). Bu durum hem anestezi ve cerrahi sırası hem sonrası dönemde hastada stres oluşturmakta ve zararlı sonuçlanabilmektedir (40). Hastalar ameliyat odasına genellikle bağırsak hazırlığı gibi diğer etmenlerle daha da kötüleşen bir dehidratasyon durumunda gelir (2). Ameliyat sırasında da sıvı kaybı olacağından hastalarda daha fazla sıvı açığı oluşur (27). Ameliyat sonrası uygulama, ileus çözülene veya bağırsak işlevi düzeline kadar oral beslenmeden kaçınmayı içerir ve genellikle birden fazla açlık günüyle sonuçlanır (7). Açlığa bağlı dehidratasyon, fizyolojik değişiklikler meydana getirir. Taşikardi, oligüri, elektrolit dengesizliği, bilinç kaybı ve konfüzyona neden olur (27). Ameliyat sonrası kusma olasılığını artırır (40).

Uzun süreli açlığa bağlı olarak ameliyat sonrası dönemde elektrolit dengesizliği gelişebilir (18).

Açlık, vücudun karbonhidrat olmayan kaynaklardan glukoz üretmesini gerektirir ve glikojen depolarını tüketir (17). Böylece ameliyat sonrası kas proteinlerinin yıkılması ile kas kaybına neden olur (17,18). Kas proteinlerinin yıkılması sonucunda laktat ve amino asitler ortaya çıkar. Bunlardan yeniden glukoz üretilir. Böylece negatif nitrojen dengesi meydana gelir (18). Buna karşılık bir çalışmada ameliyat öncesi açlık süresinin ameliyat sonrası albümin ve total protein düzeyleri ile ilişki olmadığı belirlenmiştir (44).

Uzun süre aç kalan hastalarda hipoglisemi meydana gelmektedir (18,27). Cerrahi travma sonrası ilk 24 saatte insülin miktarı anlamlı şekilde artar (27). Hipoglisemi hastada rahatsızlıklara neden olabilir ve ameliyat sonrası iyileşmeyi tehlikeye atabilir (6). Ameliyat öncesi aşırı açlığın ameliyat sonrası insülin direnci, hiperglisemi gibi olumsuz fizyolojik etkileri de olabilir (17). Buna karşılık bir çalışmada ameliyat öncesi açlık süresi ile ameliyat sonrası kan glukoz düzeyi arasında ilişki olmadığı ortaya çıkarılmıştır (44).

Ameliyat öncesi uzun bir açlık dönemi ameliyat sonrası iyileşmeyi önleyebilir (6,17,18).

Cerrahi hastalarında yüksek yetersiz beslenme prevalansı ve cerrahiye katabolik yanıt, uzamış açlığın etkileriyle tutarlı olarak, bağışıklık işlevinin bozulması, gecikmiş yara iyileşmesi ve genel olarak artmış morbidite dahil olmak üzere çok çeşitli olumsuz etkilere sahiptir. Bu nedenle, aşırı açlık dönemlerinin bu tür sonuçları kötüleştirme olasılığıdır (7).

Ameliyat öncesi uzun süreli açlık hastanede yatma süresinde uzamaya neden olabilir (27). Bir sistematik derlemede, hastaların ameliyat öncesi gece yarısından sonra tamamen aç kalmalarının hastanede yatış sürelerini artırdığı gösterilmiştir (18).

Ameliyat öncesi sıvı kısıtlaması ameliyat sonrası hasta memnuniyetinin azalmasına neden olur (35). Ayrıca yukarıda sayılan tüm olumsuz değişikliklerle ameliyat sonrası dönemde hasta memnuniyeti azalır (18).

#### **2.1.6. Geleneksel Ameliyat Öncesi Açlık Uygulamaları**

Geleneksel olarak ameliyat öncesi açlık gece yarısından sonra başlayan, yönetimi kolay, ameliyat listesindeki sıranın değiştirilmesine izin veren, hastalar tarafından sorgulanmayan ve klinik ortamda yaygın uygulanan bir açlık politikasıdır (1,5,45). Çoğu hasta ameliyat öncesi bekleme sırasında uzun süre beklemektedir. Klinik uygulamada görüldüğü gibi bazen ameliyatlar iptal edilebilmektedir (1).



Mevcut klinik uygulamada bazı klinikler ameliyat öncesi karbonhidratlı/karbonhidrat açısından zengin içeceklerle izin verirken bazıları ameliyattan 2-4 saat öncesine kadar berrak sıvılara izin vermekte buna karşılık bazıları ameliyattan önceki gece yarısından sonra açlığı gerekli görmektedir (25). Bunun hasta sonucunu veya deneyimini iyileştirdiği hiçbir zaman kanıtlanmamıştır. Yetişkinlerde elektif cerrahi öncesinde sıvı kısıtlamasına yönelik mevcut geleneksel yaklaşımı destekleyen hiçbir kanıt bulunmamakla kalmamakta aynı zamanda bunun zararlı olabileceğine dair kanıtlar da bulunmaktadır (35). Geleneksel uygulamanın güncelliğini yitirdiği konusunda genel bir fikir birliği vardır (24). Son yıllarda yayınlanan çok sayıda çalışmada bu uygulamanın iyilik halinde azalma ve bazı metabolik olumsuzluklara neden olduğu gösterilmiş ve ameliyat öncesi aşırı açlık sürelerine duyulan gereksinim çürütülmüştür (7,45).

Kılavuzlarda önerilen açlık süreleri, mide boşalması ve/veya sıvı emilimi ve metabolizması fizyolojisini inceleyen herhangi bir sağlık profesyoneli için mükemmel bir anlam ifade etse de bugün dünya çapında kılavuzlar oldukça az kullanılmaktadır (23). Kurumlarda mevcut en büyük zorluklardan biri, kılavuzların önerdiği açlık protokolünün uygulamaya konması olmuştur. Dogma sorununa ek olarak, hastaları ve sağlık profesyonellerin eğitmek yerine “gece yarısından sonra aç” standardını belirlemek kurumlar için daha kolaydır (42). Yetişkin elektif cerrahi hastalarına ameliyat öncesi su verilmesini savunan kılavuzlar, klinisyenlere mevcut en iyi uygulamaları benimseme, postoperatif komplikasyonları azaltma ve hasta deneyimini iyileştirme konusunda güç verecektir (35).

### **2.1.7. Ameliyat Öncesi Açlığa Yönelik Kılavuz Önerileri**

Bu bölümde sıralanan uluslararası kurumların kılavuzlardan yararlanmıştıır:

- Amerikan Anestezistler Derneği (American Society of Anesthesiologists-ASA) (38)
- Avrupa Anesteziyoloji Derneği (European Society of Anaesthesiology-ESA) (46)
- Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism-ESPEN) (39)
- Avustralya ve Yeni Zelanda Anestezistler Koleji (Australian and New Zealand College of Anaesthetists-ANZCA) (3)

- Kanada Anestezistler Derneği (Canadian Anesthesiologists' Society-CAS) (47)
- Kraliyet Hemşirelik Koleji (Royal College of Nursing-RCN) (36)
- Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence-NICE) (25,48)

Bu bölümde sıralanan ulusal kurumların kılavuzlardan da yararlanılmıştır:

- Ameliyat Sonrası Hızlı İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS) Türkiye Derneği (45)
- Sağlık Bakanlığı (11)
- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) (49)

Ameliyat öncesi açlık süresinin belirlenmesinde alınan gıdanın türü ve miktarı dikkate alınmalıdır (47).

Bir Cochrane protokolüne göre, açlık süresi ve alımına izin verilen gıdanın türü ve hacmi dahil olmak üzere en iyi ameliyat öncesi açlık rejimi, aspirasyon veya regürjitasyon riskini, hastanın rahatlığı ve iyileşmesi üzerindeki potansiyel olumsuz etkiler ile dengeleyecektir (6).

#### **2.1.7.1. Sıvı Gıdalar için Öneriler**

Ameliyat öncesi gece yarısından sonra açlık uygulaması berrak sıvılar için gerekli olmayan bir uygulamadır (3,39). Günümüzde daha fazla merkezin geleneksel ameliyat öncesi açlık rejimlerinden uzaklaştığı ve ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvı rejimini kullandığı belirtilmektedir (25).

Güvenli cerrahi rehberine göre cerrahi işlem öncesinde hastanın aç kalması istenir ve böylece midenin boş olması sağlanır (11). Açlık talimatında anestezi veya sedasyon zamanlaması hesaba katılmalıdır (3). Elektif ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvılar verilen hastaların geleneksel 12 saat veya daha uzun süre aç bırakılanlara göre daha büyük aspirasyon veya regürjitasyon riski taşıdığına dair hiçbir kanıt yoktur. Çünkü berrak sıvılar mideden 60-90 dakika içinde ayrılır (39). Elektif cerrahi için anestezi indüksiyonundan önce 2 saate kadar su alımı sağlıklı hastalarda güvenlidir (36). Berrak sıvılar işlemlerden 2 saat öncesine kadar alınabilir (3,25, 36,38,39,45-47,49).

Sıvıların 6 saatten daha uzun süre kısıtlanması olumsuz metabolik etkilerin yanı sıra hastanın refahı üzerinde de olumsuz etkiye sahip olabilir. Sürekli berrak sıvı, özellikle karbonhidrat bakımından zengin sıvı tüketimi, mide boşalmasını

iyileştirebilir ve ameliyat öncesi açlığın metabolik ve psikolojik etkilerini hafifletebilir

(3). Anesteziden 2 saat önce su alımı hasta refahını iyileştirir (36). Ameliyat öncesi berrak sıvılar içmek baş ağrısı, bulantı ve kusmayı azaltmaya yardımcı olabilir (25,39).

Ameliyat öncesi açlık uygulanan işlemlere, genel anestezi, bölgesel anestezi veya işlemsel sedasyon ve analjezi gerektiren tüm işlemler dahildir (38). Öneriler yalnızca genel anestezi gerektirenler için değil ameliyat olan tüm hastalar için geçerlidir (48).

Su, posasız meyve suları, karbonatlı içecekler, karbonhidratlı içecekler, berrak çay ve sade kahve bu kategoride bulunur (3,25,38,45-47). Bu sıvılar alkol (38), gazlı içecek, süt veya yoğurt (48) içermemelidir.

Uygulanan sıvıların hacminin, standart bir açlık rejimiyle karşılaştırıldığında, kalan mide hacmi ve mide pH'ı üzerinde bir etkisi yok gibi görünmektedir (36). Önerilen sıvı hacmi için güvenli bir üst sınır henüz net bir şekilde tanımlanmamıştır ve hastadan hastaya değişiklik gösterir. Bununla birlikte çalışmalar hastalarda ameliyattan 2 saat önce 400 ml'ye kadar berrak sıvı vermenin güvenli olduğunu göstermiştir (3). Buna karşılık NICE (2020a) kılavuzuna göre ameliyat öncesi içilebilecek berrak sıvı miktarı sınırlı değildir ancak aşırı olmaması gerekmektedir (48). RCN (2005), hastaların anestezi indüksiyonundan 2 saat öncesine kadar sınırsız miktarda su ve diğer berrak sıvıları tüketebileceklerini belirtmektedir (36).

#### **2.1.7.2. Katı Gıdalar için Öneriler**

Güvenli cerrahi rehberinde, cerrahi girişimden önce midenin boş olmasını sağlamak amacıyla hastanın aç kalması isteneceği bildirilmiştir (11).

Genel anestezi, bölgesel anestezi veya işlemsel sedasyon ve analjezi gerektiren elektif işlemlerden önce 6 saate kadar hafif bir yemek veya süt alınabilir (3,36,38,39,45,46,49). Kızarmış yiyecek, yağlı yiyecek veya et tüketimi, mide boşalma süresini uzatabileceği için önerilmemektedir (38).

Katılar için açlık süresini 6 saatin altına düşürmenin net bir yararı yoktur (3,46). Hastanın kızarmış yiyecek, yağlı yiyecek veya et tüketmesi durumunda ek açlık süresine (örneğin 8 saat veya daha fazla) gereksinim duyulabilir (38,47). Yağlı ve kızarmış yiyecek için 8 saat açlık gereklidir (49).

Uygun bir açlık dönemi belirlerken tüketilen gıdanın hem miktarı hem türü göz önünde bulundurulmalıdır. Süt, mide boşaltma süresi açısından katılara benzer olduğundan uygun bir açlık dönemi belirlenirken tüketilen miktar da göz önünde bulundurulmalıdır (38). Büyük miktarlardaki süt midede pıhtılaşır ve katı gibi davranır

ancak daha küçük miktarlar diğer sıvılar gibi işlenir ve güvenlidir. Elektif cerrahide ameliyat öncesi tüketilen çay veya kahveye süt eklenmesine izin verildiğinde kusma ve aspirasyonun meydana gelme olasılığının arttığına dair deneysel kanıtlar vardır ancak hiçbir randomize kontrollü çalışmada (RKÇ) özel olarak bu uygulamanın güvenliği incelenmemiştir (46).

### **2.1.7.3. Sakız, Şeker ve Tütün için Öneriler**

Ameliyat günü sakız çiğnemeye izin verilmemelidir. Tatlılar, katı gıdalardır. Tatlılar için ameliyat öncesi en az 6 saatlik açlık süresi önerilir (36). Elektif cerrahide ameliyat öncesi nikotin alımı (tütün, nikotin sakızı ve bantlar dahil) önerilmemektedir. Bununla birlikte bir kılavuza göre hastalar anestezi indüksiyonundan hemen önce sakız çiğnedikleri, şekerleme emdikleri veya tütün kullandıkları için ameliyatları iptal edilmemeli veya geciktirmemelidir (46).

### **2.1.8. Ameliyat Öncesi Karbonhidrat Tedavisi**

Son yıllarda ameliyat öncesi bakım gelişmiş ve bu gelişmeyle birlikte elektif cerrahi geçiren hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası durumun en iyi şekilde getirilmesi ve iyileşmeye yardımcı olması için yüksek enerjili, karbonhidratlı içecekler kullanılmaya başlanmıştır (40). Elektif cerrahiden veya sedasyon veya anestezi gerektiren diğer işlemlerden birkaç saat öncesine kadar karbonhidratlı içeceklerin tüketilmesi güvenli ve yararlı bir uygulamadır. Tek başına alındığında berrak sıvılar, olumsuz fizyolojik etkileri önlemek için yetersiz olabilir. Anestezi veya sedasyondan 2 saat öncesine kadar berrak sıvılar sunmaya ek olarak, ameliyat öncesi açlığın zararlı sonuçlarını önlemenin en iyi yolu, planlanan işlemde 2 ila 3 saat önce tüketilecek karbonhidratlı içecek reçete etmektir (17).

Karbonhidratlı içecekler, hastanın ameliyatın olumsuz etkilerinin üstesinden gelmesine yardımcı oldukları ve komplikasyonları azaltmak için metabolik bir destek sağladıkları varsayımıyla ameliyat öncesi ve sonrası verilmektedir (48). Bir sistematik derlemede, hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası deneyimlerini geliştirmek için ameliyat öncesi karbonhidratlı içeceklerin kullanımı önerilmiştir (24).

Karbonhidrat yüklemesinin dünya çapında kullanım sıklığı göz önüne alındığında elektif cerrahi hastalarında mide içeriğinin pulmoner aspirasyonu riski ihmal edilebilir görünmektedir (2). Bir sistematik derlemeye göre mevcut kanıtlar, ameliyat öncesi karbonhidratlı içeceklerin tüketilmesinin mide boşalmasını geciktirmediğini veya mide asiditesini etkilemediğini göstermektedir (24). Kılavuzlara göre karbonhidratlı içeceklerin gözlemlenen bir zararı bulunmamakla beraber

hastaların (diyabet hastaları dahil) elektif ameliyattan 2 saat öncesine kadar karbonhidratlı içecekler içmesi güvenli bulunmuştur (46,48). Bir RKÇ'de, anestezi indüksiyonundan 2 saat sonrasına kadar maltodekstrin ile zenginleştirilmiş oral solüsyonların kullanımının güvenli bir işlem gibi görüldüğü belirtilmiştir (50).

Majör abdominal cerrahi geçiren bireylerin ameliyat sonrası açlık süresinin daha uzun olması gerekebilir. Bu nedenle bu bireyler ameliyat öncesi karbonhidratlı içeceklerden diğerlerine göre daha fazla yarar sağlayabilirler. Karbonhidratlı içeceklerin bu tür ameliyatı olan bireyler için düşünülebileceği kabul edilmiştir (25). Majör abdominal cerrahide ameliyat öncesi karbonhidratlı içeceklerin ameliyat sonuçları açısından büyük yarar sağlayacağı belirtilmiştir (48).

Ameliyat öncesi karbonhidrat tedavisinin temel amacı, insülini normal bir yemekten sonra görülen düzeylere (bazal açlık düzeylerinin yaklaşık 5-6 katı) ulaştırarak gece açlık durumunu tokluk durumuna getirmektir (23). Karbonhidratlı içeceklerin insülin direnci üzerinde önemli bir etkisi vardır (24). Elektif cerrahide ameliyat öncesi karbonhidratlı içeceklerin alınması ameliyat sonrası travmanın neden olduğu insülin duyarlılığını azaltarak kan glukoz düzeyini düşürür (39,40,45,46).

İnsülin direnci önemli olarak görülmektedir. Çünkü bu yalnızca zayıf glukoz alımı ve hiperglisemiye değil aynı zamanda kas ve karaciğerde glikojen depolanmasının azalmasına neden olabilir ve böylece kas yıkımı ve ameliyat sonrası zayıflığa yol açabilir. İnsülin direncinin kendisi morbidite, mortalite ve hastanede yatış süresinde artış ile ilişkilidir. Kısa açlık sürelerinden sonra bile açlığı önlemek için metabolizma yavaşlar ve insülin duyarlılığını önemli ölçüde azaltır. Ameliyat travması da insülin direnci oluşturur ancak açlığın aksine ameliyat metabolizmayı ve sonuçta katabolizmayı hızlandırır. Bunu telafi etmek için insülin düzeyi yükselir ancak hücreler buna dirençli olduğu için kan glukoz düzeyi de yükselir. İnsülin, glukagon oranını düşürür ve glukoneogenezi yoğunlaştırır. Ameliyat öncesi uzun süreli açlık insülin duyarlılığını azaltarak hem ameliyat sırasında hem ameliyat sonrası birkaç haftada -ameliyatın büyüklüğüne ve iyileşme süresine bağlı olarak- ameliyatın metabolik stresini şiddetlendirir. Ortaya çıkan hiperglisemi, artan morbidite ve hastanede yatış süresi ile ilişkilidir (17).

Elektif cerrahide ameliyat öncesi verilen karbonhidratlı içecekler, susuzluğu, açlığı (23,46) ve ağız kuruluğunu (40) azaltır. Anksiyete dahil ameliyat öncesi rahatsızlığı azaltmak için ameliyat öncesi oral karbonhidrat tedavisi uygulanabilir (23,39,48). Bir çalışmanın sonucunda, bu solüsyonların kullanımının susuzluk ve açlık

duygularını ve ameliyat öncesi anksiyete durumunu azaltarak ameliyat öncesi iyi olma durumunun korunmasına katkıda bulunduğu ifade edilmiştir (50).

Oral karbonhidratların cerrahi süreçte metabolik stresi azalttığı ve ameliyat sonrası sağlığı iyileştirdiği bildirilmiştir (39,40). Ameliyat öncesi karbonhidrat tedavisi, bağışıklık sistemini güçlendirir. Yara iyileşmesini hızlandırır. Kas gücü kaybı, septik komplikasyonlar ve hastanede yatış süresini azaltır (17,40).

Bu tip bir ameliyat öncesi hazırlığın kas gücü kaybını azalttığı belirtilmektedir (17).

Hemşirelik çalışması olan bir RKÇ'de, ameliyat öncesi karbonhidratlı içecek tüketen hastalarla gece yarısından sonra hiçbir şey tüketmeyen hastalar karşılaştırılmıştır. Ameliyat sonrası ilk saatte ortalama kan glukoz düzeyinin girişim grubunda 90.90 mg/dl ve kontrol grubunda 107.00 mg/dl olduğu ve aradaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (51).

Majör abdominal cerrahide ameliyat öncesi karbonhidratlı içecek verilen bireylerde hastanede yatış süresinin kısaldığı saptanmıştır (25,48).

Abdominal cerrahide ameliyat öncesi karbonhidratlı içeceklerin daha iyi hasta konforu sağladığı gösterilmiştir (48). Bir sistematik derlemeye göre, karbonhidratlı içeceklerin, susuzluk, açlık, ağız kuruluğu, bulantı ve kusma, yorgunluk, halsizlik, anksiyete ve depresyon dahil olmak üzere ameliyat sonrası rahatsızlık üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (24).

Ameliyat sonrası susuzluğu değerlendiren çalışmalar, ameliyat öncesi karbonhidratlı içeceklerin susuzluk yaşayan hasta sayısını azaltarak klinik olarak önemli bir yarar sağladığını bulmuşlardır (48). Az miktarda kanıt, ameliyat öncesi karbonhidratlı içecek verilen bireylerde ameliyat sonrası susuzlukta azalma olduğunu göstermektedir (25). Bir RKÇ'de, kontrol grubu gece yarısından sonra aç bırakılırken deney grubuna ameliyattan 2 saat önce 200 ml karbonhidratlı içecek uygulanmıştır. Her iki grubun da gece yarısına kadar sıvı ve katı gıda almalarına izin verilmiştir. Deney grubunun, ameliyat öncesi kadar susuzluk ve açlık yaşamadığı ve ameliyattan sonra da susuzluk yaşamadığı bulunmuştur (52). Kalça kırığı olan yaşlı hastalarda yapılan bir RKÇ'de kontrol grubundaki hastalara ameliyattan önceki gece saat 21.00'den sonra ağızdan hiçbir şey verilmezken deney grubundaki hastalara ameliyattan 2-4 saat önce 200 ml karbonhidratlı içecek verilmiştir. Deney grubundaki hastaların ameliyat öncesi açlık süresinin önemli ölçüde azaldığı, ameliyathaneye vardıklarında açlık ve susuzluk göstermedikleri ve bunun sonucunda da perioperatif

anestezi bakımından memnuniyetlerinin arttığı gösterilmiştir (53). Bir çalışmada kırık cerrahisi geçirecek hastalara ameliyattan önceki gece 800 ml, ameliyat günü ameliyattan 2 saat önce 400 ml karbonhidrattan zengin içecek önerilmiştir. Ameliyat öncesi karbonhidrat tedavisine uyum %71.6 olarak bulunmuştur. Ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresinin uyum olan grupta (6.8 saat), olmayan gruba (15 saat) göre anlamlı olarak daha kısa olduğu, katı gıda açlık süresinde ise anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Hastaların perioperatif dönemde toplam %70.3'ü susuzluk, %74.2'si açlık yaşamadığını bildirmiştir (54). Bir çalışmada ameliyat öncesi karbonhidratlı içecek uygulama girişiminin hastaların ameliyat sonrası susuzluklarını olumlu etkilediği buna karşılık açlık skorunu etkilemediği bulunmuştur (51).

Ameliyat öncesi karbonhidrat tedavisi ameliyat sonrası bağırsak seslerinin daha hızlı başlamasını sağlar (40). Böylece ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı azaltır (17,40). Ameliyat öncesi karbonhidratlı içecek verilen hastalarda ameliyat sonrası baş ağrısında azalma olduğunu gösteren az miktarda kanıt bulunmaktadır (25). Bu uygulama ameliyat sonrası stres düzeyini de düşürür (40).

Abdominal cerrahide ameliyat öncesi karbonhidratlı içeceklerin daha iyi memnuniyet sağladığı gösterilmiştir (48). Bir çalışmada, ameliyat öncesi karbonhidratlı içecek uygulama girişiminin ameliyat sonrası anestezi bakımından artan memnuniyetle sonuçlandığı saptanmıştır (52). Bir RKC'de hastalar, gece yarısından itibaren ameliyat saatine kadar aç kalanlar, karbonhidrat açısından zengin içecek alanlar (ameliyattan bir gece önce %12.5 glukoz, 50 kcal/100 ml (Nutricia preop®; Nutricia, Zoetermeer, Hollanda) içeren 800 ml oral karbonhidrat solüsyonu ve anestezi indüksiyonundan 2 saat önce ilave 400 ml) ve aynı protokol ile plasebo içecek olarak su alanlar olarak üç gruba ayrılmıştır. Karbonhidrat açısından zengin içecek alanların diğer iki gruba göre hasta memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (55).

Ameliyat öncesi kullanım için özel olarak geliştirilen ürünler (ağırlıklı olarak maltodekstrinler) güvenlidir. Ancak tüm karbonhidratlar kesin güvenli bulunmamıştır (46). Meyve bazlı limonata mide boşalma süresinde bir fark olmaksızın güvenli bir seçenek olarak düşünülebilir (39). Pek çok kombinasyon mümkün olsa da oral karbonhidratların anahtar bileşimi, 2 saat sonra mideden güvenilir bir şekilde boşaltılan maltodekstrin polisakkaritleridir. Bununla birlikte diğer formülasyonlar veya takviyeler iyi sonuçlar verebilir (2).

Ameliyattan önceki gece 800 ml ve ameliyat öncesi 400 ml karbonhidratlı içecek verilmesi (“CHO loading” olarak adlandırılır) aspirasyon riskini artırmaz (39). Ameliyat yapılacak hastalara metabolik tokluk hali sağlanmak amacıyla ameliyat öncesi gece yarısına kadar 800 ml, ameliyat öncesi 2-3 saate kadar da 400 ml karbonhidratlı içecek verilmelidir (39,45). Bir karbonhidrat yükünün standart tanımı, ameliyattan 4 saatten daha kısa süre önce uygulanan en az 45 g’dır. Yaygın olarak kullanılan bir formülasyon 50 g’lık bir şaşedir. Bu formülasyon 135 mOsm.kg<sup>-1</sup> ozmolaliteye sahip %12.5’lik bir içecek yapmak için 400 ml ile seyreltilir ve 200 kalori içerir. Ameliyattan önceki gece iki adet 400 ml’lik şaşe ve ameliyattan 2-4 saat önce bir adet 400 ml’lik şaşe verilir (2).

### **2.1.9. Ameliyat Öncesi Açlıkta Hemşirenin Rolü**

Ameliyat öncesi açlık konusunda hastayı eğitmek çok önemlidir (1). Hemşire, ameliyat öncesi değerlendirmede hastaları açlık gereksinimleri konusunda eğitmeli ve hastalara sıvı ve katı gıda alımını durdurma zamanını belirten ameliyat öncesi açlık talimatları hakkında bilgi vermelidir (1,12,17). Bir çalışmada hastaların yalnızca %5.8’i ameliyat öncesi aç kalmanın öneminin kendilerine söylendiğini bildirmiştir (56). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların %78.8’i ameliyat öncesi açlık hakkında bilgilendirilmiştir (44). Hemşire bu talimatları hem sözlü hem yazılı olarak anlatmalıdır. Bunları açıklamalı ve örneklendirmelidir. Hastaların ameliyat öncesi talimatları anladıklarını onlardan tekrar etmelerini isteyerek teyit etmelidir. Bu konudaki çabalarını devam ettirmeli ve etkililik açısından değerlendirmelidir (17). Hastaların açlık uygulamaları, eğitim alma düzeyini ve hemşireler tarafından verilen bilgilerin etkililiğini yansıtabilir (1).

Bir ameliyat öncesi değerlendirme ünitesinde, açlık talimatlarının açık ve ulusal yönergelere uygun olup olmadığını değerlendirmek için açlık talimatı politikası denetlenmiştir. Bu kapsamda hasta bilgilendirme broşürü gözden geçirilmiştir. Broşürde sabah yapılacak ameliyat için “gece yarısından itibaren aç”, öğleden sonra yapılacak ameliyatı için ise “sabah 07.00’den itibaren aç” yazılı olduğu görülmüştür. Hastaların ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvı içmeleri teşvik edilmemiştir. Hastaların %70’i subjektif dehidrasyon ifade etmiş ve %40’ı klinik dehidrasyon kanıtı göstermiştir. Hastalar en uzun 17 saat olmak üzere gerekli olmayan uzun süreler boyunca aç kalmıştır. Sağlık profesyonellerinin mevcut ameliyat öncesi açlık kılavuzları konusundaki bilgilerini güncellemek için bir eğitim oturumu düzenleme, doğru, okuyucu dostu ve kapsamlı bir hasta bilgilendirme broşürü hazırlama ve



güncellenmiş açlık talimat politikasını hatırlatan posterler sergileme girişimleri uygulanmıştır. Hastaların ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvı içmeleri teşvik edilmiştir. Hastaların %25'inde belirgin subjektif dehidrasyon dramatik biçimde azalmış ve %25'i klinik dehidrasyon kanıtı göstermiştir. En uzun açlık süresi 8 saate indirilmiştir (57).

Gözlemsel bir kalite geliştirme çalışmasında, elektif sezaryen yapılacak hastalar için, ASA'nın ameliyat öncesi açlık ve karbonhidratlı içecek önerilerini içeren bir hasta eğitim broşürü geliştirilmiştir. Bu broşür ile ameliyat öncesi anestezi konsültasyonunda eğitim verilmiştir. Eğitim girişimi ile sıvı gıda açlık süresinin 10 saatten 3.5 saate düştüğü bulunmuştur. Katı gıda açlık süresinde ise anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (12.5 saate karşı 12.4 saat). Öneriye karşın hastaların yalnızca %22.5'inin karbonhidratlı içecek tükettiği saptanmıştır (58).

Bu kalite geliştirme projesinde hastalara ameliyat öncesi sıvı gıdalar için 2 saat ve katı gıdalar için 6 saat açlık konusunda sözlü talimat verilmiş, daha sonra yazılı bir eğitim notu uygulanmıştır. Ayrıca sağlık personeline e-postalar, haber bültenleri ve çalışan toplantıları aracılığıyla açlık süreleri konusunda eğitim verilmiştir. Sıvı gıda açlık süresinin 11.3 saatten 5 saate düştüğü belirlenmiştir. Katı gıda açlık süresindeki azalmanın (14.5 saatten 14 saate) anlamlı olmadığı saptanmıştır (59).

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinde "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümünün kontrolü için en azından hemşire veya sağlık görevlisi orada hazır bulunmalıdır. Hasta ameliyathaneye gitmeden önce hastanın aç olduğunun teyit edilmesi gerekmektedir (11).

Hemşirelerin hasta koşullarına ve çevresel koşullara dayalı karar verme becerileri çok önemlidir ve hem ameliyat öncesi hem ameliyat sonrası ortamlarda uygulanması gerekmektedir (7). Hemşire, tüm hastaların ameliyat öncesi berrak sıvı kısıtlamasına uymasını sağlamak için ölçütler oluşturmalıdır (17). Bu ölçütler kapsamında, ameliyat öncesi bekleme döneminde öngörülen gecikmeler olduğunda ve bekleme süresinin 2 saati geçmesi olası olduğunda hastalara az miktarda su veya berrak sıvı vermeyi düşünebilir (1,17). Kalite iyileştirme çabalarını, ameliyatı sabah geç saate veya öğleden sonraya planlanan hastalara odaklamalı ve hastaların ameliyat sabahında berrak sıvı almalarını veya hafif bir kahvaltı yapmalarını sağlamalıdır (17). Ameliyatı öğleden sonraya planlanan hastaların hafif bir yemek ve berrak sıvılar almayı istemeleri gerekir. Bunu sormayan hastalar aç ve susuz kalabilir (12). Bu

hastalar, rahatsızlık ve uzun süreli açlığın yan etkileri açısından büyük risk altındadır (17). Sonuç olarak ameliyat öncesi hidrasyon önlemleri düşünülebilir (1).

Hemşire, klinisyenlere kanıta dayalı açlık kurallarını hatırlatabilir. Talimatları kanıta dayalı olmayan sağlık profesyonellerini bu konuda geliştirmek için hastaların ameliyat öncesi açlık sürelerini izleyen kalite iyileştirme projelerinden yararlanabilir. Bunun için elektronik sağlık kaydını bir izleme aracı olarak kullanmalıdır. Ameliyat öncesi açlık uygulamalarında karar destek araçlarından yararlanmalıdır (17).

Hastaların ne kadar süre aç kaldığını daha açık hale getirmek için açlık sürelerini bir ünite de izlemek ve hastanede güvenli açlık süresini sağlamak amacıyla bir “model ünite” oluşturulabilir (12).

Hemşirenin, açlık uygulamalarını destekleyen bilimsel kanıtları ve hastalara ne öğreteceğini anlaması gerekir (12). Bir çalışmada hemşirelerin ameliyat öncesi gıda kısıtlamasına ilişkin güncel kılavuz önerileri konusunda bilgi sahibi olmadıkları ve hastalara ameliyat öncesi gıda kısıtlamasına ilişkin yeterli bilgi vermedikleri bulunmuştur (60).

## **2.2. Kolcaba'nın Konfor Kuramı**

Kolcaba'nın Konfor Kuramına yönelik literatür taramasında, ulusal literatürde yer alan derleme makalelere ulaşılmıştır (15,61-64). Bununla birlikte bu çalışmada kuram, Kolcaba'nın kendi makalelerinden ve bazı kuram kitaplarından yararlanılarak açıklanmıştır.

### **2.2.1. Konfor Kuramına Genel Bakış**

Kolcaba, üç farklı konfor türünü tanımlamak için Orlando, Henderson ve Paterson ve Zderad'ın kuramları olmak üzere üç hemşirelik kuramı kullanmıştır. Diğer disiplinlerden, konfor gereksiniminin temel olduğunu, bireylerin konforu bütüncül (holistic) olarak deneyimlediğini, kendi kendini rahatlatıcı girişimlerin sağlıklı veya sağlıksız olabileceğini ve artan konforun (sağlıklı yollarla elde edildiğinde) daha fazla üretkenlik sağlayacağını öğrenmiştir (65). Konforun taksonomik yapısını, arkaik, tarihi ve çağdaş hemşirelik literatürünün yanı sıra diğer disiplinlerin (tıp, psikiyatri, psikoloji, ergonomi) literatürlerinin gözden geçirmesi ile oluşturmuştur (22). Konfor kuramı, orta düzey bir teoridir (66,67).

Konfor kuramı, ağrı veya yorgunluk kuramından daha geniş kapsamlıdır. Konfor, ağrı ve yorgunluk araştırmalarından istatistiksel genellemeleri alır ve bunları açıklamaya yardımcı olur. Konfor kuramı içindeki teorik terimlerin uzantıları, psikolojik üstünlük gibi diğer gerçekliklerle etkileşime girdikçe ağrı ve kaygı

fenomenlerini belirtir. Bu şekilde konfor kuramı, ağrı gibi kuramların sahip olmadığı olumlu bileşenlere sahip olur. Dolayısıyla açıklayıcı güçleri diğer kuramlara göre daha fazladır. Bu nedenle, iyi bir konfor kuramı, acı ve kaygı kuramlardan daha fazla açıklayıcı güce sahip olmayı vaat eder (22).

Kolcaba, hastanın gereksinimlerinin bir uyarıcı durumundan kaynaklandığını ve negatif gerilime neden olabileceğini ifade etmiştir. Artan konfor, negatif gerilimlerin azalmasına ve pozitif gerilimlerin devreye girmesine neden olabilir. Konfor, sağlık arama davranışlarını teşvik edebilen veya kolaylaştırabilen bakımın bir sonucu olarak görülür. Artan konforun sağlık arama davranışlarını artırabileceği varsayılmaktadır. Çünkü bir önermede “Artırılmış konfor sağlanırsa hasta ve aile sağlık arama davranışlarına katılması için güçlendirilmiş olur.” denilmektedir. Bu, ileride konforu artırır (67).

Bütüncül konfor kuramı, hemşirelik bakımı için normatif ve tanımlayıcı bir kuramın bileşenidir. Kuram, olağanüstü gereksinimlerin uyarıcı durumundan kaynaklandığı ve negatif gerilime neden olduğu yönündedir. Negatif gerilim, önleyici güçler eldeki kolaylaştırıcı güçlerden daha ağır bastığında var olan bir dengesizliği temsil eder. İçerik alanının herhangi bir alanında konfor gereksinimleri belirlenir. Girişimler bu özel gereksinimleri hedefler ve gerilimi olumlu yönde hareket ettirir. Hasta, girişimlerle gerilimlerin değişip değişmediğini algılar; hemşire, hastanın konfor algısını nesnel veya öznel olarak değerlendirerek istenen konfor sonucunun ne ölçüde karşılandığına karar verir. Konforun artması, negatif gerilimlerin azaldığını ve pozitif gerilimlerin devreye girdiğini gösterir. Pozitif gerilimler, tek bir yapıcı davranış eğilimine yol açar. Hemşireliği ilgilendiren yapıcı davranışlar, sağlık arama davranışlarıdır ve bu davranışlar doğrudan sağlık temasından kaynaklanır. Hemşire, teorik olarak içsel/dışsal sağlık arama davranışları veya huzurlu bir ölüm ile ilgili olduğu için konforun sonucunu kolaylaştırır. Sağlık arama davranışları uygulandıklarında daha fazla konfor sağlanabilir (22).

Konforun işlevselleştirme bakış açısı, bütüncül ile ilgili hemşirelik literatüründen gelir. Bütüncül bir değerlendirmenin, bakım alanının fiziksel, psikospirüel, çevresel ve sosyokültürel tepkileri de dahil olmak üzere tüm varoluş durumunu değerlendirdiği belirtilmektedir. Hemşireler, karşılıklı ilişkilerin genel modellerini belirlemek için böyle bir değerlendirme gerekli olduğunun farkındadırlar. Bütüncül bir değerlendirme bir gereksinimi ortaya çıkardığında, hemşireler müdahale etmeye ve gereksinimleri karşılamaya çalışır. Herhangi bir

gereksinim üzerine olumlu bir sonuç, hastayı bütün olarak olumlu yönde etkiler. Ayrıca hemşireler, tek bir bütüncül girişim ile birçok gereksinimi karşılayan, olumlu bir zihin-beden etkileşimini teşvik edecek girişimler tasarlarlar (68).

Konfor bakımı bütüncüdür. Çünkü konfor gereksinimleri birbirleri ile ilişkilidir ve bazı gereksinimlerin karşılanması, konforun diğer hedeflenmemiş bileşenlerinde artan konfora yönelik bütüncül bir tepki oluşturur. Aynı anda dört insan deneyimi bağlamına yönelik hemşirelik bakımı, birkaç nedenden dolayı bütüncüdür. Birincisi; girişimler, ailenin gereksinimleri de dahil olmak üzere hasta gereksinimlerinin benzersiz bir kombinasyonuna dayanmaktadır. İkincisi; hemşire konfor gereksinimlerinin birbirleri ile ilişkili olduğunu kabul eder. Bazı gereksinimlerin karşılanması diğer konfor gereksinimlerini olumlu yönde etkiler. Üçüncüsü; özellikle hedeflenmeyen konfor gereksinimleri üzerindeki olumlu etkiler, konforun bazı bölümlerine değinilerek açıklanabilecek olandan daha fazla toplam konfor sağlar. Dolayısıyla bütün, parçalarının toplamından daha büyüktür (69).

Konfor anlayışı, fiziksel, psikospirüel, çevresel ve sosyokültürel girişimleri içeren hemşirelik bakımına doğrudan rehberlik eder. Hastayı tuvalete götürmek, tedavi konusunda güven vermek, bilgi vermek, odasını temizlemek gibi bütüncül konforu hedefleyen bir dizi girişim, konfor durumlarının kısa bir değerlendirmesinin ardından bir hemşire-hasta görüşmesinde yapılabilir. Herhangi bir bağlamdaki gerçek veya potansiyel bir açık, bir konfor önlemini (measure) tetikler. Böylece mutsuz, sağlıklı veya rahatsız bir hasta daha rahat ettirilebilir veya hastanın ağrı olarak tanımlanmayan rahatsızlığı fark edilip hedef alınabilir. Bu örnekte konfor, bir dizi rahatsızlıkla ters orantılıdır ve bu nedenle hemşirelik uygulaması teorisinde eksik bir parçadır. Klinisyenler konforu etkileme yeteneğine ve disiplin ilgisine sahiptirler. Hastalar konfor elde etmek için hemşirelerden yardım isterler. Yapı, aktif bir fenomeni temsil ettiğinden, kuram ile bağlantılı fiili bir tanım, konforun gerçekleri arasındaki zengin ilişkileri açıklamak ve tahmin etmek için önemlidir (22).

Konfor kuramına göre bir hastayı rahatlatma süreci, hastanın ve yakınlarının karşılanmamış konfor gereksinimlerine dayalı olarak orada bulunma ve konfor girişimleri yapma niyetini gerektirir. Hastanın endişelerini ve sorularını dile getirmek için zamana gereksinimi varsa hemşire hastayı dikkatle dinler ve kültürel olarak uygun teşvik ve beden dilini kullanır (konfor girişimi). Hemşire bunu neden ve ne zaman yapacağını çok iyi bilir. Çünkü hemşire hasta olarak bütün bireye uyum sağlar, stres

ve üzüntü zamanlarında hastaya konfor sağlamak ve hastayı yatıştırmak ister. Nasıl hemşire olunacağına dair böyle bir açıklama diğer kuramların çoğunda eksiktir (65).

Konfor kuramı hemşirelere, hasta ve ailelerin ele alınmayan konfor gereksinimlerini belirleme ve bu gereksinimleri karşılamaya yönelik girişimler geliştirme konusunda rehberlik eder (65).

Rahatsızlık olumsuz bir fiziksel duyum veya duygusal sıkıntıdan daha fazlası olup konforun/rahatsızlığın diğer yönleri bütüncül varlıkları etkiler. Bu nedenle konfor kuramı, bakım, semptom yönetimi, etkileşim, bütüncüllük, iyileşme ortamı, gereksinimlerin belirlenmesi ve homeostaz gibi hemşirelik değer ve alanları ile uyumludur (70).

“Sanatçı olarak hemşire ve sanatın algılayıcısı olarak hasta” benzetmesi kulağa basit gelebilir ancak bütüncül hemşirelik için önemli çıkarımlar sağlar. Konfor bakımı, süreci ve ürünü içerdiğinden etkili bakım rahatlatıcı eylemlerden (action) ve artırılmış konfordan oluşur. Rahatlatıcı eylemler hemşirelik bakımına dahil edilir. Ancak hasta, konforunun arttığını algılamazsa konfor bakımı etkili olmaz ve hemşire “sanatçı yönü olan” kişi olmaz. Bununla birlikte konfor bakımı başarılı olduğunda bakım, verimli, bireyselleştirilmiş, bireyi bir bütün olarak hedef almış ve yaratıcı olur. Bu durumda hasta iyi bakıldığını ve rahatladığını hisseder. Ayrıca hemşire de sanatı, hasta tarafından var edildiği ve bu şekilde algılandığı için ödüllendirildiğini hisseder (69).

Konfor bakımı, bütüncül, bireyselleştirilmiş, yaratıcı, verimli, hem hastalar hem hemşireler için memnuniyet vericidir. Özellikle hızlı değişim zamanlarında uygulamayı organize etmeye ve zenginleştirmeye yardımcı olabilir (71).

Konfor kuramı, geleneksel hemşirelik uygulamalarını insancıl, gereksinimler ile ilgili ve bütüncül olarak tanımlar. Ayrıca uygulamayı, kurumsal sonuçlar ile ilişkilendirir. Bu kurumsal sonuçlar, sağlık bakım kurumlarının iyi durumda olduğunu görünür ve gerekli (konforlu bakım) kılan hemşirelik eylemleriyle oluşur. Yine bu kuram KDU ile uyumu nedeniyle hemşirelerin ne yaptığının vurgulanmasından geniş hasta popülasyonlarındaki sonuçlara vurgu yapılmasına kadar kuramlar için yeni bir yönelme örneğidir (66).

Konfor kuramı, ölçülebilir, bütüncül, olumlu ve hemşireye duyarlı bir sonuç içerdiğinden hemşirelik uygulamalarına ve araştırmalarına yön verir (22).

### **2.2.2. Konforun Tanımı ve Anlamı**

Sağlık, konfordur. Konfor, tüm insanlar için önemlidir (72). Hemşirelerin disiplinlerinde ilgilendiklerini iddia ettikleri karmaşık bir yapıdır. Hemşireler, hastanın

izolasyonu ile yüzleşmek ve acıyı rahatlatmak için en donanımlı kişilerdir (68). Konfor; karmaşık, pozitif, dinamik, bağlamsal, bireye özgü, hasta odaklı ve bütüncül bir kavramdır. Sağlık bakımı için önemli bir sonuçtur (72). Bireyin dinamik ve çok yönlü durumunu belirlediği için aynı zamanda bütüncül bir sonuçtur (22).

Konforun (comfort) teorik tanımı, ferahlama (relief), rahatlama (ease) ve üstünlük/sorunların üstesinden gelme (transcendence) için temel insan gereksinimlerinin karşılanması durumudur (73,74).

Çağdaş dilde konforun dört anlamı vardır. Birincisi, rahatsızlıktan (discomfort) kurtulma nedeni ve/veya konfor (comfort) durumunun nedeni olarak konfordur. Bu anlam konfor önlemi ile eş anlamlıdır çünkü konfor nedenini ifade eder. Hemşirelik uygulamasında, belirli bir konfor gereksinimine yanıt olarak konfor önlemleri başlatılır. Önlem başarılı ise gereksinim karşılanır ve sonuç konfordur. Konfor önlemleri aslında konfor gereksinimlerinin sonuçları ve konfor sonuçlarının öncülleridir. Konforun ikinci anlamı rahatlama (ease) ve huzurlu hoşnutluk durumudur. Bir neden olarak konfor (birinci anlam), bir sonuç (ikinci anlam) olarak konfor ortaya çıkarmalıdır. Konfor durumu, kaygı, acı, keder, sıkıntı, ıstırap gibi yenilgiye uğratan koşulların yokluğu anlamına gelir. Yenilgiye uğratan koşullara rahatsızlık denir ve neden veya sonuç olabilir. Ortaya çıkan rahatsızlık durumu, konfor durumuna aykırıdır. Temsilciler tarafından başlatılan veya bir şeyler tarafından ortaya çıkarılan konfor nedenleri, rahatsızlıkların etkilerini ortadan kaldıran, etkisiz hale getiren veya etkisini yok eden dengeleyici güçler olarak alınır. O halde konfor sağlama düşüncesi hem konfor hem rahatsızlıktan oluşan nedensel seriler arasındaki ilişkileri analiz etmeyi içerir. Temsilciler, örneğin hemşireler, rahatsızlık durumunu önlemek için genellikle olası bir rahatsızlığın nedenini ortadan kaldırır. Bir başka ifadeyle hasta rahatsızlık hissetmeden önce rahatsızlık kaynağını belirler ve ortadan kaldırır. Böylece rahatlık durumu, önceden bir rahatsızlık durumu olmaksızın var olabilir. Üçüncü anlam, rahatsızlıktan kurtulmadır. Ferahlanmanın kendisi bir konfor olsa da bir konfor durumuyla eş anlamlı olması gerekmez. Eksik, kısmi veya geçici bir ferahlama olabilir. İlk durumda (ferahlama olarak konfor), birçok ciddi rahatsızlıktan yalnızca birinden kurtulma olabilir. İkincisi, rahatsızlık tekrar ortaya çıkana kadar yalnızca kısa bir süre sürebilir. Tersine, konfor durumu (ikinci anlam) ciddi rahatsızlıkların olmamasını, rahatsızlıklardan tamamen kurtulmayı ve şiddetli rahatsızlıklardan geçici olarak kurtulmak yerine kalıcı olarak kurtulmayı gerektirir. Konforun dördüncü anlamı, yaşamı kolay veya rahat (comfortable) yapan her şeydir. Bu anlam, keyfi

(pleasure) en üst düzeye çıkarma hedefini ifade eder ve bu nedenle hemşirelik bilimine uygulanamaz. Bu nedenle, bu analizde daha fazla dikkate alınmadan ortadan kaldırılmıştır (73,74).

Kolcaba'ya göre konfor, büyük ölçüde güçlendirmek anlamına gelmektedir (14). Ferahlama, rahatlama ve üstünlük gereksinimlerinin, fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olmak üzere dört deneyim bağlamında karşılanmasıyla hemen (immediate) güçlenme deneyimi olarak tanımlanır (66). Konfor girişimlerini alan bireylerin hemen deneyimlediği durumdur. Konfor gereksinimlerinin karşılanması yoluyla güçlenmenin bütüncül deneyimini gerektirir (65).

Kolcaba'nın (1995a) Morse'tan (1983) aktardığına göre konfor, hastaya hemşirelik bakımının sağlanmasında en önemli hemşirelik eylemi olarak tanımlanmaktadır (69).

Konfor bakımı, hemşire tarafından hasta için gerçekleştirilen rahatlatıcı (comforting) eylemler sürecini ve oluşan artan konforun sonucunu içeren bir hemşirelik sanatıdır. Konfor kuramına göre, hastalar stresli sağlık bakım durumlarında konfor gereksinimlerini yaşarlar (71).

Konfor bakımı, hedefe yönelik rahatlatıcı aktivitelerden (activity) (süreç) oluşan, artırılmış konforun (ürün) elde edildiği durumdur. Hemşire-sanatçı, hastanın konforunu artırma sanatına ulaşmak için rahatlatıcı eylemler, beceriler ve ifadeleri kullanır. Süreç, hastanın konfor gereksinimlerinin değerlendirilmesinin ardından hemşire tarafından sıklıkla hastayla birlikte başlatılır. Hemşire hastayla meşgul olur, hastanın gereksinimlerini yorumlar ve konforunu artırmanın yollarını düşünür. Belirtilen ürün artırılmış konfor olduğundan başarı, girişim öncesi ve sonrası konfor düzeyleri karşılaştırılarak değerlendirilir (69).

### 2.2.3. Konforun Taksonomik Yapısı

**Tablo 1. Konforun Taksonomik Yapısı (68,73)**

Konfor		Duygu		
		Ferahlama (1)	Rahatlama (2)	Üstünlük (3)
Bağlam	Fiziksel (1)	1-1	1-2	1-3
	Psikospiritüel (2)	2-1	2-2	2-3
	Çevresel (3)	3-1	3-2	3-3
	Sosyokültürel (4)	4-1	4-2	4-3

Üç konfor duygusu (sense) (ferahlama, rahatlama, üstünlük), dört bağlam (context) (fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyal/sosyokültürel) ile birleştiğinde, 12 hücreden oluşan 3x4 şeklinde bir taksonomik yapı veya ızgara oluşturur (Tablo 1) (68,73). Sosyal bağlam, Kolcaba'nın sonraki yayınlarda ve ölçekte sosyokültürel bağlam olarak ifade edildiği için burada da bu terim kullanılmıştır.

Her iki boyut hastaların gereksinimlerine dayanmaktadır. Gereksinimler karşılandığında konfor artar (68). Bu 12 hücre, hasta gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması açısından konforun toplam şeklini temsil eder (73). Literatür taramasında tanımlanan her konfor özelliği (sonuç olarak), bu taksonomik yapının 12 hücresinden birine yerleştirilebilir (68). Bu taksonomik yapıda konforun her bir ögesine konfor gereksiniminin hastalar tarafından deneyimlendiği belirli bir duygu ve bağlam kombinasyonunu belirten bir sayı atanır. Her öge; ampirik göstergeler, öncüller, sonuçlar ve test maddelerinin geliştirilebileceği konforun bir yönünü ifade eder (73). Başka bir deyişle hücreler, belirli öncüllere, sonuçlara ve ampirik göstergelere atıfta bulunmak için sayılarla etiketlenmiştir. Taksonomik yapıdaki her hücre, iki boyutlu bir kavramın farklı bir yönünü temsil eder. Tüm yönler birbirine bağlıdır; birinde meydana gelen değişiklik, diğerlerinde de değişiklik yaratır (68). Konforun bazı yönleri bakım alan tarafından eş zamanlı olarak algılanır. Konforun yönleri (her bir hücre) birbirleri ile ilişkilidir ve bunları belirli bir şekilde hedefleme veya ölçme girişimleri zaman alıcı ve hatalıdır. Bununla birlikte hastaların konfor gereksinimlerinin dört bağlamda sezgisel olarak değerlendirildiği bir bakım modeli oluşturulabilir (72).

Bu taksonomik yapı, konforu analiz etmeye yöneliktir. Bilgiyi organize eder. Düzenleyici bir çerçevedir. Avantajı, bu karmaşık kavramın özelliklerinin açık bir şekilde yorumlanmasıyla sonuçlanan özgüllüğüdür (73). Karmaşık, üst düzey kavramlar alanı için kavramsal bir yol haritası sağlar. İki boyutlu olduğu için her hücre kesiştiği yerde iki anlam boyutunun sentezini yansıtır (68). Hemşirelerin her hasta ve ailenin bakımını şekillendirmede kullanabilmeleri için konfor içeriğinin bir haritasını sunar (65). Ampirik göstergeler, konfor kontrol listeleri (öncesi ve sonrası) ve belirli hasta gereksinimleri için konfor önlemleri geliştirilebilmesi için kullanışlı ve yol göstericidir. Girişimsel çalışmalar tasarlanırken kavramın tüm yönlerinin dikkate alınmasını sağlar (73).

Hemşirelik için teknik konfor duygularının tanımları şöyledir:

- Ferahlama: Hastanın belirli bir gereksiniminin karşılanması deneyimi



- Rahatlama: Sakinlik (calm) ve hoşnutluk (contentment) durumu
- Üstünlük: Sorunların veya ağrının üstesinden gelme (rise above) durumu (73).

Konforun birinci boyutu; ferahlama, rahatlama ve üstünlük duygularından/durumlarından oluşur (22). Bu boyut, arkaik, tarihi ve çağdaş hemşirelik literatürünün önceki bir analizinde ortaya çıkan karşılanmış/karşılanmamış konfor gereksinimlerinin (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) yoğunluğudur. Konfor gereksinimlerinin yoğunluğuna göre, ferahlama sürekliliğin alt ucundadır ve yakın zamanda, henüz giderilmiş olan acil bir konfor gereksinimini işaret eder. Rahatlık, sürekliliğin ortasında olup memnuniyet ve esenlik durumunu gösterir. Üstünlük, sürekliliğin en üst noktasındadır ve hastaya en iyi şekilde performans göstermesi için enerji verecek veya ilham verecek şekilde karşılanmış bir konfor gereksinimini temsil eder (68).

Üç konfor duygusunun her biri performansla pozitif ilişkiler gerektirdiğinden teorik olarak aynı zamanda güçlendirici bir bileşen anlamına gelir. Bu konfor özelliği, hastanın konforunu artırmak için temel mantığı sağlar. Konfor, hemşirelik bakımı için arzu edilen bir sonuçtur çünkü fiziksel ve/veya psikolojik performansta kazanımları kolaylaştırır. Konfor aynı zamanda huzurlu bir ölüm için de gereklidir. Çünkü ölmekte olan bir birey kabullenmek ve serbest bırakmak için psikik güce gereksinim duyar. Konfor duyguları genellikle sürekli, birbiriyle örtüşen ve birbirine bağımlıdır (22).

Konforunun dört bağlamının tanımları şöyledir:

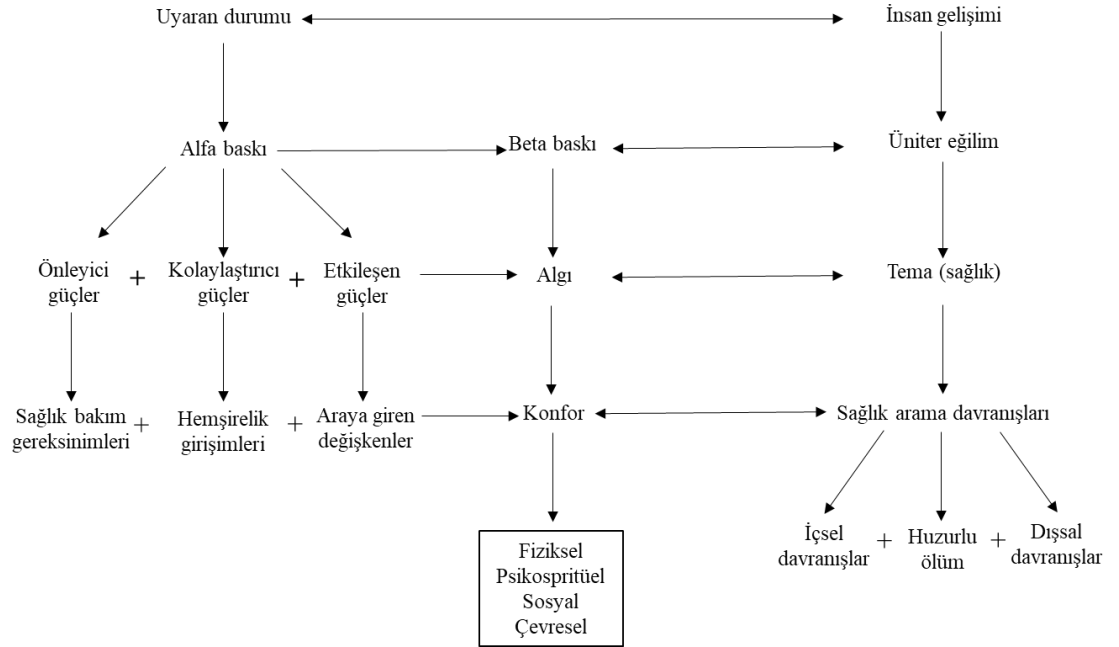
- Fiziksel: Bedensel duyular ile ilgili
- Psikospiritüel: Saygı, düşünce, cinsellik ve bireyin yaşamındaki anlam dahil olmak üzere benliğin içsel farkındalığına ilişkin; bireyin daha yüksek bir düzen veya varlık ile ilişkisini de kapsar.
- Çevresel: İnsan deneyiminin dış arka planına ilişkin; ışık, gürültü, ambiyans, renk, sıcaklık ve sentetiğe karşı doğal öğeleri kapsar

Sosyokültürel: Kişilerarası, aile ve toplumsal ilişkiler ile ilgili (73)

Konforun ikinci boyutu, konforun meydana geldiği bağlamlardır (22). Hastalar tarafından konforun deneyimlendiği dört bağlam; fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürelidir. Hemşirelikte bütüncülük (holism) ile ilgili literatürün daha ileri bir incelemesinden gelişmiştir (65). İçsel veya dışsal konfor gereksinimlerinin dereceleri olarak görülür (68).

Taksonomik yapı hakkında düşünmenin bir yolu, konforun ağrı, kaygı, çevresel stresörler ve/veya sosyal izolasyon gibi rahatsızlıktan kurtulmayı gerektiren bir koruyucu sonuç olduğudur. Taksonomik yapı, konforun bütüncül bir tanımını temsil ettiğinden, yapı üzerindeki hücreler birbirleri ile ilişkilidir ve bir bütün olarak yapının bir kısmına yönelik konfor girişimleri tüm bölümlerini etkiler. Toplam konfor, ayrı ayrı bölümlerin toplamından daha fazladır. Bu nedenle, kaygıyı tedavi etmek için rahatlatıcı girişimler, ağrının yeteri kadar giderilmesi için gereken analjezi dozunu da azaltabilir. Konfor sürekliliğinde, tam konfor kavramı (koşullar göz önüne alındığında beklenebileceği kadar) bir uçta, acı çekmek diğer uçtadır (65).

#### 2.2.4. Konfor Kuramının Kavramsal Çerçevesi



Şekil 1. Konfor Kuramının Kavramsal Çerçevesi (22)

Konfor kuramının kavramsal çerçevesi Şekil 1’de sunulmuştur (22). Konfor kuramında açıklanan başlıca kavramlar; sağlık bakım gereksinimleri, hemşirelik girişimleri, araya giren değişkenler, konfor, konfor bakımı, konfor önlemleri, sağlık arama davranışları, kurumsal bütünlük, en iyi uygulamalar, en iyi politikalarıdır (65; 67). Bu kavramlardan bazıları ilgili başlıklarda ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Diğer kavramlar ise aşağıda açıklanmıştır.

**Araya giren değişkenler (intervening variables):** Bakım alanının toplam konfor algısını etkileyen etkileşimli güçler olarak tanımlanır. Bunlar, yaş, eğitim,

geçmiş deneyimler, kültürel geçmiş, duygusal durum, tutum, destek sistemi, mali durum, prognoz gibi değişkenlerden oluşur (65). Örneğin, konfor bakımı yoluyla daha iyi sonuçlar elde etmede kararlı olan kurumlar, herhangi bir üniteye mevcut hasta keskinliği ile ilişkili konfor gereksinimlerini karşılamak için yeterli düzeyde hemşire kadrosu sağlamalıdır (66).

**Sağlık arama davranışları (health seeking behaviors):** Hastanın farkında olabileceği veya olmayabileceği ve gözlemlenebilen veya gözlemlenemeyen, sağlığın iyileşmesinin belirleyicileri veya göstergeleri olarak tanımlanır. İçsel (örneğin iyileşme, bağışıklık fonksiyonu), dışsal (örneğin işlevsel durum, sağlık algısı) veya huzurlu bir ölüm olarak sınıflandırılır. Hemşire verimliliğinin bakım verilen hasta sayısından daha doğru bir göstergesidir (66). Kolcaba'nın (2015) Schlotfeldt'ten (1975) aktardığına göre Schlotfeldt tarafından geliştirilmiştir ve sağlık arayışı ile ilgili sonraki sonuçların geniş kategorisini temsil eder. Schlotfeldt, sağlık arama davranışlarının içsel veya dışsal olabileceğini belirtmiştir. Huzurlu bir ölümün aynı zamanda bir sağlık arama davranışı olabileceğini düşünmüştür. Gerçekçi sağlık arama davranışları, hastalar tarafından sağlık ekibiyle iş birliği içinde belirlenir (65).

**Kurumsal bütünlük (institutional integrity):** Sağlık kurumlarının tam, bütün, sağlam, doğru, dürüst, çekici, etik ve samimi olma niteliği veya durumu olarak kavramsallaştırılmaktadır (66; 65). Bu niteliklere sahip kurum, topluluk, okul, hastane, bölge, eyalet ve ülke olarak tanımlanmaktadır. Bir kurum bu tür bir bütünlük sergilediğinde en iyi uygulamalar ve en iyi politikalar için değerli kanıtlar üretebilir (65). Kurumsal bütünlük, hasta memnuniyeti, başarılı taburculuk, maliyet-yarar oranı veya diğer sonuçlar olarak işlevselleştirilebilir. Bütün bu kavramlar kurumun bütünlüğünün göstergeleridir (66).

**En iyi uygulamalar (best practices):** Ampirik kanıtlara dayalı olarak mümkün olan en iyi hasta ve ailenin sonuçlarını sağlayan sağlık girişimleridir (65).

**En iyi politikalar (best policies):** Prosedürler ve tıbbi koşullar için temel protokollerden sağlık hizmetlerine erişim ve sunum sistemlerine kadar uzanan kurumsal veya bölgesel politikalar. En iyi politikalar da ampirik kanıtlara dayalı olarak belirlenir (65).

### 2.2.5. Konfor Kuramını Destekleyen Varsayımlar

İnsanlar ile ilgili konfor bakımını destekleyen dört varsayım vardır:

- Konfor bileşenlerini herhangi bir zamanda aynı anda algırlarlar.
- Temel konfor gereksinimlerini karşılamaya çalışırlar veya karşılarlar.

- Belirli konfor gereksinimleri karşılandığında diğer konfor gereksinimleri ve bütüncül konfor üzerinde olumlu etki algılarlar.
- Ustaca hemşirelik bakımıyla geliştirilebilecek doğal güçlere sahiptirler (69). Konfor kuramını destekleyen varsayımlar şu şeklide de sıralanmıştır:
- İnsanlar karmaşık uyaranlara bütüncül tepkiler verirler.
- Konfor, hemşirelik disiplini ile ilgili arzu edilen bütüncül bir sonuçtur.
- İnsanlar, temel konfor gereksinimlerini karşılamaya çalışırlar veya karşılarlar; bu aktif bir çabadır.
- Kurumsal bütünlük, hasta odaklı bir değer sistemine dayanan normatif ve tanımlayıcı bir bileşene sahiptir (66).

Her ne kadar insanlar bir bütün olarak tepki gösterebilirler ve zihindeki süreçler bedendeki süreçlerden izole edilemese de düşünsel açıklama amacıyla insan algısının bireysel yönleri ayrı ayrı ele alınmalı ve incelenmelidir (69).

#### **2.2.6. Konfor Kuramının Önergeleri**

Konfor kuramı ayrı ayrı veya bir bütün olarak uygulanabilen veya test edilebilen üç sezgisel bölüm içerir. İlk bölüm, rahatlatıcı girişimlerin, etkili olduklarında, girişim öncesi temele kıyasla bakım alan (hasta ve aile) için artan konforla sonuçlandığını belirtir. Artan konfor, bu tür bir bakım için istenen sonuçtur. Konfor girişimleri, dinlenme, homeostaz, terapötik iletişim ve hastaları bütüncül olarak görme gibi temel insan gereksinimlerini ele alır. İkinci bölüm, bakım alanın artan konforunun, sağlık arama davranışları olarak adlandırılan, ilerideki görevleri için güçlenmeleriyle sonuçlandığını belirtir. Sağlık arama davranışları sonraki bakım alan hedefleridir ve hemşire ile bakım alan arasında görüşülür. Üçüncü bölüm, sağlık arama davranışlarına artan katılımın, artan kurumsal bütünlük ile sonuçlandığını belirtir. Artan kurumsal bütünlük kurumu ve onun en iyi uygulamalar ve en iyi politikalar için kanıt toplama yeteneğini güçlendirir. En iyi uygulamalar ve politikalar, birçok yönden kurumun alt mali çizgisine yarar sağlayan kaliteli bakım sağlar (65).

Aşağıdaki önermeler konfor kuramından ve uygulamasından elde edilmiştir. Bunlar hemşire değerlendirme sırasına göre listelenirler:

- Konfor gereksinimleri, hastaların deneyimlerinin dört bağlamında değerlendirilir: fiziksel, psikospirüel, çevresel ve sosyokültürel.
- Konfor girişimleri, kalan gereksinimleri karşılamak için tasarlanır ve uygulanırlar.

- Araya giren değişkenler, konfor önlemlerinin sonucunu etkileyenler, dikkate alınırlar. Genellikle hemşireliğin etkisinin dışında kalan bu değişkenler, yoksulluk, yalnızlık veya ölümcül bir hastalığı içerirler.
- Hastalar konfor önlemleri uygulandıktan sonra ve araya giren değişkenler bağlamında konfor durumlarını algırlarlar.
- Konfor, konfor önlemleriyle konforun artıp artmadığını belirlemek için hemşire tarafından nesnel ve öznel olarak değerlendirilir. Hemşire, girişimlere devam edip etmeyeceğine, yeni bir şeyler deneyip denemeyeceğine veya konfor gereksinimlerini yeniden değerlendirip değerlendirmeyeceğine karar verir.
- Konfor artırılırsa hastalar tarafından sağlık arama etkili bir şekilde gerçekleştirilebilir. Böylece konforlu bakım hastaları güçlendirir (71).

Konfor kuramının önermeleri şu şekilde de belirtilmiştir:

- Hemşireler, hastaların mevcut destek sistemleri tarafından karşılanmayan konfor gereksinimlerini belirlerler.
- Hemşireler bu gereksinimleri karşılamak için girişimler tasarlarlar.
- Girişimlerin tasarlanmasında ve mümkün olduğu kadar hemen (artan konfor) ve/veya sonraki (sağlık arama davranışları) sonuçlar üzerinde karşılıklı anlaşmaya varılmasında araya giren değişkenler dikkate alınır.
- Artan konfor elde edilirse hastalar sağlık arama davranışlarına girmeleri için güçlendirilir.
- Rahatlatıcı eylemlerle güçlenen hastalar sağlık arama davranışlarına girdiklerinde, hemşireler ve hastalar sağlık hizmetlerinden daha fazla memnun olurlar.
- Hastalar belirli bir kurumda aldıkları sağlık hizmetlerinden memnun olduklarında, o kurum bütünlüğünü korur; kurumsal bütünlüğün normatif ve tanımlayıcı bir bileşeni vardır (66,67).

Kolcaba, hemşirelerin konfor bakımını nasıl uygulamak istediklerini bildiklerine ve her hemşirelik eylemine kolayca dahil edilebileceğine inanmaktadır. Birçok hemşire sezgisel olarak konfor bakımı sağlar. Bu tür bütüncül bakımın açık bir şekilde odaklanması ve belgelenmesi, konfor yönetimi olarak adlandırılır ve taksonomik yapıda gösterildiği gibi, ağrı veya kaygının giderilmesinden fazlasını içerir. Bu nedenle hemşireler konfor kuramını uygulamalarında bireysel felsefeleri

olarak benimsediklerinde, etkili, yaratıcı ve kendilerinin ve bakım alanların doyum sağladığı bireyselleştirilmiş bakım için basit bir kuram kullanırlar. Artan konfor belgelendiğinde, hemşireler daha yüksek hasta memnuniyeti, daha kısa yatış süresi ve daha az yeniden yatış gibi daha iyi kurumsal sonuçlara gerçek katkılarını da gösterebilirler (65).

### **2.2.7. Konfor Gereksinimleri**

Konfor gereksinimleri (comfort needs), sağlık bakım gereksinimleri (health care needs) olarak da adlandırılır. Stresli sağlık bakım durumlarında ortaya çıkan fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel gereksinimleri içeren gereksinimlerdir (66). Bunlar hastaların geleneksel destek sistemleri tarafından karşılanamaz. Bunlar, izleme ve sözlü veya sözlü olmayan raporlar yoluyla belirgin hale getirilen fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel gereksinimleri, fizyopatolojik parametreler ile ilgili gereksinimleri, eğitim ve destek gereksinimlerini ve mali danışmanlık ve girişim gereksinimlerini içerir (65).

Hastaların konfor gereksinimleri aşağıdaki şekilde sıralanır:

- **Fiziksel konfor gereksinimleri**
  - Homeostaz (solunum, dolaşım, eliminasyon, sıvı ve elektrolitler, metabolik durum, beslenme vb.)
  - Tıbbi tanı ile ilgili sorunlar
  - Ağrı/konfor yönetimi (şimdi, gelecekteki hedefler)
  - Diğer fiziksel rahatsızlıklar (algılanan veya potansiyel)
  - Duyusal yoksunluk (işitme cihazı, gözlük, yavaş konuşma, işleme süresi)
- **Psikospiritüel konfor gereksinimleri**
  - Spiritüel gereksinimler (din görevlisi, kendi din görevlileri)
  - Anksiyete, korku
  - Hemşire veya diğer bakım verenler ile dua
  - Hastalığın anlamı
  - Yaşam incelemesi
  - Güç kaynakları
- **Çevresel konfor gereksinimleri**
  - Özel oda
  - Ailenin dinlenmesi için koltuk
  - Yemek tercihleri (hasta ve aile için)

- Gürültü, ışık, koku
- Dağınıklık
- Mobilya, çevresel yardımcıları (baston, koltuk değneği, yürüteç, ayak taburesi, komodin vb.)
- **Sosyokültürel konfor gereksinimleri**
  - Mali durum
  - Taburculuk planı
  - Gelenekler (hastanede konfor)
  - Öğretim/bilgi gereksinimleri
  - Önemli ilişkiler (iyileştirilmesi gereken çatışmalar)
  - Ziyaret tercihleri
  - Bakımın sürekliliği: sosyal hizmet uzmanı, hemşirelik görevleri, hemşire yardımcıları, ekip çalışması (70)

#### **2.2.8. Konfor Girişimleri**

Konfor girişimleri (comfort interventions), hemşirelik girişimleri (nursing interventions) olarak da adlandırılır. Hemşirelerin ve kurumların konfor bakımını (hemşirelerin hastaların konfor gereksinimlerini karşılamaya yönelik amaçlı bakımı) teşvik etme taahhüdünü ifade eden bir şemsiye terimdir (66). Fiziksel, fizyolojik, psikolojik, spiritüel, çevresel sosyal, kültürel ve mali girişimler dahil olmak üzere bakım alanının belirli konfor gereksinimlerini karşılamak için tasarlanmış amaçlı eylemler olarak tanımlanır (65).

İnsanların fiziksel olduğu kadar psikolojik gereksinimlerini de içeren tüm gereksinimleri -beslenme, dinlenme, uyku, konfor, arkadaşlık, anlayış isteklerinin doyumu- hemşirelik durumlarında ortaya çıkan görevleri önemli ölçüde belirler (74).

Konfor kuramına göre üç tür konfor girişimi vardır: teknik girişimler, koçluk ve ruh için konfor gıdası. Teknik girişimler, diğer disiplinler veya hemşirelik protokolleri tarafından belirtilen girişimlerdir. Homeostazı sürdürmeyi hedefler. Bunlar; ilaçlar, tedaviler, izlem çizelgeleri, kateterlerin yerleştirilmesi, ağrı kontrolü gibi girişimleri içerir. Hastalar açısından teknik girişimlerin yönetimi ve dokümantasyonu konusunda yetkinlik hemşirelerden asgari beklentidir. Koçluk; destekleyici hemşirelik eylemleri, aktif dinleme, anksiyeteyi giderme, umut verme, sağlık ekibinin diğer üyelerine yönlendirme, savunuculuk, güvence sağlama, bilgi verme gibi girişimlerden oluşur. Ruh için konfor gıdası; sırt veya el masajı, rehberli görüntüler, müzik veya sanat terapisi, dışarıda bir yürüyüş veya aile için özel

düzenlemeler gibi daha özel, bütüncül ve daha fazla zaman alan hemşirelik girişimleridir. Bunlar hemşirelerin hastalara bakım vermek ve güç kazandırmak için yapabilecekleri özel şeylerdir. Son iki tür girişim, hemşireler için çok daha fazla uzmanlık ve güven gerektirir ve hastaların en çok hatırladıklarıdır (65).

Hastaların hastane deneyimleri ile ilgili en çok hatırladıkları deneyimleri, küçük, teknik olmayan ama çok rahatlatıcı girişimler yapan şefkat ve anlayış gösteren hemşireler hakkındadır. Bu girişimlere örnek olarak şunlar verilebilir: sırt masajı yapma, bir çocuğun telefon görüşmesi yapmasına yardımcı olma, kaygılı bir hastanın yanında oturma, bir etkileşim sırasında göz teması kurma, ambulasyonu nazikçe teşvik etme, sorunlarını dikkatle dinleme, ölmekte olan bir hastanın elini tutma, bir hastanın saçını yıkama, hastanede kalma sırasında aileyi rahat ettirme. Bu tür girişimler, stresli bir sağlık bakım döneminden sonra hastalar tarafından yıllarca hatırlanır. Çünkü duygular yoğunudur ve nazik karşılaşmalar değerlidir. Her biri, hastaların toplam konforu üzerinde hemşirenin hayal edebileceğinden daha büyük olumlu etkileri olan bütüncül bir rahatlık girişiminin bir örneğidir. Bu rahatlatıcı girişimler hemşireleri varoluşsal yollarla yenilerler (65).

Sağlık ekibi, rahatsızlıkların tedavisinin ötesine geçerse konforu artırmak için daha fazlasını yapabilir. Hemşirelerin ve sağlık ekibinin diğer üyelerinin rahatlatıcı söz ve davranışları ile konfor sağlama niyetleri, yapılan girişimlerin hastalar tarafından bir konfor önlemi olarak algılanması açısından önemlidir (72).

Geleneksel hastane kayıtlarında daha önemli iyileşme girişimlerini kaydedecek hiçbir yer yoktur. Ancak hastalar teknik girişimleri nadiren hatırlarlar. Hasta ve ailelere yapılan önemli girişimler, aslında belgelenmemiş olanlardır. Örneğin koçluk ve ruh için konfor gıdası, uzman hemşirelerin en önemli işidir. Konfor kuramı, stresli sağlık bakım durumlarında hasta ve aileler için en yararlı olan temel hemşirelik aktivitelerini bir kez daha talep etmek ve belgelemek için gerekli dili ve mantığı sağlar (65).

### **2.2.9. Konfor Bakımı Öğrenmenin Yararları**

- Konfor bakımı hemşireler, hemşirelik öğrencileri ve hastalar için doyum vericidir. Çünkü bir bağlamda artan konfor, diğer bağlamlarla etkileşerek her bir bağlamda ayrı ayrı hedeflenenenden daha büyük bir toplam konfor ortaya çıkarır.
- Konfor bakımı doğaldır. Çünkü konfor, kendi konfor bileşenlerini ve bireysel deneyimlerini anlayan uygulayıcılar için tanıdık bir fikirdir.



- Konfor bakımı bilimseldir. Çünkü hastanın tıbbi ve hemşirelik sorunlarına özgü hemşirelik bilgisi ve becerisi gerektirir.
- Konfor bakımı etkilidir. Çünkü ışığı ayarlama, odayı düzenleme, eğitim verme, güven verme ve fiziksel gereksinimler ile ilgilenme gibi bütüncül konfor için tasarlanmış birçok girişim bir hasta karşılaşması sırasında yapılabilir.
- Konfor bakımının tasarlanması ve uygulanması kolaydır. Çünkü birçok hemşirelik eylemi bütüncül bir yanıtı yöneliktir.
- Artırılmış konfor sonucu elde edilmesi hemşireler için gerçekçidir. Çünkü bu, ya hep ya hiç durumunu göstermez. Konfor bakımının etkinliği, konfordaki önceki temel değerlendirmeye göre artışa dayanır.
- Konfor bakımı hasta merkezlidir. Sonuç, hastanın kendi konforuna ilişkin algısıyla ölçülür.
- Sonuç hemşireye duyarlıdır. Hemşirelik eylemleri açıkça hastanın toplam konforunu hedeflediğinden başarılı hemşireler “hastayı rahat ettirme” ile tanınır.
- Konfor, diğer kültürlerde nitel çalışmaların yapıldığı kültürlerarası bir yapıdır (71).

#### **2.2.10. Konfor Kuramının Avantajları**

- Evrensel dili ve kavramları günlük yaşamda sıradan insanlar, tüm disiplinlerden profesyoneller ve yardımcı personel tarafından anlaşılakta ve kullanılmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde birçok kişi tarafından mevcut durumda yapılmakta olan şeyleri ifade eder.
- Kalite geliştirme, hastalarla konfor vizitleri, performansın gözden geçirilmesi, çalışma ortamının iyileştirilmesi, hasta sonuçlarının ve kurumsal sonuçların araştırılması ve konfor girişimlerinin ve rahatlatıcı girişimlerin uygulanması ve değerlendirilmesi için yön sağlar.
- En iyi uygulamaların uygulanması ve yaygınlaştırılması için gerekli olan klinik uygulama kılavuzlarının geliştirilmesine rehberlik eder.
- Hemşirelerin, yöneticilerin, yönetici hemşirelerin konforuna hitap eder.
- Hasta ve aileler için konfor sonucunu açık bir şekilde ortaya koyar; bu, hastanede kaldıkları süre boyunca onlar tarafından oldukça değer verilen bütüncül bir sonuçtur.

- Hemşirelerin konforunu değerlendirmek ve hastaların konfor gereksinimlerine göre günlük hemşire atamalarını yapmak için ilgili protokollere sahiptir.
- Hemşirelere yönelik çalışma ortamının iyileştirilmesine ilişkin girişimlerle doğrudan bağlantılıdır.
- Hemşirelerin için sürekli eğitim kursu vardır (70).

Konforun güçlendirici özellikleri daha iyi hasta sonuçları sağlar (72).

Konfor kuramı, hasta ve ailelerin daha rahat olduklarında içsel davranışları, dışsal davranışları veya huzurlu bir ölümü içeren sağlık arama davranışlarına daha fazla katıldıklarını öne sürmektedir. Hasta ve aileler sağlık arama davranışlarına daha fazla dahil olduklarında kurum, bakım maliyetinin ve yatış süresinin azalması, hasta memnuniyetinin artması, mali istikrarın artması, daha olumlu tanıtım gibi alanlarda yarar sağlar (70).

#### **2.2.11. Konfor Kuramının Değerlendirilmesi**

- Kavramlar hemşireliğe özgüdürler. Konfor, hemşireliğin özü olarak adlandırılmıştır.
- Kavramlar ve önermeler kolaylıkla uygulamaya geçirilebilirler. Kuram pek çok ortamda test edilmiştir. Konforun sonucu, konforun taksonomik yapısı, madde oluşturma için bir rehber olarak kullanılarak kolayca uygulanabilir.
- Kuram birçok duruma uygulanabilir. “Comfort Line” aracılığıyla öğrenci ve araştırmacı, kuramı mikro düzeydeki durumlara uyarlamak için yazarla birlikte çalışabilir.
- Varsayımlar kurama uygundur. Kuram bütüncüdür ve gereksinimlere dayalıdır ve teorik olarak hastaları sağlık arama davranışlarına katılma konusunda güçlendirir. Kurumsal bütünlük, sonuç araştırmalarına önemli bir teorik bağlantıdır.
- Kuram, kuramın potansiyel kullanıcıları için uygundur. Hemşirelik öğrencileri bu kuramı kolayca öğrenir ve bunu uygulamaya ve araştırmaya uygularlar.
- Kuram hastalar için önemli olan bir sonuca yöneliktir. Nitel araştırmalar, hastaların konfor gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelerinin kendilerine yardımcı olmasını istediklerini ve çoğu zaman buna gereksinim duyduklarını göstermektedirler.
- Kuram, hemşireliğe duyarlı bir sonuç gerektirir. Hemşireliğin geleneksel hedefi hastanın konforunu sağlamak olmuştur. Hastalar hemşirelerden bunu

bekler ve konfor sağlandığında onlara güvenirler. Hemşirelerin bilinçli eylemleriyle hastalar, hemşirelerinden gereksinim duyduklarını ve istediklerini alırlar. Bu kuram, bunun nasıl ve neden yapılacağını açıklar (66).

### **2.2.12. Konfor Bakımı Şablonu**

Konfor bakımı, artan konfor ürününe yöneliktir. “Hemşireler ürünü başarmak için eylemlerini nasıl yönlendirirler ve başarıya ulaşıp ulaşılmadığını nasıl anlarlar?” soruları, konfor bakımına yönelik bir şablonun hemşirelik uygulamalarına dahil edilmesiyle yanıtlanabilir. Bu şablonda sütunlarda; konfor gereksinimleri (fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel), girişimler, araya giren değişkenler, konfor algısı (nesnel, öznel, destekleyen) ve sıradaki adım bölümleri yer alır (69).

Konfor bakımı şablonu, bütüncül hemşirelik için önceki rehberlere göre daha az soyut olduğu için anlaşılması kolay uygulama rehberleri sunar. Konfor bakım şeması aynı zamanda şimdiye kadar hemşireler tarafından teknik olmadıkları için önemsiz olarak kabul edilen girişimlere hastaların olumlu tepkilerini de açıklar. Bu tür girişimlere örnek olarak dağımıklığı giderme, çarşafı düzeltme veya hastanın eline dokunma verilebilir. Konfor bakımı, hemşirelik uygulamalarının çerçevesi olduğunda, konforu artırıyorsa her girişim önemlidir. Ayrıca her girişim, tüm hasta ve aileyi hedef alan, sanatsal ve bütüncül bir uygulama için bütünlük bir şemanın parçasıdır (69).

Şablonu rehber olarak kullanan bir hemşire, konfor gereksinimlerini dört deneyim bağlamında hem nesnel olarak (hastaya bakarak) hem öznel olarak (hastaya sorarak) değerlendirebilir. Girişimler, hastanın veya onun doğal destek sisteminin karşılayamadığı konfor gereksinimleri için tasarlanmışlardır. Hastayla görüşme sırasında ışığı ayarlama, odayı düzeltme, konuşma ve dinleme, gerekirse öğretme veya güven verme, fiziksel gereksinimleri ile ilgilenme gibi konforu artırıcı pek çok girişim uygulanabilir. Hastanın ilgi alanındaki bireylerin gereksinimleri de karşılanır. Konfor bakımı süreci devreye girdiğinde girişimler ustaca uygulanır. Yoksulluk, yalnız yaşama veya ölümcül bir hastalığa sahip olma gibi hemşireliğin kapsamı dışında kalan araya giren değişkenler hemşire tarafından göz önünde bulundurulur. Hasta, ortaya çıkan konfor durumunu, araya giren değişkenler bağlamında algılar. Hemşire, hasta ve aile birlikte, girişimlere devam etmek, yeni bir şey denemek, yönlendirme yapmak veya bakım alan girişimin başarısız olduğunu düşünürse girişimi sonlandırmak gibi seçenekler arasında seçim yaparak bundan sonra ne yapacağına karar verir (69).

Şablonu kullanan kişi konfor gereksinimleri, girişimler, konfor algısı ve gelecekteki aktiviteler hakkında doğrusal düşünmekten kaçınmalıdır. Bunun yerine

her seferinde bir sütuna değinilerek konfor bakımına yönelik bir plan oluşturulur. Konfor gereksinimleri konfor bağlamalarının tanımlarına göre tanımlanır. Gereksinimler bir araya geldiğinde bütüncül (geniş hedefli) girişimleri önerir. Tüm gereksinimlerin, girişimlerin ve araya giren değişkenlerin eş zamanlı etkileri birbirleri ile ilişkilidir ve hasta tarafından hepsi aynı anda algılanır. Girişimler sonrasında hastanın konfor algısının hemşirelik değerlendirmesi, hastanın hemşirenin rahatlatıcı eylemlerine verdiği tepkinin tamamıdır. Konfor, nesnel (hemşire tarafından hastanın gözlemlenmesiyle) ve öznel (hastanın ifade etmesiyle) olarak değerlendirilir (69).

şablon, bütüncül hemşirelik için bir model sağlar ancak yalnızca buluşsal bir araçtır. Daha ustaca uygulama yapabilmesi için her hemşirenin uygulamasına zihinsel olarak dahil edilmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda hemşirelik bakımının bireyselleştirilmesi ve özel konfor gereksinimlerine dayanması için her hastanın durumuna özel olarak uygulanması da amaçlanmaktadır. İlkeler hemşirelik uygulamasına entegre edildiğinde, konfor bakımının sağlanmasına yönelik ereve, etkili, samimi, bireyselleştirilmiş ve bütüncül hemşirelik sanatının oluşturulmasına yönelik zihinsel bir model haline gelir (69).

### **2.2.13. Konfor Kuramının Uygulamada Uygulanması**

Hasta deneyimi ile ilgili konfor kuramı ilkeleri şunlardır: Her etkileşim benliğin terapötik kullanımını gerektirir. Bakım veren, hasta ve ailelerin konfor gereksinimlerini değerlendirir ve etkileşimlerini bu gereksinimleri karşılayacak şekilde tasarlar. Her hasta ve aileye konfor sağlamak ve kişisel, kültürel olarak uygun bir bağlantı kurmak amacıyla yaklaşır. Hasta ve ailelerin konforunu düzenli olarak yeniden değerlendirir ve konfor düzeylerini rutin olarak belgeler. Bu yaklaşımı kullanmak, bireyselleştirilmiş ve etkin bakımı ve daha olumlu bir hasta deneyimini kolaylaştırır (65).

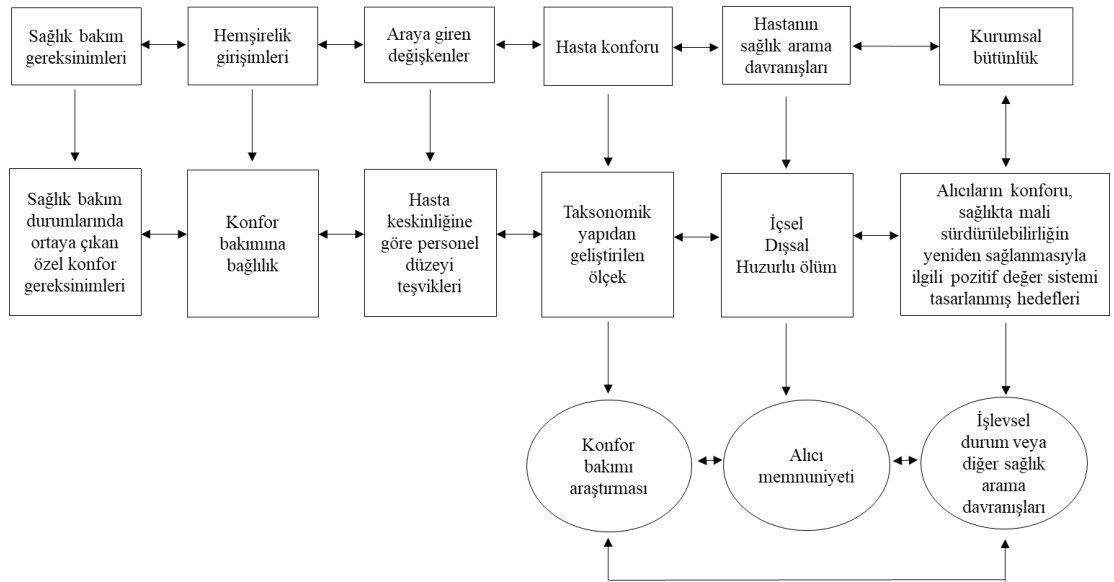
Bir kuramın uygulamada uygulanması çok yönlüdür; kurumun değerleri ve misyonu ile uyumlu, kolay anlaşılır ve uygulamaya yön verecek kadar basit bir hemşirelik kuramı olmasını gerektirir. Konfor kuramı, Magnet statüsüne ulaşmada çok önemli bir konu olan çalışma ortamını daha da geliştirmede gerçek bir yön sağlar (70).

Kurum yöneticilerinin hemşirelerden rahatlatıcı bakım uygulamaları istediklerini belirtmeleri yeterli değildir. Bunun yapılmasını sağlamak için belgeleme ve pekiştirme stratejilerini uygulamaları ve bu tür bakıma değer verdiklerini göstermeleri gerekir. Sağlık kurumu temel konfor düzeylerinden başlayarak hasta ve ailelerin konfor gereksinimlerinin rutin olarak izelgelendiği yollar sağlamalıdır.

Konfor girişimleri tanımlanır ve uygulanır, konfor düzeyi yeniden değerlendirilir ve kaydedilir. Konfor düzeyi yükselene kadar girişimlerde değişiklik yapılır. Hasta ve ailelerin tercihleri mümkün olan her yerde dikkate alınır. Uygun ortamlarda tanımlanmış bir klinik durum (ameliyat, doğum, akut bir psikiyatrik atak gibi) boyunca konfor sözleşmeleri yapılabilir ve izlenebilir. Teknik girişimler her zamanki gibi belgelenmelidir (genellikle zamanları içeren bir kontrol listesinde). Ancak amaçlı bakım yöntemleri de belgelenmelidir (65).

Kurumların konfor yönetimine bağlılıklarını gösterebilecekleri başka yollar da vardır. Bunlar, konfor yönetimini oryantasyona, hizmet içi programlara, performans incelemelerine ve hemşire görevlendirme yöntemlerine (kısmen hasta ve ailelerin konfor gereksinimlerine dayalı olarak) dahil etmeyi içerir (65).

#### 2.2.14. Konfor Kuramının Araştırmalarda Kullanılması



Şekil 2. Sonuç Araştırmaları için Uyarlanan Konfor Kuramı (66)

Sonuç araştırmaları için uyarlanan konfor kuramı Şekil 2’de sunulmuştur (66).

#### 2.2.15. Konfor Ölçümü

Hemşire, hastanın konfor algısını nesnel veya öznel olarak değerlendirerek arzu edilen konfor sonucunun ne ölçüde karşılandığına yönelik bir yargıya varır (22).

Kolcaba (1992) tarafından “General Comfort Questionnaire (GCQ)” oluşturulmuştur. Oluşturulurken konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç duygu ve dört bağlamın yer aldığı taksonomik yapı rehber alınmıştır (68). GCQ, “Comfort

Line” web sayfasında yayınlanmıştır (75). GCQ, “Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)” olarak Kuğuoğlu ve Karabacak (2008) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (76).

Kolcaba ve arkadaşları (2006) tarafından daha sonra GCQ kısaltılarak “Shortened General Comfort Questionnaire (SGCQ)” oluşturulmuştur (77). SGCQ da “Comfort Line” web sayfasında yayınlanmıştır (75). SGCQ, “Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu (GKÖ-KF) olarak Çıtlık Sarıtış ve arkadaşları (2018) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (78).

Kolcaba tarafından, sözel derecelendirme ölçeği (verbal rating scale), sayısal diyagram, çocuklar için konfor papatyaları (comfort daisies), konuşmayan veya tepkisiz hastalar için konfor davranışları kontrol listesi ve çeşitli anketler dahil olmak üzere hastanın konforuna yönelik farklı araştırma ortamları için birçok araç önerisi sunulmuştur (65).

Konfor ölçümü konforun bütüncül doğasını içermelidir (72). Bütüncül araçların indirgemeci araçlara göre birçok avantajı vardır. Bütüncül bir araç, fiziksel ve zihinsel deneyimler arasındaki etkileşimi açıklayabilir. İnsanların bütüncül girişimlere tepki gösterdiği farklı yolları açıklayabilir. Bütüncül girişimleri test etmeye uygun ölçüm aracı gereksinimini giderir. Hemşireliğin, disiplin için bir zorunluluk olarak tanımlanan hasta sonuçlarına yönelik araştırma yapma becerilerini genişletir. Tek bir bütüncül araç, birkaç sınırlı aracın yerini alabilir (68).

## **2.2.16. Perianestezi Hemşireliğinde Konfor Bakımı**

### **2.2.16.1. Perianestezi Hemşireliğinde Konfor Bakımına Genel Bakış**

Perianestezi hemşireliği, sedasyon/analjezi ve anestezi öncesi ve sonrası hastaya verilen bakımı kapsar. Perianestezi hemşireleri, her yaş grubuna bakım veren, perianestezi hastalarının güvenliğini ve konforunu taahhüt eden hasta savunucularıdır (14).

Bütüncül konfor, perianestezi ortamında hemşirelik bakımının arzu edilen bir sonucudur. Üstelik hastaların ameliyat veya işlemler sonucunda yaşadıkları rahatsızlıkların da altına yerleştirilebileceği bir şemsiye terimdir. Bu rahatsızlıklar çoktur. Ağrı, bulantı, kaygı ve hipotermi bunlar arasındadır. Hastaların perianestezi ortamında yaşadıkları ağrı, bulantı, hipotermi gibi rahatsızlıkların çoğunun fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel bileşenleri olabilir (16).

Konfor, perianestezi bakımı ve araştırması için ölçülmesi gereken önemli bir göstergedir (16).

### **2.2.16.2. Perianestezi Hemşireliğinde Konforun Tanımı ve Anlamı**

Kolcaba konforu üç tür olarak tanımlamıştır. Birinci tür olan ferahlama, belirli bir rahatsızlığın giderilmesi durumudur. Perianestezi ortamında bunun ilişkili olduğu yaygın rahatsızlıklardan bazıları ağrı, bulantı, üşüme veya anksiyetedir. İkinci tür ise rahatlamadır ve hastanın hoşnut olma durumunu ifade eder. Bu, hastanın belirli bir gereksinim ile ilgili önceki deneyiminden veya hastanın tanısı veya prognozu nedeniyle ortaya çıkan konfor gereksinimlerini ifade eder. Örneğin tanı konusunda belirsizlik yaşayan hastalar bu alanda konfor sağlamak için duygusal desteğe gereksinim duyabilirler. Hemşireler, çoğu zaman hastalar bunu yaptıklarının farkına varmadan bu gereksinimleri önleyebilir veya en aza indirebilir, böylece hastaların rahat olmasını sağlayabilirler. Üçüncü konfor türü ise ilham, güçlenme ve motivasyon gereksinimini kapsayan üstünlüktür. Hemşireler, hastalarına yönelik diğer konfor gereksinimlerini tam olarak karşılayamadıklarında sıklıkla üstünlük gereksinimlerini karşılamaya odaklanırlar. Örneğin, antiemetik tedavisine karşın bulantısı devam eden hastalara dikkat dağıtma ve gevşeme nefesi kullanma konusunda yardımcı olabilirler (16).

### **2.2.16.3. Perianestezi Hemşireliğinde Konfor Kavramları**

Perianestezi ortamındaki hastalar için sağlık arama davranışları arasında kan kaybının azalması, komplikasyon olmaması, iyileşmenin artması, hareketliliğin artması ve ağızdan sıvı alma yeteneği sayılabilir (16).

### **2.2.16.4. Perianestezi Hemşireliğinde Konfor Kuramını Destekleyen Varsayımlar**

Konfor bakımı çerçevesini destekleyen varsayımlar aşağıdaki gibidir:

- Perianestezi hastalarının karmaşık uyaranlara bütüncül tepkileri vardır.
- Konfor, hemşirelik disiplini ve perianestezi hemşireliği uzmanlığı ile ilgili arzu edilen bütüncül bir sonuçtur.
- Hastalar, temel konfor gereksinimlerini karşılamaya veya karşılanmış olması için çalışırlar; bu aktif bir çabadır ve bazen hemşire veya ailenin yardımını gerektirir.
- Hastalar, bireysel gereksinimleri veya belirli konfor düzeylerine yönelik arzularında önemli ölçüde farklılık gösterirler.
- Fizyolojik homeostaz ile ilgili olanlar da dahil olmak üzere rahatsızlıkların önlenmesi, rahatsızlıkların tedavisinden daha kolaydır.

- Çevresel kaos veya acı gibi rahatsızlıklar önlenemediğinde, umut, başarı, özen ve zorluklarına destek veren konfor girişimleri yoluyla hastaların bunları kısmen veya tamamen aşmalarına yardımcı olunabilir.
- Hemşireler konfor bakımı uygularken her hastanın benzersizliğini ve karmaşıklığını verimli bir şekilde düşünür ve önemserler.
- Anestezi ve ameliyattan sonra hastaların normallikle ilk bağı hemşirelerdir. Hemşireler, iyileşme ve rehabilitasyon için verimli bir eğitim ortamı sağlarlar. Hemşireler, perianestezi ortamlarında, hastalara iyileşebilecekleri, güvende oldukları, zararlardan korundukları ve tedavi planlarını oluşturup katılabilecekleri konusunda güvence veren koçlardır (14).

#### **2.2.16.5. Perianestezi Hemşireliğinde Konfor Gereksinimleri**

Perianestezi hemşireleri, konfor gereksinimini değerlendirdikten sonra rahatsızlığın kaynağına yönelir ve konfora katkı sağlayacak bir takım girişimler uygulurlar (16). Perianestezi hemşireleri, cerrahi hastasının fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel konfor gereksinimini karşılarlar (14).

**Fiziksel konfor gereksinimleri:** Cerrahi işlemler nedeniyle bozulan veya risk altında olan fizyolojik mekanizmalardaki eksiklikleri içerir. Hastanın farkında olmayabileceği hemen göze çarpmayan fiziksel gereksinimler, geliştirilmiş sıvı ve elektrolit dengesi, oksijenasyon veya termoregülasyon gereksinimini içerir. Konfor girişimleri, homeostazi sürdürmeye veya yeniden kazanmaya yöneliktirler. Ağrı, bulantı, kusma, titreme veya kaşıntı gibi açık fiziksel gereksinimlerin görülmesi ve tedavisi (farmakolojik veya farmakolojik olmayan) daha kolaydır (14).

**Psikospiritüel konfor gereksinimleri:** Bunlar arasında ilham alma, motivasyon ve hemen giderilemeyen anestezi veya ameliyat rahatsızlıklarının üstünde büyüme veya üstesinden gelme yer alır. Bu gereksinimler genellikle ağız bakımı, masaj, özel ziyaretçiler, şefkatli dokunuş ve sürekli teşvik edici özel sözler gibi üstünlüğü hedefleyen konfor girişimleriyle karşılanırlar. Hemşirelerin çoğu zaman zaman bulmakta zorlandıkları bu daha özel girişimler, beklenmedik ancak hastalar için sevdirci olmaları ve üstünlüğü kolaylaştırmaları nedeniyle ruh için konfor gıdası olarak adlandırılabilirler (14).

**Çevresel konfor gereksinimleri:** Perianestezi ortamında mümkün olduğu kadar çok sessizlik, kokunun olmaması, rahat mobilyalar, düzen ve güvenliği içerir. Ayrıca hastanın evindeki çevresel uyumlara dikkati ve önerileri içerir. Hemşireler huzurlu, sağlık üreten bir ortam sağlayamadıklarında hastaların ideal olmayan



ortamları aşmasına yardımcı olabilirler. Ancak hemşireler huzurlu bir ortam sağlamak amacıyla gürültü, ışık ve bölünen uykuyu azaltmak için bilinçli çaba göstermelidirler (14).

**Sosyokültürel konfor gereksinimleri:** Kültürel açıdan hassas güvence, destek, olumlu beden dili ve ilgi gereksinimleridir. Bu gereksinimler koçluk yoluyla karşılanabilir; sağlık ve cesaretlendirme mesajları, “harika gidiyorsun” şeklinde güvenceler, ilerideki görevler için motivasyon ve işlem, uyanma, taburculuk ve rehabilitasyon ile ilgili eğitimi içerir. Bunlar, çoğu durumda yeterli olan daha olağan hemşirelik davranışlarıdır. Sosyokültürel gereksinimler aynı zamanda mali yardım, evrak yardımı, kültürel gelenekleri onurlandırma ve hastanın sınırlı bir sosyal çevresi varsa hastanede yatış sırasında bazen arkadaşlık gereksinimlerini de içerir. Taburculuk planlaması, eve sorunsuz bir geçiş için sosyokültürel gereksinimlerin karşılanmasına da yardımcı olur (14).

**Tablo 2. Perianestezi Hemşireliğinde Konfor Gereksinimlerinin Taksonomik Yapısı (16)**

Bağlam	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
<b>Fiziksel</b>	Ağrı Bulantı	Rahat yatak, homeostazis	Hastanın “Uyandığında ağrıya nasıl dayanabilirim?” diye düşünmesi
<b>Psikospritüel</b>	Anksiyete	Prognoz ile ilgili belirsizlik	Spritüel destek gereksinimi
<b>Çevresel</b>	Gürültülü anestezi sonrası bakım üniteleri; parlak ışıklar; soğuk	Mahremiyet eksikliği	Sakin, tanıdık çevresel unsurlara gereksinim duyma
<b>Sosyokültürel</b>	Geleneklerin yokluğu ve kültürel açıdan hassas bakım	Ailenin yokluğu; dil engelleri	Aileden veya önemli bir kişiden destek gereksinimi; bilgi, danışma gereksinimi

Tablo 2, perianestezi ortamlarındaki hastaların çok çeşitli konfor gereksinimlerinin, fiziksel gereksinimler, duygusal destek, spiritüel rehberlik, güvence ve çevresel düzenlemeler için bireyselleştirilmiş gereksinimler dahil olmak üzere, tablonun herhangi bir yerine yerleştirilebileceğini göstermektedir. Ayrıca konfor için oksijenlenme, dolaşım, eliminasyon, sıvı ve elektrolit dengesi, sindirim, hareketlilik,

normotermi gibi homeostatik mekanizmaların sürdürülmesi gerekmektedir. Hastanın homeostatik gereksinimlerinin çoğu, hastanın geçmişinin ve mevcut tıbbi sorunlarının incelenmesinden elde edilebilir. Hatırlanması gereken önemli bir nokta, tüm bu konfor gereksinimlerinin birbiriyle etkileşime girmesi ve birlikte her bir konfor gereksiniminin ayrı ayrı ele alınmasıyla açıklanabilecek olandan daha fazla rahatsızlık yaratmasıdır (16).

#### **2.2.16.6. Perianestezi Hemşireliğinde Konfor Girişimleri**

Teknik girişimler, koçluk ve ruh için konfor gıdasından oluşan konfor girişimleri perianestezi hemşireliğinin dört evresinde uygulanır: anestezi öncesi, anestezi sonrası faz I, anestezi sonrası faz II ve anestezi sonrası faz III (14).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır (79).

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma bir devlet hastanesinde yürütülmüştür. Araştırma bu hastanenin beyin cerrahi, genel cerrahi, göz hastalıkları, kalp damar cerrahi, kulak burun boğaz, ortopedi ve travmatoloji ve üroloji kliniklerinde yapılmıştır. Genel cerrahi kliniğinde 29 yatak, 13 hemşire, 5 hekim; ortopedi ve travmatoloji kliniğinde 44 yatak, 15 hemşire, 6 hekim; bir arada hizmet veren diğer kliniklerde (beyin cerrahi, göz hastalıkları, kalp damar cerrahi, kulak burun boğaz ve üroloji) 23 yatak, 11 hemşire, 19 hekim bulunmaktadır. Hastanede 2022 yapılan ameliyat sayısı; A grubu 299, B grubu 1.630 ve C grubu 3.337 olmak üzere toplam 5.266'dır.

Ameliyat öncesi hastalar ameliyattan bir veya birkaç gün önce kliniğe yatırılmaktadırlar. Ameliyat sonrası hastalar, genel durumlarına ve ameliyatlarının büyüklüğüne göre en az bir gün hastanede yatmaktadırlar. Ameliyat öncesi hazırlıkta hastalara, hekim tarafından veya hekim istemiyle hemşireler tarafından gece 24.00'ten sonra hiçbir şey yememeleri ve içmemeleri gerektiği konusunda bilgi verilmektedir.

Araştırma, Haziran-Kasım 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, hastanenin adı geçen kliniklerinde araştırmanın yapıldığı tarihler arasında yatan hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini, hastanenin adı geçen kliniklerinde araştırmanın yapıldığı tarihler arasında yatan ve örnekleme alınma ölçütlerini karşılayan hastalardan oluşmuştur.

##### 3.3.1. Örnekleme Alınma ve Örneklemden Dışlanma Ölçütleri

Örnekleme alınma ölçütleri şunlardır:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- 18 yaş ve üzerinde olma
- Türkçe anlayabilme ve konuşabilme
- Bilinç açık ve koopere olma
- Psikiyatrik hastalık tanısı almamış olma
- Ameliyata hemen gidecek olma
- Elektif cerrahi yapılacak olma

Örneklemeden dışlanma ölçütleri şunlardır:

- Günübirlilik cerrahi yapılacak olma
- ASA skoru IV ve V olma

### 3.3.2. Örneklem Büyüklüğü

Araştırmada örneklem büyüklüğü “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak veri toplama aşamasından önce hesaplanmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak Kızılkaya ve Gül (2019) tarafından yapılan çalışma esas alınmıştır. Adı geçen çalışmada ameliyat öncesi açlık süresi ve GKÖ ile hesaplanan konfor düzeyi arasındaki ilişki katsayısı 0.179 olarak hesaplanmıştır (29). Etki büyüklüğü 0.179 ve alfa değeri 0.05 alındığında %80 güç ile en az 242 kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir (Ek-1). Belirlenen sayının %10 fazlasına (264) ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma 267 kişi ile tamamlanmıştır.

### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımsız Değişken:** Hastaların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum) ve klinik (BKİ, kronik hastalık durumu, daha önce ameliyat olma durumu, yattığı klinik, ASA skoru) özellikleri, ameliyat öncesi sıvı ve katı gıda açlık süreleri

**Bağımlı Değişken:** Hastaların konfor düzeyleri

### 3.5. Veri Toplama Araçları

#### 3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Form (Ek-2) araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form hazırlanırken hasta bilgilerine ulaşmak amaçlanmıştır. Formun oluşturulmasında ilgili literatürden yararlanılmıştır (28-30). Form toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Formda, hastanın sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum) ve klinik özellikleri (boy, kilo, kronik hastalık durumu, kronik hastalık adı, daha önce ameliyat olma durumu, tanı, yattığı klinik, ASA skoru, ameliyat saati, ameliyat öncesi sıvı ve katı gıda açlık süresi, açlık süresi konusunda bilgi aldığı kişi) ile ilgili sorular bulunmaktadır.

#### 3.5.2. Genel Konfor Ölçeği

GKÖ'nün orijinali olan GCQ, Kolcaba (1992) tarafından, konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan dört bağlam ve üç duygunun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuştur. Ölçek ilk olarak tıbbi-cerrahi, psikiyatri, akut bakım ve onkoloji alanlarındaki 256 katılımcıya uygulanmıştır. Ölçek 48 maddeden oluşmuştur. Alt boyutlar; fiziksel, psikosprütüel, çevresel ve sosyokültürel olarak belirtilmiştir.

Ölçek, yanıtları kesinlikle katılmıyorum ile kesinlikle katılıyorum arasında değişen dörtlü Likert ölçeği tipindedir. Olumsuz maddeler için ters kodlama yapıldıktan sonra alt boyut puanları elde edilir. Daha yüksek puanlar, konfor gereksinimlerinin daha fazla karşılanması anlamına gelir. Temel bileşenler analizi (principal components analysis-PCA) ön sonuçları, tüm maddelerin tek bir yapıyı ölçtüğünü göstermiştir (Cronbach's alpha=0.88). İlk analiz, özdeğerleri 1.0'ın üzerinde olan 13 faktörden gelmiştir. Bu, 12 hücreli yapı ile tutarlıdır; faktörler karşılanmayan/karşılanan konfor gereksinimlerinin yoğunluğuna yüklenmiştir. Bu çözüm 48 maddedeki varyansın %63.4'ünü açıklamıştır. Yama grafiği, yapının ikinci boyutuyla tutarlı olarak üç ana faktöre işaret etmiştir. Orijinal madde havuzunun (48 madde) madde analizinden sonra 13 madde silinmiş ve faktör analizleri tekrar yapılmıştır. Alt boyutların güvenilirliği fizikselde (8 madde) 0.70, psikospiritüelde (11 madde) 0.78, çevreselde (10 madde) 0.80 ve sosyokültürelde (6 madde) 0.66 olarak hesaplanmıştır. 35 madde için Cronbach alfa değeri, maddeler silindikten sonra 0.90'a yükselmiştir. Alt boyutlar arasındaki korelasyonların 0.51 ile 0.62 arasında değişim gösterdiği ve en güçlü ilişkilerin psikospiritüel alt boyutta olduğu belirlenmiştir (68).

**Tablo 3. Konforun Taksonomik Yapısı Üzerinde GKÖ Maddelerinin Dağılımı (72)**

	<b>Ferahlama</b>	<b>Rahatlama</b>	<b>Üstünlük</b>
<b>Fiziksel</b>	14- 19- 25- 48-	1+ 20- 28- 36+	5- 6- 15+ 29+
<b>Psikospiritüel</b>	22- 40- 44+ 46+	2+ 7+ 24- 31+ 38+	9+ 17+ 41- 45-
<b>Çevresel</b>	3+ 12- 27+ 34-	11+ 32- 42- 47+	18- 21- 30+ 33+ 35-
<b>Sosyokültürel</b>	8- 13- 26- 37+	4+ 23+ 39- 43+	10+ 16+

Kolcaba'ya (2003) göre ölçekte yanıt yanlılığını önlemek için eşit sayıda olumlu ve olumsuz madde kullanılır. Bu nedenle 24 olumlu, 24 olumsuz madde bulunur. Olumsuz maddeler şunlardır: 5, 6, 8, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 32, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 45, 48. Hücrelerde eşit olmayan sayıda madde bulunur. Ölçekte konforun taksonomik yapısına göre ferahlama, rahatlama ve üstünlük olmak üzere üç duygu ve fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olmak üzere dört bağlam bulunmaktadır. Bu yapı üzerinde maddelerin dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Olumlu maddelerin yanında "+", olumsuz maddelerin yanında "-" işareti bulunmaktadır (72).

GKÖ'nün (Ek-3) Türkçeye uyarlanması Kuşuoğlu ve Karabacak (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek, konfor gereksinimlerini saptama, konfor sağlamayı hedefleyen hemşirelik girişimleri ile konforda artma sonucuna ulaşmayı değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek toplam 48 madde içermektedir. Ölçek alt boyutları, ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve üstünlüktür (15 madde). Ölçek dördümlü likert tiptedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde negatif maddeler ters kodlanır. Sonrasında bunlar pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten en düşük 48, en yüksek 192 puan alınır. Elde edilen toplam puan, ölçek madde sayısına bölünerek ortalama madde puanı saptanır ve 1-4 arasında belirtilir. 1 puan düşük konfor, 4 puan yüksek konfor olarak değerlendirilir. Yapı geçerliğinde ölçeğin tümünün ve alt boyutları ile Memnuniyet Ölçeğinin tümü ve alt boyutları arasındaki korelasyon incelenmiştir. Ölçeğin güvenirliğinde Cronbach alfa katsayısı değerlendirilmiştir. Cronbach alfa katsayısı; ferahlama alt boyutunda 0.70, rahatlama alt boyutunda 0.70 ve üstünlük alt boyutunda 0.55 ve tüm ölçekte 0.85 olarak belirlenmiştir (76).

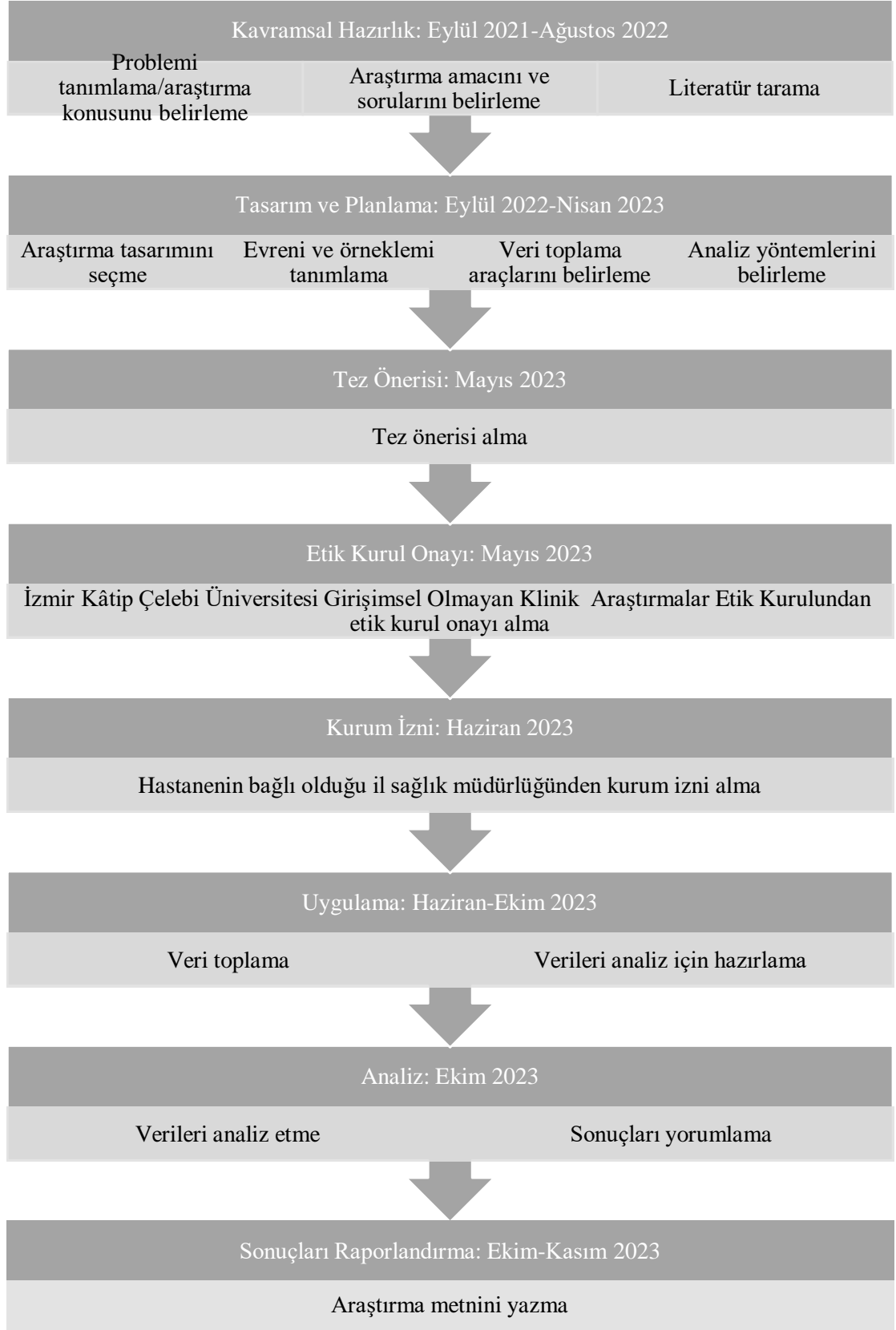
Ölçeğin kullanılabilmesi için Kuşuoğlu'ndan izin alınmıştır (Ek-4).

**Tablo 4. GKÖ Cronbach Alfa Katsayısı**

<b>GKÖ alt boyutu</b>	<b>Cronbach Alfa katsayısı</b>
Ferahlama	0.630
Rahatlama	0.716
Üstünlük	0.768
Fiziksel	0.610
Psikospirütel	0.789
Çevresel	0.656
Sosyokültürel	0.633
Tüm ölçek	0.885

Ölçeğin bu araştırma için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach alfa katsayısı, duygu alt boyutlarında 0.630-0.716 arasında; bağlam alt boyutlarında 0.610-0.789 arasında; tüm ölçekte 0.885 bulunmuştur (Tablo 4). Güvenirlik analizinde Cronbach alfa değeri 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0.60 arasında ise düşük güvenirlkte, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir olduğu düşünülür (80). Buna göre ölçeğin alt boyutlarının oldukça güvenilir, tüm ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür.

### 3.6. Araştırmanın Planı ve Takvimi



Şekil 3. Araştırma Planı ve Takvimi



Bu tez çalışması, Eylül 2021 tarihinde kavramsal hazırlık ile başlamıştır. Çalışmanın uygulama aşaması Haziran 2023 tarihinde başlamıştır. Çalışma, Kasım 2023 tarihinde sonuçlanmıştır. Çalışmanın tüm aşamalarını içeren araştırma planı ve takvimi Şekil 3’te gösterilmiştir.

### 3.7. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından cerrahi kliniklerinde, hastalar ameliyata gitmeden hemen önce, yüz yüze toplanmıştır. Okuryazar olmayan hastaların verileri, araştırmacı tarafından hastalara veri toplama formlarındaki sorular okunarak hastaların yanıtlarının kaydedilmesi yoluyla toplanmıştır. Veri toplama sürecinde, veri toplama araçlarını doldurmaları/yanıtlamaları için hastalara ısrar edilmemiştir. Hastaların veri toplama araçlarını doldurma/yanıtlama için duygu durumlarının uygun olup olmadığı göz önünde bulundurulmuştur. Veriler mesai saatlerinde toplanmıştır. Ameliyat ile ilgili bazı veriler basılı veya elektronik hasta kayıtlarından elde edilmiştir. Veri toplama süreci yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

### 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (Statistical Package for Social Science-SPSS) 22.0 kullanılarak değerlendirilmiştir. Numerik veriler ortalama ve standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir.

**Tablo 5. GKÖ Basıklık ve Çarpıklık Değerleri**

GKÖ alt boyutu	Basıklık	SE	Çarpıklık	SE
Ferahlama	0.003	0.297	0.187	0.149
Rahatlama	-0.212	0.297	-0.162	0.149
Üstünlük	0.170	0.297	-0.187	0.149
Fiziksel	-0.293	0.297	0.168	0.149
Psikospirütel	0.106	0.297	-0.219	0.149
Çevresel	0.074	0.297	-0.180	0.149
Sosyokültürel	-0.236	0.297	-0.420	0.149
Tüm ölçek	-0.092	0.297	-0.021	0.149

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği basıklık ve çarpıklık değerleri ile incelenmiştir. Normal ve normale yakın dağılımlarda değerlerin  $\pm 3$  olması gerekir (81). GKÖ alt boyutları ve tüm ölçek için basıklık ve çarpıklık değerleri incelendiğinde

tüm puanların  $\pm 3$  aralığında olduğu görülmüştür. Verilerin normal dağılım varsayımını sağladığı belirlenmiştir (Tablo 5). Bu nedenle parametrik testlerin kullanılması uygun bulunmuştur. İki bağımsız örneklem için bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla bağımsız örneklem için tek yönlü varyans analizi ve bu analizde farklılık bulunan durumda farklılık yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Sürekli veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi; bağımsız değişken tarafından bağımlı değişkenin ne kadarının açıklandığını belirlemek için doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi  $\alpha=0.05$  olarak kabul edilmiştir (79,82).

### **3.9. Araştırmanın Bütçesi**

Araştırmada, araştırma yerinden veya araştırma yeri dışından hizmet alımı, gönüllülere verilen hizmet veya diğer hizmetler olmak üzere hiçbir araştırma gideri olmamıştır. Araştırma herhangi bir kurum/kuruluş tarafından desteklenmemiştir.

### **3.10. Araştırma Etiği**

Araştırma Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmanın uygulanabilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Ek-5). Araştırmanın uygulanabilmesi için hastanenin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğünden izin alınmıştır (Ek-6). Araştırmada veri toplama aracı olarak GKÖ'nün kullanılabilmesi için Kuşuoğlu'ndan izin alınmıştır (Ek-4). Araştırmaya katılan hastalardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile olur alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

**Tablo 6. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Oranları**

Özellik		N	%
Yaş ( $\bar{X} \pm SD=52.43 \pm 18.84$ )	$\leq 44$	94	35.2
	45-54	40	15.0
	55-64	49	18.4
	$\geq 65$	84	31.5
Cinsiyet	Kadın	127	47.6
	Erkek	140	52.4
Eğitim durumu	Okuryazar değil	28	10.5
	İlkokul ve ortaokul	146	54.7
	Lise	63	23.6
	Üniversite	30	11.2
Çalışma durumu	Evet	88	33.0
	Hayır	179	67.0
Medeni durum	Evli	188	70.4
	Bekar	79	29.6
BKİ ( $\bar{X} \pm SD=26.98 \pm 4.19$ )	Normal (18.50-24.99)	87	32.6
	Fazla kilolu (25.00-29.99)	114	42.7
	Obez ( $\geq 30.00$ )	66	24.7
Kronik hastalık durumu	Evet	115	43.1
	Hayır	152	56.9
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	169	63.3
	Hayır	98	36.7
Yattığı klinik	Genel cerrahi	91	34.1
	Kulak burun boğaz	45	16.9
	Ortopedi ve travmatoloji	93	34.8
	Üroloji	26	9.7
	Diğer	12	4.5
ASA skoru	ASA I	49	18.4
	ASA II	195	73.0
	ASA III	23	8.6
Açlık süresi konusunda bilgi aldığı kişi	Hekim	48	18.0
	Hemşire	36	13.5
	Hekim ve hemşire	183	68.5

N=267

Hastaların yaş ortalamalarının  $52.43 \pm 18.84$ , %35.2'sinin 44 yaş ve altında, %31.5'inin 65 yaş ve üstünde olduğu bulunmuştur. Hastaların %52.4'ünün erkek, %54.7'sinin İlkokul ve ortaokul mezunu, %67'sinin çalışmayan, %70.4'ünün evli olduğu saptanmıştır. Hastaların BKİ ortalamalarının  $26.98 \pm 4.19$  ve %42.7'sinin fazla kilolu olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalık durumuna bakıldığında hastaların %43.1'inin kronik hastalığı olduğu, en yüksek oranda olan kronik hastalıkların sırasıyla hipertansiyon (%49.6), diyabet (%23.5) ve kalp hastalığı (%13.9) olduğu görülmüştür. Hastaların %63.3'ünün daha önce ameliyat olduğu belirlenmiştir. Hastaların yattıkları kliniklerin; %34.8 ortopedi ve travmatoloji, %34.1 genel cerrahi, %16.9 kulak burun boğaz ve %9.7 üroloji şeklinde olduğu belirlemiştir. Kliniklerdeki en yüksek oranda olan tanıların dağılımları; ortopedi ve travmatolojide femur fraktürü (%19.4), gonartroz (%29) ve travma (%8.6); genel cerrahide inguinal herni (%38.5), kolesistit (%34.1) ve pilonidal sinüs (%8.8); kulak burun boğazda septum deviasyonu (%71.1), sinüzit ve nazal polip (%11.1) ve nazal tümör (%4.4); ürolojide mesane tümörü (19.2), prostat (%11.5) ve hidrosel (%7.7) şeklindedir. Hastaların ASA skorunun büyük oranda (%73) ASA II olduğu saptanmıştır. ASA skoru ASA I olan hastaların %67.3'ünün kulak burun boğaz ve %14.3'ünün genel cerrahi, ASA II olan hastaların %42.1'inin genel cerrahi ve %39.5'inin ortopedi ve travmatoloji, ASA III olan hastaların %52.2'sinin ortopedi ve travmatoloji ve %30.4'ünün üroloji kliniğinde yattığı görülmüştür. Hastaların açlık süresi konusunda %68.5'inin hekim ve hemşireden, %18'inin hekimden, %13.5'inin hemşireden bilgi aldığı belirlenmiştir (Tablo 6).

#### 4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı ve Katı Gıda Açlık Süreleri

**Tablo 7. Hastaların Sıvı ve Katı Gıda Açlık Süreleri**

Ameliyat öncesi açlık süresi (saat)	$\bar{X}$	SD	Minimum	Maksimum
Ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi	12.12	2.43	7.00	19.00
Ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi	14.57	2.74	8.00	21.00

Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ortalama  $12.12 \pm 2.43$  saat (minimum=7. maksimum=19), katı gıda açlık süreleri ise ortalama  $14.57 \pm 2.74$  (minimum=8. maksimum=21) saat bulunmuştur (Tablo 7).

#### 4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi Konfor Düzeyleri

**Tablo 8. Hastaların GKÖ Puan Ortalamaları**

<b>GKÖ Alt Boyutları</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>SD</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>
Ferahlama	2.64	0.36	1.81	3.81
Rahatlama	2.67	0.37	1.59	3.65
Üstünlük	2.59	0.46	1.36	3.79
Fiziksel	2.33	0.42	1.33	3.50
Psikospirütel	2.62	0.50	1.00	3.92
Çevresel	2.93	0.37	1.85	4.00
Sosyokültürel	2.63	0.42	1.60	3.50
Tüm ölçek	2.63	0.36	1.71	3.71

GKÖ tanımlayıcı istatistikleri Tablo 8’de verilmiştir. Duygu alt boyutları puan ortalamaları ferahlama için  $2.64 \pm 0.36$ , rahatlama için  $2.67 \pm 0.37$ , üstünlük için  $2.59 \pm 0.46$ ; bağlam alt boyutları puan ortalamaları fiziksel için  $2.33 \pm 0.42$ , psikospirütel için  $2.62 \pm 0.50$ , çevresel için  $2.93 \pm 0.37$ , sosyokültürel için  $2.63 \pm 0.42$  ve tüm ölçek puan ortalaması  $2.63 \pm 0.36$  olarak hesaplanmıştır.

#### 4.4. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Konfor Düzeyleri

**Tablo 9. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre GKÖ Puan Ortalamaları**

		Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük	Fiziksel	Psikospirütel	Çevresel	Sosyokültürel	Tüm ölçek
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	≤44 (1)	2.68±0.37	2.72±0.37	2.64±0.44	2.45±0.38	2.58±0.49	2.95±0.38	2.68±0.35	2.74±0.43
	45-54 (2)	2.61±0.31	2.64±0.31	2.59±0.41	2.26±0.38	2.65±0.46	2.95±0.34	2.61±0.30	2.56±0.35
	55-64 (3)	2.68±0.35	2.74±0.37	2.69±0.45	2.39±0.48	2.7±0.52	2.97±0.35	2.70±0.36	2.72±0.35
	≥65 (4)	2.58±0.38	2.59±0.39	2.47±0.5	2.21±0.43	2.6±0.51	2.88±0.4	2.55±0.38	2.47±0.44
F		1.415	2.725	3.004	5.870	0.789	0.768	7.934	2.763
P		0.239	<b>0.045*</b>	<b>0.031*</b>	<b>0.001*</b>	0.501	0.513	<b>0.000*</b>	<b>0.042*</b>
Bonferroni			1>4	1>4	1>4			1>3.4	1>4
Cinsiyet	Kadın	2.57±0.37	2.59±0.36	2.51±0.41	2.24±0.42	2.55±0.47	2.88±0.37	2.56±0.34	2.55±0.4
	Erkek	2.7±0.35	2.74±0.38	2.66±0.5	2.42±0.41	2.68±0.51	2.98±0.37	2.7±0.36	2.69±0.44
t		-3.082	-3.279	-2.584	-3.582	-2.263	-2.221	-2.590	-3.171
P		<b>0.002*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.024*</b>	<b>0.027*</b>	<b>0.010*</b>	<b>0.002*</b>
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	2.49±0.38	2.42±0.36	2.24±0.43	2.04±0.49	2.43±0.48	2.69±0.33	2.38±0.34	2.32±0.4
	İlkokul ve ortaokul (2)	2.6±0.35	2.64±0.38	2.55±0.47	2.3±0.41	2.59±0.52	2.92±0.38	2.6±0.36	2.55±0.42
	Lise (3)	2.74±0.33	2.8±0.33	2.77±0.4	2.49±0.38	2.73±0.43	3.02±0.33	2.77±0.31	2.82±0.36
	Üniversite (4)	2.76±0.38	2.8±0.32	2.73±0.4	2.43±0.4	2.75±0.47	3±0.38	2.76±0.33	2.87±0.32
F		5.192	8.894	10.747	8.732	3.349	5.595	16.520	10.104
P		<b>0.002*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.020*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>
Bonferroni		3.4>1	2.3.4>1	2.3.4>1	2.3.4>1	3>1	2.3.4>1	2.3.4>1	2.3.4>1

			3>2	3>2	3>2			3.4>2	3>2
Çalışma durumu	Evli	2.71±0.37	2.75±0.38	2.69±0.46	2.45±0.39	2.69±0.53	2.99±0.39	2.72±0.36	2.72±0.4
	Hayır	2.6±0.35	2.63±0.37	2.54±0.46	2.28±0.43	2.59±0.48	2.9±0.36	2.59±0.35	2.57±0.43
t		2.367	2.449	2.611	3.167	1.561	1.883	2.772	2.730
P		<b>0.019*</b>	<b>0.015*</b>	<b>0.010*</b>	<b>0.002*</b>	0.120	0.061	<b>0.006*</b>	<b>0.007*</b>
Medeni durum	Evli	2.68±0.34	2.71±0.36	2.66±0.45	2.37±0.42	2.70±0.48	2.99±0.36	2.68±0.34	2.66±0.39
	Bekar	2.53±0.39	2.57±0.38	2.42±0.46	2.26±0.42	2.44±0.49	2.79±0.38	2.51±0.37	2.53±0.5
t değeri		3.206	2.868	3.934	1.969	3.985	3.941	2.364	3.768
p değeri		<b>0.002*</b>	<b>0.004*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.0499*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.019*</b>	<b>0.000*</b>
BKİ	Normal	2.66±0.37	2.64±0.39	2.55±0.53	2.33±0.45	2.57±0.49	2.91±0.41	2.61±0.39	2.63±0.45
	Fazla kilolu	2.65±0.38	2.69±0.38	2.62±0.44	2.38±0.42	2.65±0.53	2.93±0.37	2.65±0.36	2.61±0.44
	Obez	2.6±0.33	2.68±0.34	2.59±0.42	2.25±0.4	2.64±0.45	2.94±0.33	2.62±0.32	2.63±0.36
F		0.516	0.443	0.682	2.000	0.760	0.173	0.046	0.302
P		0.597	0.643	0.506	0.137	0.468	0.841	0.955	0.739
Kronik hastalık durumu	Evli	2.56±0.36	2.59±0.37	2.50±0.51	2.19±0.45	2.57±0.52	2.89±0.39	2.55±0.37	2.51±0.43
	Hayır	2.69±0.35	2.73±0.36	2.66±0.42	2.44±0.39	2.66±0.48	2.96±0.36	2.70±0.34	2.71±0.40
t		-2.984	-3.232	-2.915	-4.844	-1.353	-1.598	-4.010	-3.342
p		<b>0.003*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.004*</b>	<b>0.000*</b>	0.177	0.111	<b>0.000*</b>	<b>0.001*</b>
Daha önce ameliyat olma durumu	Evli	2.63±0.37	2.65±0.38	2.57±0.48	2.3±0.44	2.63±0.51	2.93±0.37	2.62±0.37	2.57±0.42
	Hayır	2.66±0.36	2.71±0.35	2.63±0.43	2.4±0.38	2.6±0.47	2.92±0.38	2.66±0.34	2.72±0.41
t		-2.984	-3.232	-2.915	-4.844	-1.353	-1.598	-4.010	-3.342
p		<b>0.003*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.004*</b>	<b>0.000*</b>	0.177	0.111	<b>0.000*</b>	<b>0.001*</b>
Yattığı klinik	Genel cerrahi (1)	2.64±0.35	2.71±0.38	2.6±0.47	2.41±0.38	2.62±0.53	2.91±0.37	2.65±0.37	2.61±0.44

	Kulak burun boğaz (2)	2.88±0.33	2.92±0.3	2.88±0.38	2.71±0.3	2.78±0.42	3.15±0.31	2.89±0.29	2.91±0.37
	Ortopedi ve travmatoloji (3)	2.52±0.32	2.54±0.33	2.47±0.4	2.11±0.35	2.56±0.46	2.84±0.36	2.51±0.31	2.5±0.37
	Üroloji (4)	2.61±0.39	2.57±0.37	2.37±0.58	2.18±0.44	2.46±0.6	2.87±0.39	2.52±0.41	2.53±0.48
	Diğer (5)	2.72±0.32	2.69±0.43	2.83±0.27	2.38±0.45	2.81±0.35	2.99±0.38	2.74±0.31	2.75±0.27
F		8.956	9.393	8.984	22.641	2.723	5.951	8.637	10.842
p		<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.030*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>
Bonferroni		2>1.3.4	2>1.3.4	2>1.3.4	2>1.3.4; 1>3.4	2>4	2>1.3.4	2>1.3.4	2>1.3.4
ASA skoru	ASA I (1)	2.83±0.38	2.9±0.36	2.85±0.42	2.72±0.33	2.77±0.51	3.05±0.38	2.85±0.35	2.87±0.38
	ASA II (2)	2.6±0.34	2.65±0.34	2.56±0.44	2.27±0.38	2.61±0.48	2.91±0.37	2.6±0.34	2.58±0.4
	ASA III (3)	2.6±0.42	2.37±0.39	2.34±0.51	2.01±0.46	2.39±0.52	2.84±0.41	2.43±0.39	2.45±0.5
F değeri		8.732	19.807	12.376	37.030	4.724	3.643	11.768	15.021
p değeri		<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.010*</b>	<b>0.028*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>
Bonferroni		1>2.3	1>2.3 2>3	1>2.3	1>2.3 2>3	1>2.3	1>2.3	1>2.3	1>2.3

\*p<0.05



Tablo 9’da hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre GKÖ puan ortalamaları sunulmuştur.

Hastaların yaşlarına göre, GKÖ rahatlama ve üstünlük alt boyut, fiziksel ve sosyokültürel alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yaşı 44 ve altında olanların, 65 ve üstünde olanlara göre, rahatlama ve üstünlük alt boyut, fiziksel alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Yaşı 44 ve altında olanların, 55-64 olanlara ve 65 ve üstünde olanlara göre, sosyokültürel alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık hastaların yaşlarına göre ferahlama alt boyut ve psikospirüel ve çevresel alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların cinsiyetlerine göre, tüm duygu alt boyutları, tüm bağlam alt boyutları ve tüm ölçek puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Erkeklerin, kadınlara göre, tüm puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların eğitim durumlarına göre, tüm duygu alt boyutları, tüm bağlam alt boyutları ve tüm ölçek puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). İlkokul ve ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanların, okuryazar olmayanlara göre; lise mezunu olanların, ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre, rahatlama ve üstünlük alt boyut, fiziksel ve sosyokültürel alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lise ve üniversite mezunu olanların, okuryazar olmayanlara göre ferahlama alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Lise mezunu olanların, okuryazar olmayanlara göre, psikospirüel alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur. İlkokul ve ortaokul ve lise ve üniversite mezunu olanların, okuryazar olmayanlara göre, çevresel alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hastaların çalışma durumlarına göre, tüm duygu alt boyut, fiziksel ve sosyokültürel alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışanların, çalışmayanlara göre, tüm puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık hastaların çalışma durumuna göre, psikospirüel ve çevresel alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

Hastaların medeni durumlarına göre, tüm duygu alt boyutları, tüm bağlam alt boyutları ve tüm ölçek puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Evlilerin, bekarlara göre, tüm puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Hastaların BKİ'lerine göre hiçbir duygu alt boyut, hiçbir bağlam alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların kronik hastalık durumlarına göre, tüm duygu alt boyutları, fiziksel ve sosyokültürel alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kronik hastalığı olmayanların, kronik hastalığı olanlara göre, tüm puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık psikospirütel ve çevresel alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre tüm duygu alt boyutları, fiziksel ve sosyokültürel alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Daha önce ameliyat olmayanların, daha önce ameliyat olanlara göre, tüm puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşılık psikospirütel ve çevresel alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların yatıkları kliniklere göre tüm duygu alt boyutları, tüm bağlam alt boyutları ve tüm ölçek puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kulak burun boğaz kliniğinde yatanların, genel cerrahi, üroloji, ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatanlara göre tüm duygu alt boyut, çevresel ve sosyokültürel alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Kulak burun boğaz kliniğinde yatanların, genel cerrahi, üroloji ve ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatanlara göre; genel cerrahi kliniğinde yatanların, üroloji ve ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatanlara göre, fiziksel alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kulak burun boğaz kliniğinde yatanların, üroloji kliniğinde yatanlara göre, psikospirütel alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur.

Hastaların ASA skorlarına göre, tüm duygu alt boyutları, tüm bağlam alt boyutları ve tüm ölçek puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). ASA I olanların, ASA II ve III olanlara göre, ferahlama ve üstünlük alt boyut, psikospirütel, çevresel ve sosyokültürel alt boyut ve tüm ölçek

puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. ASA I olanların, ASA II ve III olanlara göre; ASA II olanların, ASA III olanlara göre, rahatlama alt boyut ve fiziksel alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

#### 4.5. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi

**Tablo 10. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin GKÖ Tüm Ölçek Puan Ortalamalarına Etkisi-Model 1**

	$\beta$	SE	t	Sig.	VIF	F	p	Adj.R <sup>2</sup>	DW
Sabit	2.285	0.157	14.594	0.000		8.036	<b>0.000</b>	0.284	1.974
Yaş	0.007	0.002	3.881	<b>0.000</b>	3.195				
Cinsiyet referans=Kadın									
Cinsiyet=Erkek	0.074	0.042	1.732	0.084	1.291				
Eğitim durumu referans kategori=Okuryazar değil									
Eğitim durumu=İlkokul ve ortaokul	0.147	0.072	2.031	<b>0.043</b>	3.702				
Eğitim durumu=Lise	0.332	0.090	3.691	<b>0.000</b>	4.178				
Eğitim durumu=Üniversite	0.466	0.102	4.556	<b>0.000</b>	2.991				
Çalışma durumu referans kategori=Evet									
Çalışma durumu=Hayır	-0.041	0.051	-0.791	0.430	1.665				
Medeni durum referans kategori=Evli									
Medeni durum=Bekar	-0.190	0.047	-4.020	<b>0.000</b>	1.343				
Kronik hastalık durumu referans kategori=Evet									
Kronik hastalık durumu=Hayır	0.032	0.046	0.695	0.488	1.510				
Daha önce ameliyat olma durumu referans kategori=Evet									
Daha önce ameliyat olma durumu=Hayır	-0.023	0.047	-0.485	0.628	1.501				
Yattığı klinik referans kategori=Genel cerrahi									
Yattığı klinik=Kulak burun boğaz	0.164	0.075	2.198	<b>0.029</b>	2.244				
Yattığı klinik=Ortopedi ve travmatoloji	-0.096	0.048	-1.980	<b>0.049</b>	1.524				
Yattığı klinik=Üroloji	-0.096	0.071	-1.347	0.179	1.278				
Yattığı klinik=Diğer	0.036	0.097	0.375	0.708	1.148				
ASA skoru referans kategori=ASA I									
ASA skoru=ASA II	-0.199	0.067	-2.956	<b>0.003</b>	2.554				
ASA skoru=ASA III	-0.353	0.095	-3.719	<b>0.000</b>	2.041				

Bağımlı değişken: GKÖ tüm ölçek puanı

Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin GKÖ tüm ölçek puan ortalamalarına etkisini değerlendirmek için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon modelinde farklılık testlerinde anlamlı çıkan tüm değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, kronik hastalık

durumu, daha önce ameliyat olma durumu, yattığı klinik, ASA skoru) kullanılmıştır. Kurulan ilk modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=8.036$ ,  $p=0.000$ ). Kurulan ilk modelde yaş, eğitim durumu, medeni durum, yattığı klinik ve ASA skorunun bağımsız değişken olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaşları arttıkça tüm ölçek puan ortalamalarının arttığı gösterilmiştir ( $\beta=0.007$ ). Lise mezunu olanların, okuryazar olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $\beta=0.332$ ). Üniversite mezunu olanların, okuryazar olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $\beta=0.466$ ). Bekarların, evlilere göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $\beta=-0.190$ ). Kulak burun boğaz kliniğinde yatanların, genel cerrahide yatanlara göre tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $\beta=0.164$ ). Ortopedi kliniğinde yatanların, genel cerrahi kliniğinde yatanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu gösterilmiştir ( $\beta=-0.096$ ). ASA skoru II olanların, ASA skoru I olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır ( $\beta=-0.199$ ). ASA skoru III olanların, ASA skoru I olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur ( $\beta=-0.353$ ). Kurulan ilk modelde, yaş, eğitim durumu, medeni durum, yattığı klinik ve ASA skoru, tüm ölçek puan ortalamasında meydana gelen değişimin %28.4'ünü açıklamıştır (Adj.  $R^2=0.284$ ). Kurulan ilk modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür ( $1.5 < DW < 2.5$ ) (Tablo 10).

**Tablo 11. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin GKÖ Tüm Ölçek Puan Ortalamalarına Etkisi-Model 2**

	$\beta$	SE	t	p	VIF	F	p	Adj. R <sup>2</sup>	DW
Sabit	2.425	0.129	18.804	0.000		12.931	0.000	0.264	1.926
Yaş	0.005	0.002	3.344	0.001	2.243				
Cinsiyet referans kategori=Kadın									
Cinsiyet=Erkek	0.108	0.039	2.781	0.006	1.044				
Eğitim durumu referans kategori=Okuryazar değil									
Eğitim durumu=İlkokul ve ortaokul	0.133	0.073	1.836	0.067	3.646				
Eğitim durumu=Lise	0.350	0.090	3.883	0.000	4.094				
Eğitim durumu=Üniversite	0.480	0.102	4.711	0.000	2.893				
Medeni durum referans kategori=Evli									
Medeni durum=Bekar	-0.213	0.046	-4.655	0.000	1.219				
ASA skoru referans kategori=ASA I									
ASA skoru=ASA II	-0.298	0.056	-5.318	0.000	1.731				
ASA skoru=ASA III	-0.485	0.084	-5.761	0.000	1.561				

Bağımlı değişken: GKÖ tüm ölçek puanı

İlk modelde yer alan çalışma durumu, kronik hastalık durumu, daha önce ameliyat olma durumu değişkenleri, modelin F değerini düşüren ve anlamsız olan değişkenler oldukları için modelden çıkarılmıştır. Anlamsız olan değişkenler çıkarıldıktan sonra model tekrar değerlendirilmiş, değişkenlerin p değerleri incelenerek kalıp kalmamalarına karar verilmiş, bu işlem tüm değişkenler anlamlı olana kadar tekrarlanmıştır. Yattığı klinik değişkeni, bir değişken çıkarıldığında anlamsız hale geldiği için modelden çıkarılmıştır. Bununla birlikte cinsiyet değişkeni, bir değişken çıkarıldığında anlamlı hale geldiği için modelde bırakılmıştır. Kurulan ikinci modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (F=12.931, p=0.000). Kurulan ikinci modelde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve ASA skorunun bağımsız değişken olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaşları arttıkça tüm ölçek puan ortalamalarının arttığı gösterilmiştir ( $\beta=0.005$ ). Farklılık testlerinde, yaşı küçük olan hastaların, büyük olanlara göre, GKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiş olmasına karşın burada elde edilen sonucun, kukla değişken kullanımından kaynaklandığı düşünülmüştür. Modelde diğer değişkenlerin yer alması bu sonuca neden olmuştur. Model değerlendirilirken önce istatistiksel anlamlılık sonrasında teorik anlamlılık da değerlendirilmiştir. Erkeklerin, kadınlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $\beta=0.108$ ). Lise mezunu olanların, okuryazar olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu

bulunmuştur ( $\beta=0.350$ ). Üniversite mezunu olanların, okuryazar olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $\beta=0.480$ ). Bekarların, evlilere göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu gösterilmiştir ( $\beta=-0.213$ ). ASA skoru II olanların, ASA skoru I olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır ( $\beta=-0.298$ ). ASA skoru III olanların, ASA skoru I olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur ( $\beta=-0.485$ ). Kurulan ikinci modelde, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve ASA skoru, tüm ölçek puan ortalamasında meydana gelen değişimin %26.4'ünü açıklamıştır (Adj.  $R^2=0.264$ ). Kurulan ikinci modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür ( $1.5 < DW < 2.5$ ) (Tablo 11).

**Tablo 12. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin GKÖ Tüm Ölçek Puan Ortalamalarına Etkisi-Model 3**

	$\beta$	SE	t	p	VIF	F	p	Adj. $R^2$	DW				
Sabit	2.744	0.088	31.063	0.000									
Cinsiyet referans kategori=Kadın													
Cinsiyet=Erkek	0.102	0.039	2.575	<b>0.011</b>	1.044	12.682	<b>0.000</b>	0.235	1.927				
Eğitim durumu referans kategori=Okuryazar değil													
Eğitim durumu=İlkokul ve ortaokul	0.052	0.070	0.751	0.453	3.646								
Eğitim durumu=Lise	0.185	0.077	2.402	<b>0.017</b>	4.094								
Eğitim durumu=Üniversite	0.282	0.085	3.337	<b>0.001</b>	2.893								
Medeni durum referans kategori=Evli													
Medeni durum=Bekar	-0.225	0.047	-4.830	<b>0.000</b>	1.219								
ASA skoru referans kategori=ASA I													
ASA skoru=ASA II	-0.229	0.053	-4.313	<b>0.000</b>	1.731								
ASA skoru=ASA III	-0.407	0.083	-4.935	<b>0.000</b>	1.561								

Bağımlı değişken: GKÖ tüm ölçek puanı

İkinci modelde yer alan yaş değişkeni yukarıda açıklanan gerekçe ile modelden çıkarılmıştır. Kurulan üçüncü modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=12.682$ ,  $p=0.000$ ). Kurulan üçüncü modelde cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve ASA skorunun bağımsız değişken olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin, kadınlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $\beta=0.102$ ). Lise mezunu olanların, okuryazar olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $\beta=0.185$ ). Üniversite mezunu olanların, okuryazar olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $\beta=0.282$ ). Bekarların, evlilere göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha

düşük olduğu belirlenmiştir ( $\beta=-0.225$ ). ASA II olanların, ASA I olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $\beta=-0.229$ ). ASA III olanların, ASA I olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $\beta=-0.407$ ). Kurulan üçüncü modelde cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve ASA skoru, tüm ölçek puan ortalamasında meydana gelen değişimin %23.5'ini açıklamıştır (Adj.  $R^2=0.235$ ). Kurulan üçüncü modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür ( $1.5 < DW < 2.5$ ) (Tablo 12).

#### 4.6. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı ve Katı Gıda Açlık Süreleri ile Ameliyat Öncesi Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişki

**Tablo 13. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı ve Katı Gıda Açlık Süreleri ile GKÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

Alt boyut		Ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi	Ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi
Ferahlama	r	-0.127*	-0.158**
	p	<b>0.038</b>	<b>0.010</b>
Rahatlama	r	-0.060	-0.049
	p	0.327	0.421
Üstünlük	r	-0.132*	-0.135*
	p	<b>0.031</b>	<b>0.027</b>
Fiziksel	r	-0.180**	-0.198**
	p	<b>0.003</b>	<b>0.001</b>
Psikospirütel	r	0.041	0.010
	p	0.500	0.869
Çevresel	r	-0.140*	-0.171**
	p	<b>0.022</b>	<b>0.005</b>
Sosyokültürel	r	-0.175**	-0.106
	p	<b>0.004</b>	0.084
Tüm ölçek	r	-0.120	-0.129*
	p	0.050	<b>0.036</b>

\*p<0.05

\*\*p<0.01

Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ile ferahlama ( $r=-0.127$ ,  $p=0.038$ ) ve üstünlük ( $r=-0.132$ ,  $p=0.031$ ) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ile rahatlama alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $r=-0.060$ ,  $p=0.327$ ). Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ile fiziksel ( $r=-0.180$ ,  $p=0.003$ ), çevresel ( $r=-0.140$ ,  $p=0.022$ ) ve sosyokültürel ( $r=-0.175$ ,  $p=0.004$ ) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf

düzeyde bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ile psikospirütel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $r=-0.041$ ,  $p=0.500$ ). Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ile tüm ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ( $r=-0.120$ ,  $p=0.050$ ) (Tablo 13).

Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık süreleri ile ferahlama ( $r=-0.158$ ,  $p=0.10$ ) ve üstünlük ( $r=-0.135$ ,  $p=0.027$ ) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık süreleri ile rahatlama alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $r=-0.049$ ,  $p=0.421$ ). Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık süreleri ile fiziksel ( $r=-0.198$ ,  $p=0.001$ ) ve çevresel ( $r=-0.171$ ,  $p=0.005$ ) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur. Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık süreleri ile psikospirütel ( $r=0.010$ ,  $p=0.869$ ) ve sosyokültürel ( $r=-0.106$ ,  $p=0.084$ ) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık süreleri ile tüm ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $r=-0.129$ ,  $p=0.036$ ) (Tablo 13).

#### 4.7. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı ve Katı Gıda Açlık Sürelerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi

**Tablo 14. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Ferahlama Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. R <sup>2</sup>	DW
Sabit	2.867	0.112	25.641	<b>0.000</b>	4.336	<b>0.038</b>	0.012	1.702
Ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi	-0.019	0.009	-2.082	<b>0.038</b>				

Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerinin GKÖ ferahlama alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu



bulunmuştur ( $F=4.336$ ,  $p=0.038$ ). Hastaların sıvı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın ferahlama alt boyut puan ortalamalarında 0.019 birim azalmaya neden olduğu belirlenmiştir ( $\beta=-0.019$ ). Modelde ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi ferahlama alt boyut puan ortalamasında meydana gelen değişimin %1.2'sini açıklamıştır (Adj.  $R^2=0.012$ ). Modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür ( $1.5 < DW < 2.5$ ) (Tablo 14).

**Tablo 15. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Rahatlama Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. $R^2$	DW
Sabit	2.782	0.116	23.912	0.000	0.966	0.327	0.000	1.633
Ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi	-0.009	0.009	-0.983	0.327				

Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerinin GKÖ rahatlama alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $F=0.966$ ,  $p=0.327$ ) (Tablo 15).

**Tablo 16. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Üstünlük Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. $R^2$	DW
Sabit	2.895	0.144	25.641	0.000	4.683	<b>0.031</b>	0.014	1.577
Ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi	-0.025	0.012	-2.082	<b>0.031</b>				

Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerinin GKÖ üstünlük alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=4.683$ ,  $p=0.031$ ). Hastaların sıvı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın üstünlük alt boyut puan ortalamalarında 0.025 birim azalmaya

neden olduğu belirlenmiştir ( $\beta=-0.025$ ). Modelde ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi üstünlük alt boyut puan ortalamasında meydana gelen değişimin %1.4'ünü açıklamıştır (Adj.  $R^2=0.014$ ). Modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür ( $1.5 < DW < 2.5$ ) (Tablo 16).

**Tablo 17. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Fiziksel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. $R^2$	DW
Sabit	2.713	0.130	20.858	0.000	8.849	<b>0.003</b>	0.012	1.51
Ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi	-0.031	0.011	-2.975	<b>0.003</b>				

Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerinin GKÖ fiziksel alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=8.849$ ,  $p=0.003$ ). Hastaların sıvı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın fiziksel alt boyut puan ortalamalarında 0.031 birim azalmaya neden olduğu belirlenmiştir ( $\beta=-0.031$ ). Modelde ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi fiziksel alt boyut puan ortalamasında meydana gelen değişimin %2.9'unu açıklamıştır (Adj.  $R^2=0.029$ ). Modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür ( $1.5 < DW < 2.5$ ) (Tablo 17).

**Tablo 18. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Psikospirütel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. $R^2$	DW
Sabit	2.517	0.155	16.288	0.000	0.457	0.500	0.000	1.796
Ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi	0.008	0.012	0.676	0.500				

Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerinin GKÖ psikospirüel alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (F=0.457, p=0.500) (Tablo 18).

**Tablo 19. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Çevresel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. R <sup>2</sup>	DW
Sabit	3.190	0.116	27.580	0.000	5.319	<b>0.022</b>	0.016	1.680
Ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi	-0.022	0.009	-2.306	<b>0.022</b>				

Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerinin GKÖ çevresel alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (F=5.319, p=0.022). Hastaların sıvı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın çevresel alt boyut puan ortalamalarında 0.022 birim azalmaya neden olduğu belirlenmiştir ( $\beta$ =-0.022). Modelde ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi çevresel alt boyut puan ortalamasında meydana gelen değişimin %1.6'sını açıklamıştır (Adj. R<sup>2</sup>=0.016). Modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür (1.5<DW<2.5) (Tablo 19).

**Tablo 20. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Sosyokültürel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. R <sup>2</sup>	DW
Sabit	2.993	0.131	27.881	0.000	5.319	<b>0.022</b>	0.016	1.680
Ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi	-0.031	0.011	-2.891	<b>0.004</b>				

Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerinin GKÖ sosyokültürel alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı

olduğu bulunmuştur (F=8.359, p=0.022). Hastaların sıvı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın sosyokültürel alt boyut puan ortalamalarında 0.031 birim azalmaya neden olduğu belirlenmiştir ( $\beta=-0.031$ ). Modelde ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi sosyokültürel alt boyut puan ortalamasında meydana gelen değişimin %2.7'sini açıklamıştır (Adj. R<sup>2</sup>=0.027). Modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür (1.5<DW<2.5) (Tablo 20).

**Tablo 21. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Tüm Ölçek Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. R <sup>2</sup>	DW
Sabit	2.847	0.112	25.512	0.000	3.867	0.050	0.011	1.568
Ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi	-0.018	0.009	-1.966	0,050				

Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerinin GKÖ tüm ölçek puan ortalamalarına düzeyine etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (F=3.867, p=0.05) (Tablo 21).

**Tablo 22. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Ferahlama Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. R <sup>2</sup>	DW
Sabit	2.943	0.119	24.796	0.000	6.815	<b>0.010</b>	0.021	1.698
Ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi	-0.021	0.008	-2.611	<b>0.010</b>				

Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerinin GKÖ ferahlama alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (F=6.815, p=0.010). Hastaların katı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın ferahlama alt boyut puan ortalamalarında 0.021 birim azalmaya

neden olduğu belirlenmiştir ( $\beta=-0.021$ ). Modelde ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi ferahlama alt boyut puan ortalamasında meydana gelen değişimin %2.1'ini açıklamıştır (Adj.  $R^2=0.021$ ). Modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür ( $1.5<DW<2.5$ ) (Tablo 22).

**Tablo 23. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Rahatlama Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. $R^2$	DW
Sabit	2.768	0.124	22.296	0.000	0.648	0.421	0.000	1.637
Ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi	-0.007	0.008	-0.805	0.421				

Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerinin GKÖ rahatlama alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $F=0.648$ ,  $p=0.421$ ) (Tablo 23).

**Tablo 24. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Üstünlük Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. $R^2$	DW
Sabit	2.925	0.153	19.113	0.000	4.950	<b>0.027</b>	0.015	1.571
Ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi	-,023	0.010	-2.225	<b>0.027</b>				

Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerinin GKÖ üstünlük alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=4.950$ ,  $p=0.027$ ). Hastaların katı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın üstünlük alt boyut puan ortalamalarında 0.023 birim azalmaya neden olduğu belirlenmiştir ( $\beta=-0.023$ ). Modelde ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi üstünlük alt boyut puan ortalamasında meydana gelen değişimin %1.5'ini açıklamıştır

(Adj. R<sup>2</sup>=0.015). Modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür (1.5<DW<2.5) (Tablo 24).

**Tablo 25. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Fiziksel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. R <sup>2</sup>	DW
Sabit	2.780	0.138	20.108	0.000	10.770	<b>0.001</b>	0.035	1.50
Ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi	-0.031	0.009	-3.282	<b>0.003</b>				

Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerinin GKÖ fiziksel alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (F=10.770, p=0.001). Hastaların katı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın fiziksel alt boyut puan ortalamalarında 0.031 birim azalmaya neden olduğu belirlenmiştir ( $\beta$ =-0.031). Modelde ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi fiziksel alt boyut puan ortalamasında meydana gelen değişimin %3.5'ini açıklamıştır (Adj. R<sup>2</sup>=0.035). Modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür (1.5<DW<2.5) (Tablo 25).

**Tablo 26. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Psikospirütel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. R <sup>2</sup>	DW
Sabit	2.593	0.165	15.719	0.000	0.027	0.869	0.000	1.798
Ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi	0.002	0.011	0.165	0.869				

Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerinin GKÖ psikospirütel alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (F=0.027, p=0.869) (Tablo 26).

**Tablo 27. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Çevresel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. R <sup>2</sup>	DW
Sabit	3.270	0.123	26.642	0.000	8.018	<b>0.005</b>	0.026	1.680
Ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi	-0.023	0.008	-2.832	<b>0.005</b>				

Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerinin GKÖ çevresel alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (F=8.018, p=0.005). Hastaların katı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın çevresel alt boyut puan ortalamalarında 0.023 birim azalmaya neden olduğu belirlenmiştir ( $\beta$ =-0.023). Modelde ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi çevresel alt boyut puan ortalamasında meydana gelen değişimin %2.6'sını açıklamıştır (Adj. R<sup>2</sup>=0.026). Modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür (1.5<DW<2.5) (Tablo 27).

**Tablo 28. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Sosyokültürel Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. R <sup>2</sup>	DW
Sabit	2.993	0.131	22.881	0.000	8.359	<b>0.004</b>	0.027	1.634
Ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi	-0.031	0.011	-2.891	<b>0.004</b>				

Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerinin GKÖ sosyokültürel alt boyut puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (F=8.359, p=0.004). Hastaların katı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın sosyokültürel alt boyut puan ortalamalarında 0.031 birim azalmaya neden olduğu belirlenmiştir ( $\beta$ =-0.031). Modelde ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi sosyokültürel alt boyut puan ortalamasında meydana gelen değişimin

%2.7'sini açıklamıştır (Adj. R<sup>2</sup>=0.027). Modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür (1.5<DW<2.5) (Tablo 28).

**Tablo 29. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin GKÖ Tüm Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamalarına Etkisi**

	$\beta$	SE	T	p	F	p	Adj. R <sup>2</sup>	DW
Sabit	2.879	0.119	24.214	0.000				
Ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi	-0.017	0.008	-2.112	<b>0.036</b>	4.459	<b>0.036</b>	0.013	1.566

Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerinin GKÖ tüm ölçek puan ortalamalarına etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (F=4.459, p=0.036). Hastaların katı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın tüm ölçek puan ortalamalarında 0.017 birim azalmaya neden olduğu belirlenmiştir ( $\beta$ =-0.017). Modelde ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi tüm ölçek puan ortalamasında meydana gelen değişimin %1.3'ünü açıklamıştır (Adj. R<sup>2</sup>=0.013). Modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür (1.5<DW<2.5) (Tablo 29).



## 5. TARTIŞMA

Hastaların ameliyat öncesi açlık sürelerinin konfor düzeylerine etkisinin Kolcaba'nın Konfor Kuramına göre incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklarda tartışılmıştır.

Bu bölümde öncelikle araştırmanın kavramsal çerçevesini Kolcaba'nın Konfor Kuramının oluşturması açıklanmıştır.

İyi bir araştırma, araştırma bulgularını düzenli ve tutarlı bir sistem içinde bütünleştirir. Bu tür bir bütünleştirme, konu hakkında önceki araştırmaların kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmesi ve uygun bir teori belirlenmesi veya geliştirilmesi yoluyla yeni araştırma ile mevcut bilgi arasında bağlantı kurulmasını içerir. Her iki etkinlik de bir araştırma projesi için önemli bir bağlam sağlar (21).

Teori, bugün hemşireliğin ayrılmaz bir parçası olup uygulama, araştırma, eğitim ve yönetim alanları için gereklidir (83). Hemşirelik kavram ve teorilerinin sistematik olarak kullanılması, hemşirelik uygulamaları için bir yapı ve kurallar oluşturur. Böylece hemşirelik aktivitelerini yönlendiren, hemşireliğe mal edilen ve hemşireliğe özgü teoriler oluşturulmuş olur (84). Hemşirelik uygulamaları teori üzerine odaklandığında, teori, hipotez üretilmesine izin verir ve böylece hemşirelik girişimleri mantıklı bir şekilde açıklanabilir (85).

Kavramsal model, disiplini ilgilendiren fenomenin nasıl gözlemleneceği ve yorumlanacağı hakkında bilgi verir. Bireylerin algılarını etkileyen bir odak sunar. Disiplinin konusuna bakmada başka yollar sağlar. Bilimsel ve uygulamalı etkinlikler için başka bir yapı ve gerekçe meydana getirir. Disiplinin ilgilendiği fenomen hakkındaki sorular yoluyla araştırmalara yön verir. Uygulamada yaşanan problemlere yönelik çözüm önerileri sunar (20). Hemşirelik araştırmasının işlevlerinden biri hemşirelik teorisi üretmek veya hemşirelik teorisini test etmektir. Her teori geliştirme çabasına bir kavramsal model rehberlik eder. Geliştirilmiş bir kavramsal model, araştırmanın tüm aşamalarında teori üretilmesi veya test edilmesine rehberlik eden belirli bir araştırma geleneği yansıtır (20,86).

Teoriler, bir kavramsal modelden çıkarılan göreceli olarak somut ve belirli kavramlardır. Bunlar soyutluk ve kapsam düzeylerine göre değişmekte olup bunlardan daha somut ve dar kapsamlı olanlar orta düzey teori olarak tanımlanır. Teori, kavramsal modelin içerdiği fenomeni daraltma ve daha spesifik şekle getirme şeklinde işlev görür. Diğer bir işlevi olarak, davranış, durum ve olayları yorumlamada somut ve spesifik yapılar sağlar (20,86). Teorinin klasik kullanımında, araştırmacılar mevcut

bir teoriden çıkarılan hipotezleri test ederler. Araştırmacılar bazen bir teoriyi düzenleyici bir çerçeve veya yorumlayıcı bir araç olarak kullanırlar (21). Kolcaba'nın Konfor Kuramı orta düzey bir teoridir (66,67). Bu çalışmanın kavramsal çerçevesini oluşturan ve orta düzey bir teori olan Kolcaba'nın Konfor Kuramı, ameliyat öncesi açlık ve konfor kavramlarını yorumlamada ve bu kavramlar arasındaki ilişkiyi açıklamada bir yapı sağlamıştır.

Ampirik gösterge, orta düzey teori kavramını temsil eden çok somut ve spesifik gerçek dünya olarak adlandırılır. Orta düzey teori kavramını gözleme veya ölçmede kullanılan gerçek bir araçtır. Orta düzey teorisinin ampirik yeterliliği konusunda kanıt toplamak amacıyla kullanılan ampirik araştırma veya sorgulama yöntemlerinin bir yönünü oluşturur. Veri toplama ve analiz etme amacıyla kullanılan işlemleri de içerir. Nicel puanların hesaplanabildiği araçtır. İşlevi, orta düzey teori üretme veya test etme yollarını sağlamaktır (20). Bu çalışmada konfor düzeyinin ölçülmesinde kullanılan GKÖ'nün, orta düzey bir teori olan Kolcaba'nın Konfor Kuramını temsil eden bir ampirik gösterge olduğu düşünülmüştür.

### **5.1. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı ve Katı Gıda Açlık Süreleri**

Bu çalışmada hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ortalama 12.12 saat bulunmuştur. Ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi, en kısıdan en uzuna doğru, uluslararası çalışmalarda, 5.80 (87), 9.02 (88), 9.36 (89), 10 (58), 11.30 (59), 11.87 (90), 13.41 (91), 13.89 (92), 15.30 (56) saat; ulusal çalışmalarda ise 10.57 (29), 10.70 (93), 11.25 (94), 11.89 (95), 12.21 (96), 12.44 (97), 12.59 (30), 13.54 (98) saat olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık süreleri ortalama 14.57 saat olarak saptanmıştır. Ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi, en kısıdan en uzuna doğru, uluslararası çalışmalarda, 12.10 (90), 12.50 (58), 12.58 (88), 13.50 (89), 14.26 (92), 14.50 (59), 14.75 (91), 15.90 (56), 16.10 (87) saat; ulusal çalışmalarda ise 11.40 (93), 13.16 (29), 13.34 (97), 13.53 (96), 14.02 (98), 14.25 (30), 14.70 (94), 14.80 (95) saat bulunmuştur.

Ameliyat öncesi açlık süresi ise ulusal çalışmalarda 10.16 (44) ve 11.12 (60) saat olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmanın ameliyat öncesi hem sıvı hem katı gıda açlık sürelerine ilişkin sonuçlarının, diğer tüm çalışmalarda olduğu gibi, kılavuzlarda önerilen sürelerden uzun olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara bakılarak kanıta dayalı bilginin uygulamaya

aktarılmadığı, geleneksel ameliyat öncesi açlık uygulamalarının devam ettiği söylenebilir.

Bir çalışmada 11 saat açlık süresi %25.9 olarak bulunmuştur (44). Bir diğer çalışmada 12 saatten fazla süren açlık süresi sıvı gıdalar için %21 ve katı gıdalar için %73 olarak belirlenmiştir (87). Çalışmalarda hastalara %96.5 (44), %97.4 (92), %98.1 (56) ve %100 (60) oranında gece yarısından itibaren açlık talimatı verilmiştir. Bir çalışmaya göre sıvı gıdalar için hastalara en sık olarak 05.00 (%46.7), 00.00 (%27.6) ve 22.00'den (%7.6) itibaren açlık önerilmiştir. Uygulamada, hiçbir hasta ameliyat öncesi 22.30'dan sonra sıvı almamıştır. Katı gıdalar için hastalara en sık 22.00-00.00 saatleri arasından itibaren açlık önerilmiştir (91). Bir çalışmada tüm hastalar önerilen süreden daha uzun süre aç kalmıştır (90). Çalışmalarda açlık süresi, öğleden sonra ameliyat edilen hastalarda, öğleden önce ameliyat edilenlere göre anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur (56,92).

Bir çalışmada ameliyat öncesi 2 saate kadar sıvı gıda ve 6 saatte kadar katı gıdalara izin veren bir açlık protokolü uygulanan hastalar, gece yarısından itibaren geleneksel açlık uygulanan kontrol grubu hastaları ile karşılaştırılmıştır. Açlık protokolünün uygulandığı grupta sıvı ve katı gıda açlık sürelerinde istatistiksel olarak anlamlı kısalma olduğu belirlenmiştir (32).

Bir çalışmada, çalışmaya katılan anestezi uzmanlarının %92'sinin ameliyat öncesi açlık konusundaki yeni kılavuz önerilere aşina olduğu görülmüştür. Buna karşılık anestezi uzmanlarının %18.9'u ameliyat öncesi sıvı gıdalar için 2 saat ve katı gıdalar için 6 saat açlık önerdiklerini bildirmiştir. Geleneksel olarak NPO'nun çoğunluk (%72.27) tarafından uygulandığı görülmüştür (9).

Zhu ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin sıvı ve katı gıda açlık sürelerine yönelik bilgi ve uygulamaları değerlendirilmiştir. Hemşirelerin açlık süresine yönelik bilgilerine bakıldığında, sıvı gıda için %64.8'inin 4 saatten fazla, %33'ünün 2-4 saat; katı gıda için %51.6'sının 6-8 saat, %38.5'inin 8 saatten fazla olarak yanıt verdiği belirlenmiştir. Bununla birlikte hemşire tarafından talimat verilen açlık sürelerinin bildikleri süreden daha uzun olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin uyguladıkları açlık süresinin, sıvı gıda için %28.6 oranında 2-4 saat, %71.4 oranında 4 saatten fazla; katı gıda için %50.5 oranında 6-8 saat, %49.5 oranında 8 saatten fazla olduğu saptanmıştır. Hastaların gerçek açlık süreleri medyanı sıvı gıdalar için 10 saat, katı gıdalar için 13 saat bulunmuştur. Anestezi uzmanları önerilen en kısa açlık süresinden daha uzun açlık süresi talimatı vermişlerdir. Hastaların gerçek

açlık süreleri, sıvı ve katı gıdalar için hemşire tarafından verilen açlık sürelerinden anlamlı şekilde daha uzundur. Hastaların ifadelerine göre hemşirenin talimat verdiği süreler anestezi uzmanı tarafından verilen sürelerden anlamlı olarak daha uzundur (10).

## 5.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Konfor Düzeyleri

Konfor, hoş bir deneyim, arzu edilen bir doyum durumudur ve bireyin kriz ve zorluklarla baş etme becerisinde olumlu ve güçlenmiş hissetmesidir. Terapötik girişimlerden sonra artan konfor, umudu ve güveni artırabilir; iyileşmeyi, rehabilitasyonu ve huzur içinde ölmeyi kolaylaştırabilir. Bireyin konforu artırılırsa içsel davranışlar, dışsal davranışlar ve huzurlu ölüm de dahil olmak üzere sağlık arama davranışlarına katılma konusunda güçlenmesi sağlanır. Sağlık arama davranışlarına katılım konforu daha da artırır. Sağlık arama davranışlarına katılım ve artan konfor, bakım hizmetlerinden memnuniyet, kısa yatış süresi, başarılı taburculuk ve mali istikrar gibi kurumsal düzeyde arzu edilen sonuçları getirir (13).

Hemşire, hastanın konfor algısını nesnel veya öznel olarak değerlendirerek arzu edilen konfor sonucunun ne ölçüde karşılandığına yönelik bir yargıya varır (22). Bu çalışmada da hastaların konfor algıları değerlendirilmiştir.

Ferahlama, rahatlama ve üstünlükten oluşan üç konfor duygusu ile fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olarak oluşan dört bağlam birleşerek konforun taksonomik yapısını oluşturur (68,73). Sonuç araştırmaları için uyarlanan konfor kuramına göre hasta konforu taksonomik yapıdan geliştirilen bir ölçek ile değerlendirilmelidir (66). Kolcaba (1992) tarafından GKÖ oluşturulurken bu taksonomik yapı rehber alınmıştır (68). Bu çalışmada da konforun değerlendirilmesinde taksonomik yapısından geliştirilen GKÖ kullanılmıştır.

Konforun işlevselleştirme bakış açısı, bütüncülük ile ilgili hemşirelik literatürüne temellenir. Bütüncül bir değerlendirme, bakım alanının fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel tepkileri de dahil olmak üzere tüm varoluş durumunu değerlendirir. Hemşireler böyle bir değerlendirmenin gerekli olduğunun farkındadırlar (68). Bu doğrultuda, bu çalışmada konfor, bütüncül bir şekilde değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada GKÖ duygu alt boyutları puan ortalamaları ferahlama için  $2.64 \pm 0.36$ , rahatlama için  $2.67 \pm 0.37$ , üstünlük için  $2.59 \pm 0.46$ ; bağlam alt boyutları puan ortalamaları fiziksel için  $2.33 \pm 0.42$ , psikospiritüel için  $2.62 \pm 0.50$ , çevresel için  $2.93 \pm 0.37$ , sosyokültürel için  $2.63 \pm 0.42$  ve tüm ölçek puan ortalaması  $2.63 \pm 0.36$

olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ulaşılan sonuçlar; bağlam alt boyutlarında fiziksel konforun düşük-orta düzeyde; duyu alt boyutlarında ferahlama, rahatlama ve üstünlüğün, bağlam alt boyutlarında psikospirütel konforun, çevresel konforun ve sosyokültürel konforun ve tüm ölçekte tüm konforun orta-yüksek düzeyde olduğu şeklinde yorumlanabilir. Yalnızca fiziksel konforun düşük-orta düzeyde olması dikkat çekicidir.

Üç konfor duygusu, dört bağlam ile birleştiğinde, 12 hücreden oluşan bir taksonomik yapı oluşturur (68,73). Her iki boyut, hastaların gereksinimlerine dayanmakta olup gereksinimler karşılandığında konfor artar (68). Taksonomik yapıdaki 12 hücre, hasta gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması açısından konforun toplam şeklini temsil eder (73). Tanımlanan her konfor özelliği, bu taksonomik yapının 12 hücresinden birine yerleştirilebilir (68). GKÖ'nin 25. maddesi olan "Açım." maddesi, duyu alt boyutlarından ferahlama ile bağlam alt boyutlarından fiziksel konforun birleştiği hücrede yer alır (72). Cerrahi hastasında konfor gereksinimlerinin Taksonomik yapısında aynı hücrede ağrı ve bulantı yer alır (16). Bu noktadan hareketle, kurama göre ameliyat öncesi açlık, ağrı ve bulantı gibi düşünülebilir. Üç konfor duygusundan biri olan ferahlama, hastanın belirli bir gereksiniminin karşılanması deneyimidir (73). Ferahlama, karşılanmış/karşılanmamış konfor gereksinimlerinin yoğunluğuna göre sürekliliğin alt ucunda yer alır ve yakın zamanda, henüz giderilmiş olan acil bir konfor gereksinimini gösterir (68). Perianestezi hemşireliği açısından bakıldığında, ferahlama, belirli bir rahatsızlığın giderilmesi durumudur. Perianestezi ortamında bunun ilişkili olduğu yaygın rahatsızlıklardan bazıları ağrı ve bulantıdır (16). Dört konfor bağlamından biri olan fiziksel boyut, bedensel duyular ile ilgilidir (73). Fiziksel konfor gereksinimleri arasında, ağrı gibi, algılanan ve potansiyel fiziksel rahatsızlıklar yer alır (70). Perianestezi hemşireliği açısından bakıldığında, fiziksel konfor gereksinimleri, cerrahi işlemlere bağlı olarak bozulan veya bozulma riski altında olan fizyolojik mekanizmalardaki eksiklikleri kapsar. Ağrı ve bulantı gibi açık fiziksel gereksinimlerin görülmesi ve tedavisi daha kolaydır (14). Belirtildiği gibi, ağrı ve bulantı için açıklanan bilgiler, ameliyat öncesi açlık için de geçerlidir.

Literatürde yer alan çalışmalarda cerrahi hastalarında konfor genellikle anestezi sonrası veya ameliyat sonrası incelenmiştir. Bu çalışmada ameliyat öncesi konfor incelendiği için tartışmada yararlanılan çalışmaların ameliyat öncesi konforu inceleyen çalışmalar olmasına dikkat edilmiştir.

Bir çalışmada sezaryen olacak gebelerde ameliyatı öncesi konfor düzeyi GKÖ ile değerlendirilmiş ve duygu alt boyut puanları ferahlamada 43.25 (16-64 arasında), rahatlama 47.78 (17-68 arasında), üstünlükte 38.79 (15-60 arasında); bağlam alt boyut puanları fizikselde 30.11 (12-48 arasında), psikospirütelde 35.67 (13-52 arasında), çevreselde 36 (13-52 arasında), sosyokültürelde 28.04 (10-40 arasında) olarak bulunmuştur. Tüm ölçek puanı 129.82 (48-192 arasında) veya 2.70 (1-4 arasında) olarak belirlenmiştir (29). Adı geçen çalışmada bağlam alt boyutlarında fiziksel konforun orta düzeyde, diğer tüm duygu ve bağlam alt boyutlarında ve tüm ölçekte konforun orta düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir.

Bir çalışmada pilonidal sinüs ameliyatı yapılacak hastalarda ameliyatı öncesi konfor düzeyi GKÖ (1-4 arasında) kullanılarak değerlendirilmiş, girişim ve kontrol grubunda sırasıyla, ferahlamada 2.01 ve 2.04, rahatlama 2.21 ve 2.19, üstünlükte 2.41 ve 2.48 bulunmuştur (99). Adı geçen çalışmada tüm duygu alt boyutlarında konforun düşük-orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Bir çalışmada hastalarının ameliyat öncesi konfor düzeyleri Görsel Kıyaslama Ölçeği ile değerlendirilmiş ve 5.53 (1-10 arasında) olarak saptanmıştır (30). Adı geçen çalışmada konforun orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Liang ve arkadaşları (2021) tarafından laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda yapılan çalışmada, kontrol grubu 6 saat susuz, 12 saat aç; girişim grubu 2 saat susuz, 6 saat aç bırakılmıştır. Hastaların ameliyat öncesi konfor düzeyleri 1-10 puan arasında değerlendirilmiştir. Ancak sonuç belirtilmemiştir (28).

Literatürde ameliyat öncesi açlık süresi ile konfor kavramını birlikte inceleyen çalışmalar değerlendirilmiştir. Bazı çalışmalarda, yukarıda açıklandığı gibi, ameliyat öncesi açlık süresi ile doğrudan konfor kavramı birlikte incelenmiştir (28-30). Bazı çalışmalarda ise susuzluk, açlık, ağız kuruluğu, bulantı ve kusma, baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk, halsizlik, yorgunluktan tükenme, keyifsizlik, anksiyete ve memnuniyetsizlik durumları incelenmiştir. Bu durumlar, bazı çalışmalarda ameliyat öncesi açlık süresi ile birlikte incelenen konfor kavramı içerisinde (32,53,60, 92,94,95,97); bazı çalışmalarda ise konfor kavramından bahsedilmeden ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili sorunlar olarak (28,30,44,93,98,100) incelenmiştir. Bu nedenle tartışmada bu durumlara da yer verilmiştir.

Ameliyat öncesi açlık süresi uzun olan hastalarda susuzluk en yaygın yakınmalar arasındadır (5,17,23,27). Çalışmalarda hastaların ameliyat öncesi susuzluk puanları 0-10 arasında değerlendirilmiş ve 3.07 (98), 3.54 (94), 4.44 (60), 5.59 (30),

5.76 (93) bulunmuştur. Bazı çalışmalarda hastaların ameliyat öncesi bildirdikleri susuzluk oranları sunulmuştur. Hastaların %7.9'unun çok fazla, %6.1'inin aşırı susuzluk yaşadığı (97); %25'inin çok susuzluk yaşadığı (95); %22.7'sinin hafif, %21.3'ünün orta, %5'inin şiddetli susuzluk yaşadığı (92); %69.4'ünün susuzluk yaşadığı (44) belirtilmiştir. Bir çalışmada ameliyat öncesi 21.00'den sonra ağızdan hiçbir şey verilmeyen hastaların %90'ı ameliyathaneye ulaştıklarında susuz olduklarını ifade etmişlerdir (53).

Ameliyat öncesi uzun süre aç kalan hastalarda en yaygın yakınmalardan diğeri açlıktır (5,17,23,27). Hastaların ameliyat öncesi açlık puanlarının 0-10 arasında değerlendirildiği çalışmalarda sonucun 2.36 (98), 3.08 (94), 3.12 (60), 4.59 (30), 5.49 (93) olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda hastaların %5.5'inin çok fazla, %5.5'inin aşırı açlık yaşadığı (97); %15.5'inin çok açlık yaşadığı (95); %16.8'nin hafif, %5'inin orta, %0.2'sinin şiddetli açlık yaşadığı (92); %38.8'inin açlık yaşadığı (44) bulunmuştur. Bir çalışmada ameliyat öncesi 21.00'den sonra ağızdan hiçbir şey verilmeyen hastalar %70 oranında ameliyathaneye ulaştıklarında aç olduklarını bildirmişlerdir (53).

Ameliyat öncesi uzun süreli açlığa bağlı olarak ağız kuruluğu görülebilir (18). Bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi ağız kuruluğu puanları 6.21 (0-10 arasında) bulunmuştur (30). Çalışmalarda hastaların %9.1'inin çok fazla, %3.7'sinin aşırı ağız kuruluğu yaşadığı (97); %31.8'inin ağız kuruluğu yaşadığı (44); %36.5'inin hafif, %11.1'inin orta, %2.1'inin şiddetli ağız kuruluğu yaşadığı (92) saptanmıştır.

Çalışmalarda hastaların ameliyat öncesi bulantı puanlarının 0-10 arasında 0.73 (94) ve 2.27 (30) olduğu belirlenmiştir.

Ameliyat öncesi açlık süresi uzun olan hastalarda baş ağrısı olduğu bilinmektedir (18; 27; 6). Çalışmalarda hastaların ameliyat öncesi baş ağrısı puanları 0-10 arasında 1.57 (60) ve 2.73 (30) olarak değerlendirilmiştir. Çalışmalarda hastaların %7.3'ünün çok baş ağrısı yaşadığı (95); %6.1'inin çok fazla, %1.8'inin aşırı baş ağrısı yaşadığı (97); %15.3'ünün baş ağrısı yaşadığı (44); %16.8'inin hafif, %5'inin orta, %0.2'sinin şiddetli baş ağrısı yaşadığı (92) gösterilmiştir.

Bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi %1.8'inin çok fazla, %1.8'inin aşırı baş dönmesi yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (97).

Ameliyat öncesi açlık yorgunluğa yol açabilir (18). Bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi yorgunluk/güçsüzlük puanlarının 3.24 (0-10 arasında) olduğu belirlenmiştir (30). Bir diğer çalışmada hastaların %9.1'inin çok fazla, %1.2'sinin aşırı yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir (97). Çalışmalarda hastaların ameliyat öncesi

%9.8'inin çok fazla, %0.6'sının aşırı halsizlik yaşadığı (97); %12.9 halsizlik yaşadığı (44) ortaya çıkarılmıştır. Bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi yorgunluktan tükenme puanlarının 2.33 (0-10 arasında) olduğu gösterilmiştir (94). Bir çalışmada hastaların %8.5'inin çok fazla, %1.2'sinin aşırı keyifsizlik yaşadığı bildirilmiştir (97).

Ameliyat öncesi uzun süreli açlık anksiyeteye yol açabilmektedir (17; 1; 18; 25; 27; 6). Ameliyat öncesi hiçbir şey içmeme veya yememe kuralı basit ve uygulaması kolay olsa da hastalar için en rahatsız edici durumdur (23). Bazı hastalar ameliyat öncesi neden aç kalacaklarını anlamayabilirler (25). Çalışmalarda hastaların ameliyat öncesinde anksiyete puanları 0-10 arasında değerlendirilmiş, 5.25 (93) ve 6.04 (60) bulunmuştur. Bir çalışmada Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (0-80 arasında) ile değerlendirilmiş ve 46.72 olduğu belirlenmiştir (29). Ameliyat öncesi açlığa bağlı olarak huzursuzluk ortaya çıkabilir (18). Bir çalışmada ameliyat öncesi açlığa bağlı hastaların %23.5'inin huzursuzluk yaşadığı belirlenmiştir (44). Ameliyat öncesi açlık sonucunda sinirlilik olabileceği bilinmektedir (18). Bir çalışmada ameliyat öncesi sinirlilik puanı 1-10 arası değerlendirilmiş ve 3.01 olarak bulunmuştur (30).

### **5.3. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi**

Araştırmanın alt amaçlarından biri hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre ameliyat öncesi konfor düzeylerinde anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesidir. Bu alt amaca ilişkin bulgular da bu başlık altında tartışılmıştır. Bu çalışmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, kronik hastalık durumu, daha önce ameliyat olma durumu, yattığı klinik ve ASA skoruna göre GKÖ puan ortalamalarında anlamlı farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir. Yaş, çalışma durumu, kronik hastalık durumu ve daha önce ameliyat olma durumuna göre, psikospirüel ve çevresel alt boyut hariç olmak üzere, tüm duygu ve bağlam alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada, kurulan üçüncü modelde, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve ASA skorunun, GKÖ tüm ölçek puan ortalamasını etkilediği bulunmuştur. Kadınların erkeklere, okuryazar olanların lise ve üniversite mezunu olanlara, bekarların evlilere, ASA II ve ASA III olanların ASA I olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Kurulan üçüncü modelde cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve ASA skoru ile tüm ölçek puan ortalamasında meydana gelen değişimin %23.5'i açıklanmıştır.



Sarier (2019) tarafından yapılan çalışmada, kadınların erkeklere göre yorgunluk ve bulantı düzeylerinin; üniversite ve üzerinde eğitime sahip olanların ilköğretim ve lise mezunu olanlara göre baş dönmesi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna karşılık yaşa ve BKİ'ye göre susuzluk, açlık, ağız kuruluğu, bulantı, baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk ve sinirlilik düzeylerinde anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (30).

Literatürde sosyodemografik ve klinik özelliklerin ameliyat öncesi konfor düzeylerine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlandığı için bu başlık yeterli düzeyde tartışılmamıştır.

#### **5.4. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı ve Katı Gıda Açlık Sürelerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi**

Ameliyat öncesinde hastaların daha uzun süre aç kalmaları konforlarını azaltır (17,27). Ameliyat öncesi uzun bir açlık süresi hastanın susuzluk, açlık, anksiyete gibi nedenlerle rahatsızlık yaşamasına neden olabilir (6,17).

Bu başlık altında ilk olarak sıvı gıda açlık süresini, ikinci olarak katı gıda açlık süresini ve üçüncü olarak açlık süresinin, önce konfor sonra diğer durumlar üzerine etkisi tartışılmıştır.

Araştırmanın alt amaçlarından biri hastaların ameliyat öncesi sıvı ve katı gıda açlık süreleri ile ameliyat öncesi konfor düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu alt amaca ilişkin bulgular da bu başlık altında tartışılmıştır.

##### **5.4.1. Hastaların Ameliyat Öncesi Sıvı Gıda Açlık Sürelerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi**

Bu çalışmada hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerinin duygu alt boyutlarından ferahlama ve üstünlük, bağlam alt boyutlarından fiziksel, çevresel ve sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Bu çalışmada hastaların sıvı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın; duygu alt boyut puan ortalamalarından ferahlamada 0.019 ve üstünlükte 0.025; bağlam alt boyut puan ortalamalarından fizikselde 0.031, çevreselde 0.022 ve sosyokültürelde 0.031 birim azalmaya neden olduğu görülmüştür.

Buna karşılık bir çalışmada sıvı gıda açlık süresi ile GKÖ alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamaları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (29). Bir çalışmada da hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerine (12 saat ve daha kısa ve 12 saatten uzun) göre konfor düzeylerinde farklılık olmadığı bulunmuştur (30).

Bazı çalışmalarda hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ile susuzlukları arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (92,97). Buna karşılık bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerine göre susuzluk düzeylerinde anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (30).

Bazı çalışmalarda ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi ile açlık arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur (92,97). Bir çalışmada ise ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresine göre açlık düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (30).

Bazı çalışmalarda ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresinin ağız kuruluğu ile pozitif ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur (92,97). Buna karşılık bir çalışmada ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresine göre ağız kuruluğu düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (30).

Bir çalışmada ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresine göre bulantı düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (30).

Bir çalışmada ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi ile baş ağrısı arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (92). Buna karşılık bir çalışmada ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi ile baş ağrısı arasında ilişki olmadığı (97), bir diğer çalışmada ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresine göre baş ağrısı düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (30).

Bir çalışmada ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresinin baş dönmesi ile ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (97). Bir çalışmada da ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresine göre baş dönmesi düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (30).

Bir çalışmada ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi ile yorgunluk arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (92). Bir çalışmada ise ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi ile yorgunluk arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (97). Bir diğer çalışmada da ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresine göre yorgunluk düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (30). Bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ile halsizlikleri arasında pozitif ilişki olduğu buna karşılık keyifsizlikleri arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (97).

Bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ile anksiyeteleri arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (29). Bir çalışmada ise ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi ile anksiyete arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (93). Bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerine göre anksiyeteleri karşılaştırılmıştır. Hastaların ameliyat öncesi anksiyeteleri DKÖ (0-80 arasında) ile değerlendirilmiştir. Ölçek puanının, ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süresi 12 saat ve

daha kısa olan hastalarda 53.81, 12 saatten uzun olan hastalarda 56.03 olduğu ve puanlar arasındaki farklılığın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada sinirlilikte de anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (30).

#### **5.4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Katı Gıda Açlık Sürelerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi**

Bu çalışmada hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerinin duygu alt boyutlarından ferahlama ve üstünlük, bağlam alt boyutlarından fiziksel ve çevresel alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada hastaların katı gıda açlık sürelerinde meydana gelen bir birimlik artışın; duygu alt boyut puan ortalamalarından ferahlamada 0.021 ve üstünlükte 0.023; bağlam alt boyut puan ortalamalarından fizikselde 0.031, çevreselde 0.023 ve sosyokültürelde 0.031; tüm ölçek puan ortalamalarında 0.017 birim azalmaya neden olduğu gösterilmiştir.

Bir çalışmada katı gıda açlık süresi ile GKÖ'nün duygu alt boyutlarından rahatlama alt boyutu, bağlam alt boyutlarından fiziksel ve sosyokültürel alt boyutu arasında çok zayıf pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (29). Bir çalışmada ise hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerine (12 saat ve daha kısa ve 12 saatten uzun) göre konfor düzeylerinde farklılık olmadığı belirlenmiştir (30).

Bazı çalışmalarda ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi ile susuzluk arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (92,97). Buna karşılık bir çalışmada ameliyat öncesi katı gıda açlık süresine göre susuzluk düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (30).

Bazı çalışmalarda hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık süreleri ile açlıkları arasında pozitif ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (92,97). Bir çalışmada ise hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerine göre açlık düzeylerinde anlamlı farklılık olmadığı gösterilmiştir (30).

Bazı çalışmalarda ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi ile ağız kuruluğu arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir (92,97). Bir çalışmada ise ameliyat öncesi katı gıda açlık süresine göre ağız kuruluğu düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (30).

Bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerine göre bulantı düzeylerinde anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (30).

Bazı çalışmalarda ameliyat öncesi katı gıda açlık süresinin baş ağrısı ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir (92,97). Bir çalışmada ise ameliyat öncesi katı gıda açlık süresine göre baş ağrısı düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (30).

Bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık süreleri ile baş dönmeleri arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (97). Buna karşılık bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerine göre baş dönmesi düzeylerinde anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (30).

Bir çalışmada ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi ile yorgunluk arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (92). Farklı olarak bir çalışmada ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi ile yorgunluk arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (97). Bir çalışmada da ameliyat öncesi katı gıda açlık süresine göre yorgunluk düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (30). Bir çalışmada ameliyat öncesi katı gıda açlık süresinin halsizlik ile pozitif ilişkili olduğu, keyifsizlik ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (97).

Bir çalışmada ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi ile anksiyete arasında negatif ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (29). Bir çalışmada ise ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi ile anksiyete arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (93). Bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerine göre DKÖ (0-80 arasında) kullanılarak anksiyeteleri değerlendirilmiştir. Ölçek puanının, ameliyat öncesi katı gıda açlık süresi 12 saat ve daha kısa olan hastalarda 51.36, 12 saatten uzun olan hastalarda 56.67 olduğu ve puanlar arasındaki farklılığın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (30). Aynı çalışmada ameliyat öncesi katı gıda açlık süresine göre sınırlılık düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (30).

#### **5.4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi Açlık Sürelerinin Ameliyat Öncesi Konfor Düzeylerine Etkisi**

Sistemik derlemelerde açlık süresi kısa olan hastalarda konforun anlamlı olarak arttığı sonucuna ulaşılmıştır (18,19). Bir çalışmada kontrol grubu 6 saat susuz, 12 saat aç; girişim grubu 2 saat susuz, 6 saat aç bırakılmıştır. Girişim grubunda ameliyat öncesi konfor düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (28).

Bir sistemik derlemede, ameliyat öncesi kısa açlık süresi ile daha az susuzluk arasında ilişkili olduğu gösterilmiştir (19). Bir çalışmada ameliyat öncesi 2 saate kadar sıvı gıda ve 6 saatte kadar katı gıdalara izin veren bir açlık protokolü uygulanan hastalar, gece yarısından itibaren geleneksel açlık uygulanan kontrol grubu hastaları ile karşılaştırılmıştır. Açlık protokolünün uygulandığı hastalar tarafından ameliyat öncesi susuzluğun anlamlı olarak daha az bildirildiği gösterilmiştir. Bu hastalar %33

oranında susuzlukta azalma bildirmişlerdir (32). Bir çalışmada kontrol grubu 6 saat susuz, 12 saat aç; girişim grubu 2 saat susuz, 6 saat aç bırakılmıştır. Ameliyat öncesi 6 saat susuz bırakılan hastaların ameliyat öncesi %24.39'unun şiddetli susuzluk yaşadığı, 2 saat susuz bırakılan hastaların ise hiçbirinin şiddetli susuzluk yaşamadığı bulunmuştur. Ameliyat öncesi dönemde girişim grubundaki hastaların daha az susuzluk hissettikleri belirlenmiştir (28). Bazı çalışmalarda ameliyat öncesi açlık süresi ile susuzluk arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (44,60). Bir çalışmada ameliyat öncesi açlık süresi 12 saat ve daha kısa olan hastaların 12 saatten uzun olan hastalardan susuzluk düzeylerinin anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (94).

Bir sistematik derlemede, ameliyat öncesi açlık süresindeki kısalma ile açlıkta azalma arasında ilişkili olduğu belirlenmiştir (19). Bir çalışmada kontrol grubu 6 saat susuz, 12 saat aç; girişim grubu 2 saat susuz, 6 saat aç bırakılmıştır. Ameliyat öncesi 12 saat aç bırakılan hastaların ameliyat öncesi %29.27'sinin şiddetli açlık yaşadığı, 6 saat aç bırakılan hastaların ise hiçbirinin şiddetli açlık yaşamadığı gösterilmiştir. Ameliyat öncesi dönemde girişim grubundaki hastaların daha az açlık yaşadıkları bulunmuştur (28). Bir çalışmada ameliyat öncesi açlık süresi ile açlık arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (60). Bir çalışmada ameliyat öncesi açlık süresi 12 saat ve daha kısa olan hastaların 12 saatten uzun olan hastalardan açlık düzeylerinin anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (94). Buna karşılık bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile açlıkları arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (44).

Bir çalışmada ameliyat öncesi kılavuzlara uygun sıvı ve katı gıda açlık süresi uygulanan hastalar, ameliyat öncesi %14 oranında ağız kuruluğunda azalma ifade etmişlerdir (32).

Bir çalışmada ameliyat öncesi 2 saate kadar sıvı gıda ve 6 saatte kadar katı gıdalara izin veren bir açlık protokolü uygulanan hastalar, gece yarısından itibaren geleneksel açlık uygulanan kontrol grubu hastaları ile karşılaştırılmıştır. Açlık protokolünün uygulandığı hastalar tarafından ameliyat öncesi bulantının anlamlı olarak daha az bildirildiği belirlenmiştir (32). Bir diğer çalışmada ameliyat öncesi açlık süresi 12 saat ve daha kısa olan hastalarla 12 saatten uzun olan hastalar karşılaştırılmış, bulantının 12 saat ve daha kısa olan hastalarda anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (94).

Bir çalışmada ameliyat öncesi 2 saate kadar sıvı gıda ve 6 saatte kadar katı gıdalara izin veren bir açlık protokolü uygulanan hastalar, gece yarısından itibaren geleneksel açlık uygulanan kontrol grubu hastaları ile karşılaştırılmıştır. Açlık

protokolünün uygulandığı hastalar tarafından ameliyat öncesi baş ağrısının anlamlı olarak daha az bildirildiği gösterilmiştir (32). Bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile baş ağrıları arasında pozitif ilişki saptanmıştır (60). Buna karşılık bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri ile baş ağrıları arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (44).

Bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi açlık sürelerine göre yorgunluktan tükenme düzeylerinin değişmediği gösterilmiştir (94).

Bir çalışmada ameliyat öncesi kılavuzlara uygun sıvı ve katı gıda açlık süresi uygulanan hastalar, ameliyat öncesi %33 oranında anksiyetede azalma bildirmişlerdir (32). Bir çalışmada kontrol grubu 6 saat susuz, 12 saat aç; girişim grubu 2 saat susuz, 6 saat aç bırakılmıştır. Ameliyat öncesi dönemde iki grup arasında anksiyete düzeyleri açısından farklılık olmadığı belirlenmiştir (28). İki çalışmada hastaların ameliyat öncesi açlık sürelerine göre anksiyete düzeyleri karşılaştırılmıştır. Ameliyat öncesi anksiyete DKÖ (0-80 arasında) ile değerlendirilmiştir. Ölçek puanının, bir çalışmada 12 saat ve daha kısa olan hastalarda 40.86, 12 saatten uzun olan hastalarda 43.06 (94); bir çalışmada 8 saatten kısa olan hastalarda 40.77, 8 saat ve daha uzun olan hastalarda 40.72 (100) olduğu ve iki çalışmada da puanlar arasındaki farklılığın anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ameliyat öncesi uzun süreli açlık hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilir (27). Bir çalışmada ameliyat öncesi kılavuzlara uygun sıvı ve katı gıda açlık süresi uygulanan hastalar, ameliyat öncesi %26.5 oranında memnuniyet bildirmişlerdir (32).

Konfor kuramının kavramsal çerçevesine göre uyaran durumu, alfa baskı oluşturur. Alfa baskı, önleyici güçleri harekete geçirir. Önleyici güçler, sağlık bakım gereksinimlerini ortaya çıkarır. Bir başka ifadeyle, gereksinimler bir uyaran durumundan kaynaklanır ve negatif gerilime neden olur. Negatif gerilim, önleyici güçlerin, eldeki kolaylaştırıcı güçlerden daha ağır basmasıyla ortaya çıkan bir dengesizliği temsil eder. Bu durumda konfor azalır. Taksonomik yapıdaki içerik alanının herhangi bir alanında konfor gereksinimleri belirlenir (22). Konfor kuramı çerçevesinde bu çalışmada ameliyat öncesi açlığın negatif bir gerilim oluşturduğu ve konforu azalttığı düşünülmüştür.

Sağlık bakım gereksinimleri, stresli sağlık bakım durumlarında ortaya çıkan fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel gereksinimleri içeren gereksinimler

olarak tanımlanmaktadır (66). Bu çalışmada hastaların sağlık bakım gereksinimleri, ameliyat öncesi açlığın azaltılması/giderilmesidir.

Girişimler, gereksinimleri hedefler ve gerilimi olumlu yönde harekete geçirir. Konforun artması, negatif gerilimlerin azaldığı ve pozitif gerilimlerin devreye girdiği anlamını taşır. Pozitif gerilimler, tek bir yapıcı davranış eğilimi oluşturur. Hemşireliği ilgilendiren yapıcı davranışlar sağlık arama davranışları olup bu davranışlar doğrudan sağlık temasından köken alır. Hemşire, teorik olarak içsel/dışsal sağlık arama davranışları ile ilgili olduğu için konforun sonucunu kolaylaştırır. Sağlık arama davranışlarının uygulanması daha fazla konfor sağlar (22).

Konfor, işlevsel hale getirilmesi ve değerlendirilmesi zor olan, karmaşık bir kavramdır. Bu durum bilimsel ve standartlaştırılmış konfor bakımı uygulamalarının eksikliğine yol açmaktadır (13). Konfor kuramı hemşirelere, hastaların ele alınmayan konfor gereksinimlerini belirleme ve bu gereksinimleri karşılamaya yönelik konfor girişimlerini başlatma konusunda rehberlik eder (65). Kuramın daha bilinçli kullanımı, iyileştirme programlarını güçlendirebilir ve bunların etkinliklerinin değerlendirilmesini kolaylaştırabilir (13). Bu çalışmada elde edilen sonuç, gelecekteki çalışmalarda hemşireler tarafından hastaların ameliyat öncesi açlığın azaltılması/giderilmesi şeklindeki konfor gereksinimlerinin karşılanması amacıyla, ameliyat öncesi açlık sürelerini kısaltacak konfor girişimlerinin planlanmasına rehberlik edebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

- Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ortalama  $12.12 \pm 2.43$  saat, katı gıda açlık süreleri ise ortalama  $14.57 \pm 2.74$  saat bulunmuştur.
- GKÖ duygu alt boyutları puan ortalamaları ferahlama için  $2.64 \pm 0.36$ , rahatlama için  $2.67 \pm 0.37$ , üstünlük için  $2.59 \pm 0.46$ ; bağlam alt boyutları puan ortalamaları fiziksel için  $2.33 \pm 0.42$ , psikospirütel için  $2.62 \pm 0.50$ , çevresel için  $2.93 \pm 0.37$ , sosyokültürel için  $2.63 \pm 0.42$  ve tüm ölçek puan ortalaması  $2.63 \pm 0.36$  bulunmuştur. Bağlam alt boyutlarında fiziksel konforun düşük-orta düzeyde, diğer tüm duygu ve bağlam alt boyutlarında ve tüm ölçekte konforun orta-yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.
- Yaş (psikospirütel ve çevresel hariç), cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu (psikospirütel ve çevresel hariç), medeni durum, kronik hastalık durumu (psikospirütel ve çevresel hariç), daha önce ameliyat olma durumu (psikospirütel ve çevresel hariç), yattığı klinik, ASA skoru değişkenlerine göre, tüm duygu ve bağlam alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur.
- Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve ASA skorunun, tüm ölçek puan ortalamasını etkilediği gösterilmiştir. Kadınların erkeklere, okuryazar olanların lise ve üniversite mezunu olanlara, bekarların evlilere, ASA II ve ASA III olanların ASA I olanlara göre, tüm ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu değişkenler, tüm ölçek puan ortalamasında meydana gelen değişimin %23.5'ini açıklamıştır.
- Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık süreleri ile duygu alt boyutlarından ferahlama ve üstünlük, bağlam alt boyutlarından fiziksel, çevresel ve sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları; katı gıda açlık süreleri ile duygu alt boyutlarından ferahlama ve üstünlük, bağlam alt boyutlarından fiziksel ve çevresel alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur.
- Hastaların ameliyat öncesi sıvı gıda açlık sürelerindeki artışın, duygu alt boyutlarından ferahlama ve üstünlük; bağlam alt boyutlarından fiziksel, çevresel ve sosyokültürel alt boyut puan ortalamalarında azalmaya neden



olduğu bulunmuştur. Hastaların ameliyat öncesi katı gıda açlık sürelerindeki artışın, duygu alt boyutlarından ferahlama ve üstünlük; bağlam alt boyutlarından fiziksel, çevresel ve sosyokültürel alt boyut ve tüm ölçek puan ortalamalarında azalmaya neden olduğu belirlenmiştir.

## **6.2. Öneriler**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda verilen öneriler aşağıda sıralanmıştır:

### **6.1.1. Klinik Uygulama için Öneriler**

- Hastaların ameliyat öncesi sıvı ve katı gıda açlık sürelerini kısaltmak için stratejiler geliştirilmesi,
- Ameliyat saatini geciktirerek ameliyat öncesi açlık süresini uzatacak durumlara karşı önlem alınması,
- Hastalara ameliyat öncesi açlık konusunda yazılı ve sözlü eğitim verilmesi,
- Ameliyat öncesi açlıkta multidisipliner yaklaşımın benimsenmesi,
- Ameliyat öncesi açlığa yönelik uygulamaların KDU olması için kurumsal protokollerin güncellenmesi,
- Ameliyat öncesi açlığa yönelik kılavuz önerilerinin kurumsal politika olarak benimsenmesi,
- Ameliyat öncesi uzun açlık süresinin olumsuz etkileri konusunda hemşirelerin farkındalıklarının sağlanması,
- Hemşirelere ameliyat öncesi açlığa yönelik kılavuz önerileri konusunda eğitim verilmesi,
- Hastaların ameliyat öncesi konfor düzeylerini artıracak girişimler planlanması,
- Hemşirelerin hasta konforunu tüm boyutlarıyla bir bütün olarak değerlendirmelerinin sağlanması,
- Hemşirelerin hastaların konfor gereksinimlerini belirleyebilecekleri sistemler geliştirilmesi,
- Hemşirelere, hastalarına konfor girişimlerini uygulayabilecekleri çalışma ortamı sağlanması önerilir.

### **6.1.2. Araştırma için Öneriler**

- Ameliyat öncesi kanıt dayalı açlık süresi uygulanan hastalar ile geleneksel açlık süresi uygulanan hastaların konfor düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmalar planlanması,

- Hastaların ameliyat öncesi konfor düzeylerinin ve bunları etkileyen etmenlerin farklı örneklerde test edilmesi,
- Bu araştırmada incelenmeyen bağımsız değişkenlerin hastaların ameliyat öncesi konfor düzeylerine etkilerinin incelenmesi,
- Hastaların ameliyat öncesi konfor düzeylerini ortaya çıkaracak gözlemsel ve nitel çalışmalar yapılması,
- Hastaların ameliyat öncesi konfor düzeylerini geliştirecek girişimsel çalışmalar yapılması,
- Kolcaba'nın Konfor Kuramının çalışmalarda test edilmesi önerilir.

## KAYNAKLAR

1. Denkyi L. An exploration of pre-operative fasting practices in adult patients having elective surgery. *British Journal of Nursing*. 2020;29(7):436-41. doi: 10.12968/bjon.2020.29.7.436
2. Fawcett WJ, Thomas M. Pre-operative fasting in adults and children: clinical practice and guidelines. *Association of Anaesthetists*. 2019;(79):83-8. doi: 10.1111/anae.14500
3. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Guideline on pre-anaesthesia consultation and patient preparation. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. 2023 Nov.
4. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization; 2009.
5. Brady MC, Kinn S, Stuart P, Ness V. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010. Issue: 4. Art. No.: CD004423. doi: 10.1002/14651858.CD004423
6. Zeraatkar D, Shanthanna H, Mbuagbaw L, Morgan RL, Reddy D, Couban R, Paul J, Sadeghirad B. Preoperative fasting for prevention of perioperative complications in adults (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 10. Art. No.: CD013772. doi: 10.1002/14651858.CD013772
7. Lambert E, Carey S. Practice guideline recommendations on perioperative fasting: a systematic review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2016 Nov;40(8):1158-65. doi: 10.1177/0148607114567713
8. Liddle C. Preoperative fasting: exploring guidelines and evidence to ensure consistent, high-quality care. *Nurs Stand*. 2022 Nov 30;37(12):77-82. doi: 10.7748/ns.2022.e12033
9. Salman OH, Asida SM, Ali HS. Current knowledge, practice and attitude of preoperative fasting: a limited survey among upper Egypt anesthetists. *Egyptian Journal of Anaesthesia*. 2013;29:125-30. doi: 10.1016/j.egja.2012.10.007
10. Zhu Q, Li Y, Deng Y, Chen J, Zhao S, Bao K, Lai L. Preoperative fasting guidelines: where are we now? findings from current practices in a tertiary hospital. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2021;36:388-92. doi: 10.1016/j.jopan.2020.09.002

11. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Güvenli cerrahi uygulama rehberi. 2. Baskı. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2015 Kasım.
12. Crenshaw JT, Winslow EH. Preoperative fasting duration and medication instruction: are we improving? *AORN Journal*. 2008;88(6):963-76. doi: 10.1016/j.aorn.2008.07.017
13. Lin Y, Zhou Y, Chen C. Interventions and practices using comfort theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Syst Rev*. 2023 Mar 6;12(1):33. doi: 10.1186/s13643-023-02202-8
14. Kolcaba K, Wilson L. Comfort care: a framework for perianesthesia nursing. *American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2002;17(2):102-14.
15. Arslankılıç Ç, Göl E. Kolcaba'nın konfor kuramının cerrahi operasyon geçiren hastalarda kullanımı: sistematik derleme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2020;3(1):34-44.
16. Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs*. 2004 Jun;19(3):164-73; quiz 171-3. doi: 10.1016/j.jopan.2004.03.006
17. Crenshaw JT. Preoperative fasting: will the evidence ever be put into practice? *American Journal of Nursing*. 2011;111(10):38-43. doi: 10.1097/01.NAJ.0000406412.57062.24
18. Gök F, Yavuz Van Giersbergen M. Ameliyat öncesi aç kalma: Sistematik derleme. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2018;11(2):183-94. doi: 10.5505/ptd.2017.50490
19. Yip A, Hogan S, Carey S. Interventions aimed at reducing fasting times in acute hospital patients: a systematic literature review. *Nutrition in Clinical Practice*. 2021 Feb;36(1):133-52. doi: 10.1002/ncp.10579
20. Fawcett, J. Structure and use of nursing knowledge. In: *Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories*. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2012. pp. 3-48.
21. Polit DF, Beck CT. Developing a conceptual context. In: *Essentials of nursing research*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2021. pp. 114-138.
22. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1994;19:1178-84.

23. Ljungqvist O. Preoperative fasting and carbohydrate treatment. In: Feldman LS, Ljungqvist O, Delaney PC, Carli F, editors. The SAGES/ERAS ®Society Manual of Enhanced Recovery Programs for Gastrointestinal Surgery. Switzerland: Springer; 2015. p. 41-9. doi: 10.1007/978-3-319-20364-5\_4
24. Noba L, Wakefield A. Are carbohydrate drinks more effective than preoperative fasting: a systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*. 2019 Sep;28(17-18):3096-3116. doi: 10.1111/jocn.14919
25. National Institute for Health and Care Excellence. Perioperative care in adults. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2020b Aug. No. 180.
26. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi hemşireliği 1. 4. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2021.
27. Yılmaz E. Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi açlık sürecinde yeni yaklaşımlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2009;25(3):105-18.
28. Liang Y, Yan X, Liao Y. The effect of shortening the preoperative fasting period on patient comfort and gastrointestinal function after elective laparoscopic surgery. *American Journal of Translational Research*. 2021;13(11):13067-75.
29. Kizilkaya T, Gul A. Parameters that affect the comfort level of pregnant women before cesarean section: fasting and anxiety. *J Perianesth Nurs*. 2019;34(6):1265-73. doi: 10.1016/j.jopan.2019.05.135
30. Sarier T. Ameliyat öncesi aç kalma süresinin durumluk kaygı ve genel konfor düzeyine etkisi [yüksek lisans tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2019.
31. Nason KS. Acute intraoperative pulmonary aspiration. *Thoracic Surgery Clinics*. 2015; 25(3):301-7. doi: 10.1016/j.thorsurg.2015.04.011
32. Power S, Kavanagh DO, McConnell G, Cronin K, Corish C, Leonard M, Crean A, Feehan S, Eguare E, Neary P, Connolly J. Reducing preoperative fasting in elective adult surgical patients: a case-control study. *Ir J Med Sci*. 2012 Mar;181(1):99-104. doi: 10.1007/s11845-011-0765-6
33. Kluger MT, Culwick MD, Moore MR, Merry AF. Aspiration during anaesthesia in the first 4000 incidents reported to webAIRS. *Anaesthesia and Intensive Care*. 2019;47(5):442-51. doi: 10.1177/0310057X19854456

34. Yıldız H. Preoperatif açlık sürecinde yeni yaklaşımlar. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi. 2006;38(1):1-5.
35. Sands R, Wiltshire R, Isherwood P. Preoperative fasting guidelines in National Health Service England Trusts: a thirst for progress. Br J Anaesth. 2022 Oct;129(4):e100-e102. doi: 10.1016/j.bja.2022.07.004
36. Royal College of Nursing. Perioperative fasting in adults and children, An RCN guideline for the multidisciplinary team. London: Royal College of Nursing; 2005 Nov.
37. Evans DC, Martindale RG, Kiraly LN, Jones CM. Nutrition optimization prior to surgery. Nutrition in Clinical Practice. 2014 Feb;29(1):10-21. doi: 10.1177/0884533613517006
38. American Society of Anesthesiologists. 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. 2017; 126(3):376-93. doi: 10.1097/ALN.0000000000001452
39. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, Laviano A, Ljungqvist O, Lobo DN, Martindale RG, Waitzberg D, Bischoff SC, Singer P. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr. 2021 Jul;40(7):4745-4761. doi: 10.1016/j.clnu.2021.03.031.
40. Maraş G, Ceyhan Ö. Ameliyat öncesi oral karbonhidrat solüsyon kullanımının ameliyat sonrası insülin direncine etkisi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019;6(2):35-40.
41. Lobo DN, Gianotti L, Adiamah A, Barazzoni R, Deutz NEP, Dhatriya K, Greenhaff PL, Hiesmayr M, Hjort Jakobsen D, Klek S, Krznaric Z, Ljungqvist O, McMillan DC, Rollins KE, Panisic Sekeljic M, Skipworth RJE, Stanga Z, Stockley A, Stockley R, Weimann A. Perioperative nutrition: Recommendations from the ESPEN expert group. Clin Nutr. 2020 Nov;39(11):3211-3227. doi: 10.1016/j.clnu.2020.03.038
42. Pimenta GP, de Aguilar-Nascimento JE. Prolonged preoperative fasting in elective surgical patients: why should we reduce it? Nutr Clin Pract. 2014 Feb;29(1):22-8. doi: 10.1177/0884533613514277
43. McCracken GC, Montgomery J. Postoperative nausea and vomiting after unrestricted clear fluids before day surgery: a retrospective analysis. Eur J

Anaesthesiol. 2018 May;35(5):337-342. doi:  
10.1097/EJA.0000000000000760

44. Yılmaz M, Çelik M. The effects of preoperative fasting on patients undergoing thoracic surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2021 April;36(2):167-73. doi: 10.1016/j.jopan.2020.08.011
45. ERAS Türkiye Derneği. ERAS protokollerinin temel öğeleri [Internet]. Ankara: ERAS Türkiye Derneği; 2023 [Erişim tarihi 2023 Ekim 22]. Erişim adresi: <https://erasdernegi.com/page.php?id=10&saglikCalisani=true>
46. Smith I, Kranke P, Murat I, Smith A, O'Sullivan G, Søreide E, Spies C, in't Veld B; European Society of Anaesthesiology. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol*. 2011 Aug;28(8):556-69. doi: 10.1097/EJA.0b013e3283495ba1
47. Dobson G, Chau A, Denomme J, Fuda G, McDonnell C, McIntyre I, Milne AD, Milkovich R, Sparrow K, Wang Y, Young C. Guidelines to the Practice of Anesthesia: Revised Edition 2023. *Can J Anaesth*. 2023 Jan;70(1):16-55. doi: 10.1007/s12630-022-02368-0
48. National Institute for Health and Care. Perioperative care in adults, [H] evidence review for pre-operative fasting. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2020a Aug. No. 180.
49. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği. Preoperatif değerlendirme, anestezi uygulama kılavuzları. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği; 2015.
50. Panebianco A, Laforgia R, Volpi A, Punzo C, Vacca G, Minafra M, Di Salvo M, Pezzolla A. Preoperative fasting – “nihil per os” a difficult myth to break down: a randomized controlled study. *G Chir*. 2020 Jan-Feb;41(1):84-93.
51. Akbuğa GA, Başer M. Effect of preoperative oral liquid carbohydrate intake on blood glucose, fasting-thirst, and fatigue levels: a randomized controlled study. *Brazilian Journal of Anesthesiology*. 2021 May-Jun;71(3):247-53. doi: 10.1016/j.bjane.2021.02.053
52. Bopp C, Hofer S, Klein A, Weigand M.A, Martin E, Gust R. A liberal preoperative fasting regimen improves patient comfort and satisfaction with anesthesia care in day-stay minor surgery. *Minerva Anesthesiologica*. 2011;77(7): 680-6.

53. Imbelloni LE, Pombo IA, Filho GB. Reduced fasting time improves comfort and satisfaction of elderly patients undergoing anesthesia for hip fracture]. *Rev Bras Anesthesiol.* 2015 Mar-Apr;65(2):117-23. doi: 10.1016/j.bjan.2013.10.017
54. Sun Z, Sun X, Huo Y, Mi M, Peng G, Zhang C, Jiang Y, Zhou Y, Zhao X, Li T, Wu X. Abbreviated perioperative fasting management for elective fresh fracture surgery: guideline adherence analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2022; 23(688):1-6. doi: 10.1186/s12891-022-05574-5.
55. Ajuzieogu OV, Amucheazi AO, Nwagha UI, Ezike HA, Luka SK, Abam DS. Effect of routine preoperative fasting on residual gastric volume and acid in patients undergoing myomectomy. *Niger J Clin Pract.* 2016 Nov-Dec;19(6):816-20. doi: 10.4103/1119-3077.180049
56. Abebe WA, Rukewe A, Bekele NA, Stoffel M, Dichabeng MN, Shifa JZ. Preoperative fasting times in elective surgical patients at a referral hospital in Botswana. *Pan African Medical Journal.* 2016;23(102):1-8. doi: 10.11604/pamj.2016.23.102.8863
57. Hamid S. Pre-operative fasting-a patient centered approach. *BMJ Qual Improv Rep.* 2014 Jan 5;2(2):u605.w1252. doi: 10.1136/bmjquality.u605.w1252.
58. Yurashevich M, Chow A, Kowalczyk JJ, Traynor AJ, Carvalho B. Preoperative fasting times for patients undergoing caesarean delivery: before and after a patient educational initiative. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation.* 2019;47(4):282-6. doi: 10.5152/TJAR.2019.95770
59. Witt L, Lehmann B, Sümpelmann R, Dennhardt N, Beck CE. Quality-improvement project to reduce actual fasting times for fluids and solids before induction of anaesthesia. *BMC Anesthesiology.* 2021; 21(254):1-7. doi: 10.1186/s12871-021-01468-6
60. Demirdağ H, Karaöz S. Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hastaların deneyimleri ve hemşirelerin konu ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.* 2015;23(1):1-10.
61. Çınar Yücel Ş. Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 2011;27(2):79-88.
62. Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.* 2013;6(4):224-30.
63. Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2011;(4)1:198-202.



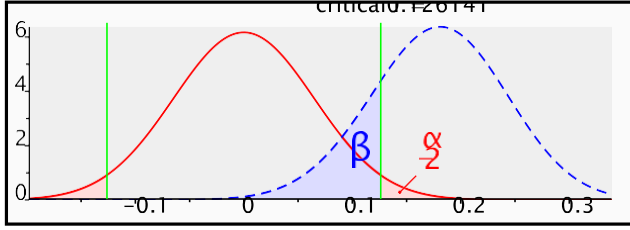
64. Terzi B, Kaya N. Konfor kuramı ve analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;20(1):67-74.
65. Kolcaba K. Katharine Kolcaba's comfort theory. In: Smith MC, Parker ME, editors. *Nursing theories and nursing practices*. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2015. p. 389-401.
66. Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. 2001; 49: 86-92.
67. McEwen M. Overview of selected middle-range nursing theories. In: McEwen M, Wills EM, editors. *Theoretical basis for nursing*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2023. p. 230-60.
68. Kolcaba KY. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*. 1992;15(1):1-10.
69. Kolcaba KY. Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*. 1995a;13(2):117-31.
70. Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort theory a unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*. 2006b;36(11):538-44.
71. Kolcaba KY. The art of comfort care. *Journal of Nursing Scholarship*. 1995b;27(4):287-89.
72. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer; 2003.
73. Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. *Journal of Nursing Scholarship*. 1991; 23(4):237-40.
74. Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. 1991;16:1301-10.
75. Kolcaba K. Measuring comfort. [cited 2023 Agu 17]. In: *The Comfort Line* [Internet]. Kathy Kolcaba, April Bice-Braswell. 1997-2021. Available from: <https://www.thecomfortline.com/measuring-comfort>
76. Kuğuoğlu S, Karabacak Ü. Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2008;16(61):16-23.
77. Kolcaba K, Schirm V, Steiner R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatric Nursing*. 2006a;27(2):85-91.

78. Çıtlık Sarıtaş S, Çevik S, Özden G. Genel konfor ölçeği kısa formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi. 2018;10(2):16-22.
79. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Hemşirelikte araştırma, süreç, uygulama ve kritik. 4. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2020.
80. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 6. baskı. Ankara: Nobel; 2019.
81. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
82. Büyüköztürk Ş. Veri analizi el kitabı. 29. baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2021.
83. Velioglu P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar. 1. baskı. İstanbul: Akademi; 2012.
84. Birol L. Hemşirelik süreci: hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 11. baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016.
85. Hood LJ. Leddy & Pepper's conceptual bases of professional nursing. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
86. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 4th ed. California: Sage; 2014.
87. El-Sharkawy AM, Daliya P, Lewis-Lloyd C, Adiamah A, Malcolm FL, Boyd-Carson H, Couch D, Herrod PJJ, Hossain T, Couch J, Sarmah PB, Sian TS, Lobo DN; FaST Audit Group; East Midlands Surgical Academic Network (EMSAN). Fasting and surgery timing (FaST) audit. Clin Nutr. 2021 Mar;40(3):1405-1412. doi: 10.1016/j.clnu.2020.08.033
88. Ruth MS, Josephine MS, Williams A. Preoperative fasting in the day care patient population at a tertiary care, teaching institute: a prospective, cross-sectional study. CHRISMED Journal of Health and Research. 2018;5(2):105-9. doi: 10.4103/cjhr.cjhr\_118\_17
89. Falconer R, Skouras C, Carter T, Greenway L, Paisley AM. Preoperative fasting: current practice and areas for improvement. Updates in Surgery. 2014;66(1):31-9. doi: 10.1007/s13304-013-0242-z
90. Al Maqbali MA. Preoperative fasting for elective surgery in a regional hospital in Oman. British Journal of Nursing. 2016;25(14):798-802. doi: 10.12968/bjon.2016.25.14.798

91. Lamacraf G, Labuschagne C, Pretorius, S, Prinsloo MC, Smit MD, Steyn JR. Preoperative fasting times: prescribed and actual fasting times at Universitas Hospital Annex, Bloemfontein, South Africa. *South African Medical Journal*. 2017;107(10): 910-4. doi: 10.7196/SAMJ.2017.v107i10.10930
92. Fekede MS, Abebe BA, Awol MA, Assessment of adherence to preoperative fasting guidelines and associated patient discomfort in adult elective surgical patients in public hospitals of Addis Ababa, Ethiopia: a multicenter cross-sectional study. *International Journal of Surgery Short Reports*. 2022; 7(e60):1-6. doi: 10.1097/SR9.0000000000000060
93. Özkan M, Gökkaya Z, Sarıtaş S. Ameliyat öncesi katı ve sıvı besin kısıtlamasının anksiyete üzerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 2016;4(1):25-35.
94. Tosun B, Yava A, Açıkkel C. Evaluating the effects of preoperative fasting and fluid limitation. *International Journal of Nursing Practice*. 2015;21:156-65. doi: 10.1111/ijn.12239
95. Gezer N, Kunter D, Özgün Ş, Demir E, Özdemir B, Çetinkaya G, İbik S. Ameliyat öncesi açlık süresinin hasta konforuna etkisi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*. 2020;6(2):248-53. doi: 10.5222/jaren.2020.35229
96. Dolgun E, Taşdemir N, Ter N, Yavuz M. Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2011;25(1):11-5.
97. Gül A, Işık Andsoy I, Özkaya B. Preoperative fasting and patients' discomfort. *Indian Journal of Surgery*. 2018;80(6):549-53. doi: 10.1007/s12262-017-1657-4
98. Rızalar S, Aydemir A, Topçu S. Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi ve sonrasında açlık ve susuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*. 2019;1(2):32-6. doi: 10.33308/2687248X.201912153
99. Kara M, Işık Andsoy I. Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumu ve konforuna etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2018;5(3):397-403. doi: 10.17681/hsp.387045.
100. Bilik Ö, Ordin Sarıgöl Y, Deveci Z, Çelik B, Sütsünbüoğlu E, Karayurt Ö. Ameliyat öncesi açlık süresinin ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeyine etkisinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2020;13(2):3-8.

## EKLER

### EK-1. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ HESAPLAMASI



[4] -- Tuesday, August 08, 2023 -- 16:59:05

**Exact** - Correlation: Bivariate normal model

**Options:** exact distribution

**Analysis:** A priori: Compute required sample size

<b>Input:</b>	Tail(s)	= Two
	Correlation $\rho$ H1	= 0.179
	$\alpha$ err prob	= 0.05
	Power ( $1 - \beta$ err prob)	= 0.80
	Correlation $\rho$ H0	= 0
<b>Output:</b>	Lower critical r	= -0.1261407
	Upper critical r	= 0.1261407
	Total sample size	= 242
	Actual power	= 0.8004854

## **EK-2. HASTA BİLGİ FORMU**

## **EK-3. GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ**



## **EK-4. GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ**



## **EK-5. ETİK KURUL ONAYI**







## **EK-6. KURUM İZİNİ**

