

Ameliyat Öncesi Besin/ Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Hastaların Deneyimleri ve Hemşirelerin Konu ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları*

Patients “Experiences About Preoperative Fasting and Nurses” Knowledge and Practice

Hatice DEMİRDAĞ**, Süreyya KARAÖZ***

İletişim/Correspondence: Hatice DEMİRDAĞ Adres/Adress: Üsküdar Devlet Hastanesi, Barbaros mh., Veysi Paşa sk. No:14 Üsküdar/ İstanbul
Tel:0216 474 7900 Fax: 0216 474 7912 E-mail: haticesahin84@gmail.com

ÖZ

Amaç: Bu araştırma ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları ile hastaların deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yürütüldü.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini çalışmanın yapıldığı hastanede cerrahi servislerde çalışan hemşireler ve 2 genel cerrahi servisinde ameliyat olan hastalar oluşturdu. Hastalarla görüşmede araştırmacı tarafından oluşturulan form kullanıldı. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası rahatsızlık deneyimleri sayısal ölçek (0-10 puan) kullanılarak değerlendirildi. Hemşirelerle görüşmede araştırmacı tarafından geliştirilen bir form kullanıldı. Bu formda hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve hemşirelerin ameliyat öncesi besin-sıvı kısıtlamasına ilişkin bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş sorular yer aldı.

Bulgular: Araştırmanın yapıldığı hastanede ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması uygulaması; hastaların gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey almamaları şeklindedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin güncel bilimsel verilerden haberdar olmadığı belirlendi. Hastalara ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin yeterli bilgi verilmemektedir. Hastaların ortalama açlık süreleri 11.12 ± 2,35 saattir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların endişe puanları anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < .05$). Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, yüzdelik dağılımlar, t testi, ki kare ve korelasyon kullanıldı.

Sonuç: Hastaların ameliyat öncesi açlık süreleri 24 saate kadar uzayabilmektedir. Konu ile ilgili Türkiye’de kapsamlı deneysel çalışmaların yürütülmesi ve güncel uygulamaların hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Besin/sıvı kısıtlaması, bilgi, hasta, hemşire, deneyim, ameliyat öncesi dönem.

ABSTRACT

Aim: This study was carried out to evaluate nurses “knowledge and practice and patients” experiences about preoperative fasting.

Method: This study sample composed of all nurses that work in surgical units and surgical patients that stay in 2 general surgical units in State Hospital in Istanbul. Data were obtained by face to face interview. Forms that developed by the researcher were used for interview with patients and nurses. Patients’ discomforts were measured with numeric scale (from zero to 10). Form that used for interview with nurses include, identifier characteristics, knowledge and practice of nurses about preoperative fasting.

Results: In the hospital that this research carried out, practice for preoperative fasting was the patient should be nil per os after midnight on the day of surgery. It was determined that the nurses participating in research are not aware of current scientific datas related to preoperative fasting. The sufficient information about preoperative fasting is not given to patients. Average fasting time of patients is 11.12±2,35 hours. In the period before preoperative, anxiety scores of patients were found to be higher ($p < .05$). Percentage, frequency, t-test, chi-square test and correlation were used on the evaluation of the data.

Conclusion: Preoperative fasting periods can take up to 24 hours. In Turkey, extensive experimental studies related with the subject should conduct and the current practices should be implemented.

Key Words: Fasting, knowledge, patient, nurse, experience, preoperative.

*Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2009, **Uzm. Hem. Üsküdar Devlet Hastanesi, **Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Yazının gönderilme tarihi: 05.04.2013

Yazının basım için kabul tarihi: 07.10.2014

GİRİŞ

Ameliyat öncesi fizyolojik hazırlık kapsamında yer alan uygulamalardan birisi, hastanın ağızdan besin ve sıvı alımının kısıtlanmasıdır. Bu uygulamanın amacı midenin boşalmasını sağlayarak anestezi sırasında mide içeriğinin akciğerlere kaçma riskini azaltmaktır (Baril ve Portman 2007). Genel anestezi kleri akciğerleri koruma fonksiyonu olan refleksleri azaltarak mide içeriğinin aspire edilmesine ve böylece yaşamı tehdit eden önemli solunum problemlerinin gelişmesine neden olabilmektedir (Crenshaw ve Winslow 2002; Stuart 2006). Ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlamasının taşıdığı önem nedeniyle, hastaların ameliyat öncesinde uygun şekilde aç kalmalarını sağlamak hemşirelerin temel sorumluluklarından birisidir.

Geleneksel olarak hastaların ameliyat öncesi gece yarısından itibaren (ameliyattan 8-12 saat önce) katı ve sıvı gıdalar almaları engellenmektedir. Ancak çalışmalar (Crenshaw ve Winslow 2002; Nygren ve ark. 1995; Pearse ve Rajakulendran 1999) ve gözlemlerimiz bu sürenin 15-25 saate kadar uzayabildiğini göstermektedir. Geleneksel olan bu uygulamanın kökeni Mendelson'un 1946 yılında genel anestezi uygulanan kadın doğum hastalarında pulmoner aspirasyon sıklığındaki artışı rapor ettiği çalışmaya dayanmaktadır (Crenshaw ve Winslow 2002; Ersoy ve Gündoğdu 2005). Literatür incelendiğinde, Robinson tarafından 1847'de yazılan ilk anestezi kitabında ameliyat öncesi açlıktan hiç söz edilmediği görülmektedir (Maltby 2006). İngiliz cerrah Lister, 1883'te anestezi uygulandığı zaman midede katı besinler olmaması gerektiğini ancak 2 saat öncesine kadar sıvı besinlerin alınabileceğini belirtmiştir. Yaklaşık olarak 1960'lara kadar ameliyattan 6 saat öncesine kadar katı gıdaların, 2-3 saat öncesine kadar da sıvı gıdaların alınmasına izin verilmiştir. Hastaları ameliyat öncesi gece yarısından sonra aç bırakma eğiliminin 1960'larda arttığı ve 1970'lerden sonra yaygınlaştığı görülmektedir (Maltby 2006).

Ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili çalışmalar 1985'lerden sonra yoğunlaşmış ve randomize klinik çalışmalar artmıştır. Bu çalışmalar, pulmoner aspiras-

yonun modern anestezinin nadir görülen komplikasyonlarından olduğunu; açlık süresi, mide hacmi ve asiditesi arasında zayıf bir ilişki olduğunu ve bu nedenle uzun süren açlık döneminin gerekli olmadığını ileri sürmektedir (Maltby, Sutherland, Sale ve Shaffer 1986; Miller, Wishart ve Nimmo 1983; Sutherland, Maltby, Sale ve Reid 1987). Bunlara ilave olarak çalışmalar uzun süren ameliyat öncesi açlık döneminin hastalarda, huzursuzluk, baş ağrısı, dehidrasyon, bulantı, kusma, hipovolemi ve hipoglisemi gibi istenmeyen sonuçlara neden olduğunu göstermektedir (Hung 1992; Crenshaw ve Winslow 2002; Tudor 2006).

Araştırma sonuçları doğrultusunda 1994'den (Norveç) bu yana, çeşitli ülkelerde profesyonel gruplar, ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili rehberler hazırlamışlardır. Bu rehberler; planlı ameliyatlarda, ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvıların, 6 saat öncesine kadar da katı gıdaların alınabileceğini önermektedir (Baril ve Portman 2007; Crenshaw ve Winslow 2002; Inbasegaran, Hooi, Rais, Taib ve It 1998; Stuart 2006).

Bilimsel veriler, ameliyat öncesi gece yarısından sonra besin-sıvı kısıtlaması ile ilgili geleneksel yaklaşımın olumsuz etkilere sahip ve gereksiz bir uygulama olduğunu; kısa açlık sürelerinin ise hastanın iyilik halini arttırdığını ileri sürmesine karşın, uygulamada değişim yavaş olmaktadır. Konu ile ilgili çalışmalara göre bu duruma neden olan faktörler aşağıda belirtilmiştir:

- Hastalar ve sağlık ekibinin gece yarısından sonra aç kalmanın hasta güvenliğini sağladığına inanması (Stuart 2006). Baril ve Portman (2007) çalışmasında anestezi uzmanları hastaların güvenliğinin konforundan daha önemli olduğunu belirtmişlerdir.
- Hastaların, kısa açlık sürelerine uyum güçlüğü yavaşacağı inancı (Baril ve Portman 2007). Bir çalışmada anestezi uzmanları ve cerrahların, hastalara sıvı gıdalar alabilecekleri söylendiğinde, katıların da alabileceklerine inandıkları belirlenmiştir (Murphy, Ault, Wong ve Szokol 2000).

- Hastaların ameliyat öncesi aç kalmanın gerekçesini yeterince kavrayamadıkları düşüncesi (Baril ve Portman 2007). Chapman (1996), cerrahi hastaların %85'inin ameliyat öncesi aç kalma nedeni ile ilgili bilgi almadıklarını, %31'inin aç kalma nedenini kavramadıklarını ve %18'inin aç kalma nedenini kavradıklarını belirlemiştir. Hung (1992) cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma nedenini sağlık çalışanlarına sormada kendilerini rahatsız hissettiklerini belirlemiştir.
- Geleneksel açlık yönteminin ameliyat planlarında değişiklik yapma kolaylığı sağlaması (Stuart 2006).
- Ameliyat öncesi besin-sıvı kısıtlaması ile ilgili kurumsal politikaların olmaması ve sağlık personelinin yeni uygulamalarla ilgili bilgisinin yetersizliği (Chapman 1996; Hung 1992). Chapman (1996), hemşirelerde yeni uygulamalarla ilgili bilgi eksikliği olduğunu belirlemiştir.

Cerrahi hemşiresinin temel görevi, cerrahi sürecin her aşamasında hasta ve ailesinin gereksinim duyduğu bakımı sağlayarak, onların en kısa süre içinde normal yaşama geri dönmelerine destek olmaktır. Bu durum, birey ve ailesine bütüncül bir yaklaşımı ve uygulamanın bilimsel bilgiler üzerine temellendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu nedenle eğitici, yönetici ve uygulayıcı hemşirelerin ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlaması ile ilgili bilimsel bilgileri uygulamada diğer sağlık disiplinleri ile işbirliği yapması büyük önem taşımaktadır.

Bu araştırma ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları ile hastaların deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.

Bu çalışmanın araştırma soruları aşağıdaki gibi belirlenmiştir;

1. Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hastaların deneyimleri nelerdir?
2. Hemşirelerin ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili bilgi ve uygulamaları nelerdir?

YÖNTEM

Araştırmanın türü

Bu çalışma tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bulunan bir devlet hastanesi'nde genel anestezi altında cerrahi girişim geçiren hastalar ve cerrahi servislerde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Hasta grubunun örneklemini 2 genel cerrahi servisinde 4 haftalık süre içinde ameliyat olan ve çalışma kriterlerine uyan hastalar (n:96); hemşire grubunun örneklemini ise tüm cerrahi servislerde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin tamamı (n:54) araştırma kapsamına alınmıştır. Toplam 39 hemşireye ulaşılmıştır. 15 hemşire iş yoğunluğu ve bireysel nedenlerle araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir.

Hasta grubunun çalışmaya alınma kriterleri: Planlı cerrahi girişim uygulanan (gastrointestinal cerrahi dışında), ameliyattan 4 saat öncesine kadar İV sıvı almayan, algılama kaybı olmayan, ASA I ve ASA II (ASA I; cerrahiye neden olan durum dışında başka bir sağlık problemi olmayan bireyleri tanımlar. ASA II ; cerrahiye neden olan durum dışında, fonksiyonel yaşamı bozmayan, sistemik hastalığı olan bireyleri tanımlar) grubunda olan hastalar örneklem kapsamına alınmıştır. Araştırma kriterlerine uyan 96 hasta ile görüşülmüştür.

Verilerin Toplanması

Veriler, hastalarla ve hemşirelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Araştırmacı, 4 haftalık süre içinde 2 cerrahi servisinde planlı cerrahi girişim geçiren ve araştırma kriterlerine uygun olan hastalarla ameliyat sonrası 8-24 saat içinde görüşmüştür. Ameliyat öncesi hastaların endişeli olacakları düşünüldüğünden görüşme ameliyat sonrası yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Hastalarla görüşmede kaynaklar doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan form kullanılmıştır (Chapman 1996; Crenshaw ve Winslow 2002; Furrer, Ganter, Klaghofer, Zollinger ve Hafer 2006). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası rahatsızlık deneyimleri sayısal ölçek (0-10 puan) kullanılarak belirlenmiştir. Ölçekte 0 ile 10 arası rakamlar bulunmaktadır. Rahatsızlığın şiddeti sayı değerleri ile doğru ilişkilidir. Örneğin; “0” hiç susamadım, “10” çok susadım anlamına gelmektedir.

Hemşirelerle görüşmede kaynaklar doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen iki form kullanılmıştır (Baril ve Portman 2007; Chapman 1996; Stuart 2006; Woodhouse 2006). Bu formlarda hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve hemşirelerin ameliyat öncesi besin-sıvı kısıtlamasına ilişkin bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek üzere oluşturulmuş sorular bulunmaktadır. Uygulama öncesinde 20 hasta ve 20 hemşireyi kapsayan bir grup ile çalışılmış ve formlar üzerinde gerekli değişiklikler yapılmıştır. Uygulama grubu örnekleme dahil edilmemiştir.

Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma), kıkare kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı belirlemek üzere t-testi testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında kık-kare testi kullanılmıştır. Araştırmanın parametreleri arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Etik Boyut

Araştırma öncesinde Kocaeli Üniversitesi etik kurulundan ve hastane yönetiminden izin alınmıştır. Katılımcılardan görüşmeler öncesinde araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak sözlü onam alınmıştır.

BULGULAR

Hemşirelere Ait Bulgular

Katılımcıların %74.4 üniversite mezunu, %71.8'i lise mezunudur. %87'si kadındır. Yaş ortalaması 30 ± 7 'dir. Katılımcıların %46.2'si 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime (en az 6 ay, en çok 25 yıl), %48.7'si 0-5 yıllık cerrahi deneyime (en az 4 ay, en çok 25 yıl) sahiptir. Katılımcıların %74.4'ü hizmet içi eğitimlere katılmaktadır, bilimsel kongre, sempozyum vb. katılma oranı ise %28.2'dir. Bilimsel yayın takip etme oranı %28,2'dir. Besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili bilimsel yayın okuma oranı ise %5.1'dir.

Tablo 1. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Besin/ Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Bilgi Düzeyleri

Sorular	Cevaplar	n	%
Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasının gereksesi nedir?	- Aspirasyonu önlemek	29	74.4
	- Bağırsakların boşalmasını sağlamak	6	15.4
	- Bilmiyorum	4	10.3
Hastalar ameliyat öncesi kaç saate kadar katı gıda ve berrak sıvıları alabilirler?	- Katı gıda	4	10.2
	- Diğer	33	84.6
	- Berrak sıvı	2	5.1
	- Diğer	35	89.7
	- Cevap vermeyen	2	5.1
Hastalar ameliyat öncesi sakız çiğneyebilirlermi?	Fikrim yok	39	100
Ameliyat sabahı hastalar oral ilaçlarını ne kadar süre önce, ne kadar su ile alabilirler?	Ameliyattan 1-2 saat önce birkaç yudum su ile alabilirler.	39	100
Bebek hastalar ameliyat öncesi kaç saate kadar emzirilebilir?	4 saat	15	38.4
	Diğer	7	17.9
	Cevap vermeyen	17	43.5
Ameliyata giriş saati geciktiğinde hastalara sıvı verilmelidir?	Evet	21	53.8
	Hayır	12	30.8
	Fikrim yok	6	15.4
Ameliyat öncesi dönemde hastalara besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili bilgi verilmelidir?	Evet verilmelidir	39	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin %74.4'ü besin/sıvı kısıtlaması gerekçesinin aspirasyonu önlemek olduğunu belirtirken, %15.4'ü bağırsakların boş olması gerektiği için besin/sıvı kısıtlaması uygulandığını ifade etmiştir. Konu ile ilgili bilgileri olmadığını belirtenlerin oranı ise %10.3'tür. Ameliyat öncesi sakız çiğnemenin uygun olup olmadığını sorduğumuzda hemşirelerin tamamı (n:39) konu ile ilgili bilgilerinin olmadığını belirtmiştir. Tüm hemşireler hastaların ameliyat sabahı oral ilaçlarını ameliyattan 1-2 saat öncesinde birkaç yudum su ile alabileceklerini söylemişlerdir (%100). Hemşirelerin %38,5'i ameliyat öncesinde emzirmenin kısıtlanması süresini doğru bilmıştır. Hemşirelerin %53.8'i hastaların ameliyata girme süreleri uzadığında sıvı verilmesi gerektiğini belirtmekle birlikte, Sıvı vermenin gerekli olduğunu düşünen hemşirelerin gerekçelerinin, hipoglisemi gelişimini önlemek (n:4) ve sıvı-elektrolit dengesizliklerini önlemek (n:8) olduğu belirlenmiştir. Sıvı vermenin gerekli olmadığını düşünen hemşireler ameliyatın güvenliği için (n:4) ve ameliyat saati belli olmadığı için (n:3) sıvı vermenin gerekli olmadığını ifade etmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin

tamamı ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili hastaların bilgilendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (%100).

Uygulamanın yapıldığı hastanede hastalar ameliyat öncesi dönemde gece yarısından sonra aç bırakılmaktadır. Hemşirelerin %64.1'i bu uygulamayı uygun bulduklarını, %28.2'si uygun bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşireler servisler de hastaların ameliyat sabahı 1-2 saat öncesine kadar birkaç yudum su ile ilaçlarını almalarına izin verilmekte olduğunu söylemişlerdir (%100). Hemşirelerin çalıştıkları servislerde ameliyat öncesi dönemde emzirmenin anesteziden ne kadar süre önce kısıtlandığı sorgulandığında iki saat ile altı saat arasında değişen uygulamalar olduğu görülmekle birlikte çoğunlukla (%71,4) anesteziden 4 saat öncesinde emzirmenin kısıtlandığı belirlenmiştir. Hemşirelerin tamamı (%100) ameliyata girme saati geciktiğinde, hastaların yeni ameliyat saatlerinin belli olmaması nedeni ile herhangi bir girişimde bulunamadıklarını belirtmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tamamı ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili hastaların bilgilendirilmesi gerektiği-

Tablo 2. Hemşirelerin Besin/Sıvı Kısıtlaması ile İlgili Uygulamaları

Sorular	Cevaplar	n	%
Çalıştığımız klinikte ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması uygulaması nasıldır?	Gece yarısından sonra besin/sıvı kısıtlaması yapılmaktadır.	39	100
Hastalara gece yarısından sonra besin/sıvı kısıtlaması uygulanmasını doğru buluyormusunuz?	Evet Hayır Her hasta için doğru bulmuyorum Fikrim yok	25 11 2 1	64.1 28.2 5.1 2.6
Ameliyat sabahı hastalarınıza oral ilaçlarını ne kadar süre önce, ne kadar su ile veriyorsunuz?	Ameliyattan 1-2 saat önce birkaç yudum su ile veriyorum	39	100
Bebek hastaların ameliyat öncesi kaç saate kadar emzirilmesine izin veriyorsunuz?	4 saat Diğer Bebek hastamız olmuyor.	15 6 18	38.4 15.3 46.1
Hastalarınızın ameliyata giriş saati uzadığında herhangi bir müdahalede (ağızdan sıvı verme vb.) bulunuyormusunuz?	Hayır	39	100
Çalıştığımız klinikte Hastalara ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili bilgi veriliyormu?	Evet	39	100
Sizce hastalarınız besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini anlıyor mu?	Evet Hayır	24 15	61.5 38.5
Sizce besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin son bilimsel veriler uygulanabilir mi?	Uygulanabilir Uygulanamaz	32 7	82.1 17.9

ni belirtmişlerdir (%100). Hemşirelerin %61,5'i ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili verilen bilgiyi hastaların anladıklarını düşünmektedir. Hastaların ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması nedenini anlamadıklarını düşünen hemşirelere bunun sebebi sorulduğunda, 7 kişi yeterli bilgi verilmediği için anlamadıklarını, 2 kişi sosyo-kültürel düzeylerinden dolayı anlamadıklarını, 1 kişi ise bu iki nedeninde geçerli olduğunu belirtmiştir. 5 kişi ise herhangi bir neden belirtmemiştir. Hemşirelerin %82.1'i besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili son bilimsel verilerin uygulanabileceğini ifade ederken, %17.9'u güvenli olmadığına inandıkları ve hastalar ile sağlık ekibinin uyum sorunu yaşayacağını düşündükleri için uygulanamayacağını belirtmiştir.

Hemşirelerin hizmet içi eğitimlere katılma durumu ile besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0,134$; $p=0,507>0,05$). Mesleki bilimsel yayın takip etme durumu ile besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=2,201$; $p=0,140>0,05$). Mesleki deneyim süresi ile besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0,067$; $p=0,560>0,05$).

Hastalara Ait Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hastaların %62.5'i (n:60) erkektir. Yaş ortalaması 49.87 ± 14.8 'dir (en az: 21, en çok: 81). Hastaların %47.9'u ilköğretim mezunudur. 30 (%31.2) hasta inguinal herni onarımı, 6 (%6.2) hasta hiatus herni onarımı, 6 (%6.2) hasta kolesistektomi, 23 hasta (%23.9) laparoskopik kolesistektomi, 8 (%8.4) hasta mastektomi, 17 (%17.7) hasta troidektomi ameliyatı geçirmiştir. Hastaların %52.1'i ilk defa ameliyat olmuşlardır.

Cerrahi servislerde rutin olarak ameliyat olacak hastalara gece saat 24:00'den sonra besin/sıvı kısıtlaması yapılmaktadır. Hastalar ameliyat saatine kadar ortalama 11.12 ± 2.35 saat aç/susuz kalmaktadırlar (an az: 8 saat, en fazla: 15 saat).

Tablo 4'te görüldüğü gibi hastalar ameliyattan en az 9 saat, en fazla 24 saat önce besin/sıvı alımını bırakmaktadırlar. Hastaların ameliyattan çıktıktan 6-8 saat sonra yemek yemelerine izin verildiği belirlenmiştir. Bu rakamı da en son yemek yedikleri saatle birlikte düşündüğümüzde hastaların 30-32 saat boyunca ağızdan hiçbir şey almadıkları ortaya çıkmaktadır.

Hastaların %72'si ameliyat öncesi neden aç kaldığını bilmemektedir. Hastaların çoğunluğu (%68.8) ameli-

Tablo 3. Hemşirelerin Besin/Sıvı Kısıtlamasının Gerekçesini Bilme Durumunun Bazı Değişkenlerle İlişkisi

Besin/Sıvı Kısıtlamasının Gerekçesini Bilme Durumu		Biliyor		Bilmiyor		P
		n	%	n	%	
Hizmet İçi Eğitimlere Katılma Durumu	Katılıyorum	22	75,9	7	%70,0	$X^2=0,134$ $p=0,507$
	Katılmıyorum	7	24,1	3	%30,0	
Mesleki Bilimsel Yayın Takip Etme Durumu	Ediyorum	10	34,5	1	%10,0	$X^2=2,201$ $p=0,140$
	Etmiyorum	19	65,5	9	%90,0	
Mesleki Deneyim Süresi	0-5 yıl	10	34,5	3	30	$X^2=0,067$ $p=0,560$
	6 yıl ve üzeri	19	65,5	7	70	

Tablo 4. Hastaların Besin/ Sıvı Almayı Bırakma Zamanı

Soru	Minimum saat	Maksimum saat	Ortalama saat	Median
Ameliyattan kaç saat önce bir şeyler yemeyi bıraktınız?	9	24	14.69 ± 3.11	14.00
Ameliyattan kaç saat önce bir şeyler içmeyi bıraktınız?	9	24	13.64 ± 3.10	13.00

Tablo 5. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Deneyimlediği Sorunlar

Sorunlar	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		N	Z	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
Susuzluk Puanı	4,448	3,175	4,896	3,386	96	-1,305	0,195
Açlık Puanı	3,125	3,173	2,594	2,842	96	1,730	0,087
Başağrısı Puanı	1,573	2,831	0,781	1,790	96	2,721	0,008
Endişe Puanı	6,042	3,334	1,688	2,263	96	12,515	0,000

yat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin bilgiyi hemşirelerin verdiğini ve hastaların tamamı (%100) verilen bilginin sadece “gece saat 24:00’den itibaren hiçbir şey yememeleri ve içmemeleri gerektiği” şeklinde olduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların %40.6’sı verilen bilgiyi yeterli bulmakta, %59.6’sı yeterli bulmamaktadır.

Ameliyat öncesi başağrısı puanı ile ameliyat sonrası başağrısı puanı ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t-testi sonucunda, aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2,721$; $p=0,008<0,05$). Ameliyat öncesi başağrısı ortalaması ($x=1,573$) ameliyat sonrası başağrısı puanı ortalamasından ($x=0,781$) yüksektir. Ameliyat öncesi, endişe puanı ile ameliyat sonrası endişe puanı ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t-testi sonucunda, aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=12,515$; $p=0,000<0,05$). Ameliyat öncesi endişe puanı ortalaması ($x=6,042$) ameliyat sonrası endişe puanı ortalamasından ($x=1,688$) yüksektir. Ameliyat öncesi ve sonrası susuzluk puanları ile, ameliyat öncesi ve sonrası açlık puanı ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t-testi sonucunda, aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ameliyat öncesi açlık puanı ve susuzluk puanı arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,57$; $p=0,000<0,05$). Ameliyat öncesi başağrısı ve susuzluk puanı arasında zayıf, pozitif yönde

anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,286$; $p=0,005<0,05$). Ameliyat öncesi başağrısı puanı ve açlık puanı arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,22$; $p=0,031<0,05$). Ameliyat öncesi endişe puanı ve açlık puanı arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,217$; $p=0,033<0,05$). Ameliyat öncesi endişe puanı ve başağrısı puanı arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,208$; $p=0,042<0,05$). Hastaların ameliyat öncesi aç kalma süresi ve ameliyat öncesi susuzluk puanı arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,379$; $p=0,000<0,05$). Hastaların ameliyat öncesi aç kalma süresi ve ameliyat öncesi açlık puanı arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,306$; $p=0,002<0,05$). Hastaların ameliyat öncesi aç kalma süresi ve ameliyat öncesi başağrısı puanı arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,269$; $p=0,008<0,05$).

Ameliyat sonrası açlık puanı ve susuzluk puanı arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,512$; $p=0,000<0,05$). Ameliyat sonrası başağrısı puanı ve susuzluk puanı arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,22$; $p=0,031<0,05$). Ameliyat sonrası başağrısı puanı ve açlık puanı arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,253$; $p=0,013<0,05$). Ameliyat sonrası endişe puanı ve susuzluk puanı arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,226$; $p=0,026<0,05$). Ameliyat sonrası endişe puanı ve açlık puanı arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,255$; $p=0,012<0,05$). Ameliyat sonrası endişe puanı ve başağrısı puanı arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır

($r=0.526$; $p=0,000<0.05$). Hastaların ameliyat sonrası ağızdan beslenmeye başlama saati ile ameliyat sonrası endişe puanı arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.303$; $p=0,003<0.05$). Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Ameliyat sırasında mide içeriğinin akciğerlere kaçma riskini azaltmak amacıyla ameliyat öncesi dönemde besin/sıvı kısıtlaması uygulanmaktadır. Çalışmamız kapsamındaki hemşirelerin %74.4'ü besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesinin pulmoner aspirasyonu önlemek olduğunu belirtirken, %25.6'sı yanlış cevap vermiş ya da bilmediğini belirtmiştir. Baril ve Portman (2007)'in çalışmasında da bu sonuca benzer olarak hemşirelerin %74'ü besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesinin aspirasyon ve olası komplikasyonları önlemek olduğunu ifade etmiştir. Woodhouse (2006)'ın çalışmasında ise hemşirelerin tamamı genel anestezinin mide içeriğinin aspirasyonu ve kusma açısından risk taşıdığını belirtmişlerdir.

Geleneksel olarak hastalar ameliyat öncesi gece yarısından sonra aç/susuz bırakılmaktadır. Bu araştırmanın yapıldığı kurumdaki uygulama da gece saat 24:00'den sonra hastaların aç bırakılması şeklindedir. Çalışma kapsamındaki hemşireler (%100) hastaların açlık sürelerinin ameliyata alınma saatine göre 8-15 saate kadar uzayabildiğini belirtmişlerdir. Gece 24'den sonra hastaların ameliyat saati hesaplanarak açlık süreleri bulunduğunda hemşirelerin tespitlerine benzer sonuçlar bulunmuştur. Hastaların ortalama açlık süresi 11.12 ± 2.35 saattir, en az 8 saat, en fazla 15 saat aç kalmaktadırlar. Hastaların en son ne zaman bir şeyler yedikleri ve içtiklerini sorguladığımızda bu sürenin 24 saate kadar uzayabildiği saptanmıştır. Katılar için ortalama 14.69 ± 3.11 saat, sıvılar için ise ortalama 13.64 ± 3.10 saat süren bir açlık süresinin olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmadaki sonuçlara benzer olarak Crenshaw ve Winslow (2002) ortalama açlık sürelerinin 12-14 saat olduğunu, bu sürenin katılar için 37, sıvılar için 20 saate kadar uzayabildiğini bulmuş-

tur. Furrer ve ark. (2006) ise ortalama açlık sürelerini katılar için 15.5 saat ve sıvılar için 12.8 olarak bulmuştur. Araştırmamızda hemşirelerin %64.1'i hastaların bu kadar uzun süre aç kalmasını doğru bulduklarını ifade etmiştir. Hemşireler bu uygulamanın anestezisi sırasında aspirasyon riskini önlemek için gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Aslında bu durum hemşirelerin rutin bir uygulamayı sorgulamadan benimsediklerini ve güncel yaklaşımlardan haberdar olmadıklarını göstermektedir. Stuart (2006) çalışmasında sağlık ekibinin gece yarısından sonra aç/susuz bırakmanın hastaların güvenliğini sağladığına inandıklarını bulmuştur.

Hastaların uzun süre aç kalmalarının olumsuz etkileri fark edilmeye başlandıktan sonra birçok anestezisi topluluğu modern, bilimsel besin/sıvı kısıtlaması kılavuzları geliştirmiştir. Bu kılavuzlar ameliyat öncesi 2 saate kadar su ve berrak sıvıların, 4 saate kadar anne sütünün, 6 saate kadar süt ve katı gıdaların alınabileceğini belirtmektedir. Çalışma kapsamındaki hemşirelerin çoğunluğu katı gıdalar, berrak sıvılar, süt ve sütlü kahvenin ameliyattan 8 saat öncesine kadar alınabileceğini belirtmiştir. Bu da bize hemşirelerin son bilimsel verilerle ilgili bilgi eksikliği olduğunu ve genellikle servisteki rutini benimsediklerini göstermektedir. Chapman (1996) çalışmasında, bu çalışmadaki sonuçta benzer olarak hemşirelerin yeni uygulamalarla ilgili bilgilerinin sınırlı olduğunu belirlemiştir.

Hemşirelerin tamamı çalıştıkları servislerde hastaların ameliyat öncesi dönemde sakız çiğnemeleri ile ilgili herhangi bir uygulamanın olmadığını ve kendilerinin de bu konuda bilgilerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan çalışmalara ve besin/sıvı kısıtlaması kılavuzlarındaki konu ile ilgili yaklaşımlara baktığımızda çeşitli bakış açılarına rastlanmıştır. Yapılan bir çalışmada anestezisi uygulaması öncesinde sakız çiğnemenin tükürük salgısını uyardığını fakat mide volümü ya da asiditesini artırmadığı bulunmuştur (Dubin, Jense, McCranie ve Zubar 1994). RCN (Royal College of Nursing) (2005)'in besin/sıvı kısıtlaması kılavuzunda ise ameliyat günü sakız çiğnenmesine izin verilmemesi gerektiği belirtilmiştir.

Ameliyata girecek hastaların önceden kullandıkları bazı ilaçlarını ameliyat sabahı almaları gerekmektedir. Hemşireler hastaların ilaçlarını ameliyattan 1-2 saat önce birkaç yudum su ile alabileceklerini, çalıştıkları servislerdeki uygulamanın da bu şekilde olduğunu belirtmişlerdir.

Malezya tıp akademisinin (1998) besin/sıvı kısıtlaması kılavuzunda benzer olarak oral premedikasyonların ameliyattan 1-2 saat önce, 150 ml. su ile yapılabileceği belirtilmiştir (Inbasegaran ve ark. 1998).

Hemşirelerin %82.1'i ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili son bilimsel verilerin uygulanabileceğini düşünürken, %17.9'u uygulanamayacağını belirtmiştir. Uygulanamayacağını düşünen hemşireler; "*insanların yemelerine izin verildiğinde aşırıya gideceklerini, yanlış anlaşılmalara neden olabileceğini, hastaların sosyo-kültürel seviyelerinin düşük olduğunu, 6 saate kadar ye denildiğinde, sonuna kadar yiyebileceklerini*" düşünmektedirler. Baril ve Portman (2007) çalışmasında ise benzer olarak anestezi teknisyenleri ve hemşireler; " hastaların ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini yeterince kavrayamadıklarını, ameliyat öncesi su içmelerine izin verilirse bunun karışıklığa neden olacağını ve hastaların kısa açlık sürelerine uyum sağlamada güçlük yaşayacaklarını" ifade etmişlerdir.

Çalışmamız kapsamındaki hastaların % 40.6'sı sağlık ekibi tarafından besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin kendilerine verilen bilgiyi yeterli bulduklarını, %59.4'ü yetersiz bulduklarını ve neden aç bırakıldıklarına ilişkin daha ayrıntılı bilgi verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Hastalara sadece gece 24'den hiçbir şey yemeleri ve içmemeleri gerektiğinin hatırlatıldığı belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da hastaların çoğunun ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin bilgilendirildiği, ancak yalnızca gece yarısından sonra bir şey yememesi gerektiğinin söylendiği belirtilmiştir (Dolgun, Taşdemir, Ter ve Yavuz 2011). Chapman (1996) ise cerrahi hastalarının %85'inin ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasının nedeni ile ilgili bilgi almadıklarını, %31'inin aç kalmanın nedeni bilmediklerini saptamıştır.

Hastaların ameliyat öncesi dönemde deneyimledikleri sorunlar arasında en yüksek puanları endişe, daha sonrada susuzluk puanlardır. Yapılan bir çalışmada hastaların susuzluk kaynaklı rahatsızlıklarının; yemek yememek, uykusuzluk ve endişeden daha fazla olduğu bulunmuştur (Madsen, Brosnan ve Nagy 1998). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların başlıca şikayeti susuzluk olmuştur (Dolgun ve ark. 2011). Bizim çalışmamızda hastalar susuzluklarının tüm diğer rahatsızlıklarından daha çok sıkıntı verdiğini dile getirmişlerdir. Hastaların ameliyat öncesi susuzluk, açlık ve baş ağrısı puanları ile ameliyat öncesi aç/susuz kalma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması süresi kısa olan hastaların daha az susuzluk, endişe ve baş ağrısı deneyimledikleri görülmüştür (Power ve ark. 2012). Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması hastaların konforunu önemli ölçüde etkilemektedir. Bir çalışmada ameliyat öncesi uzun süre aç kalan hastaların hastanede kalış sürelerinin uzadığı bulunmuştur (Ljungqvist, Nygrn, Thorell 2001). Hastalara sıkıntı veren ve bilimsel olarak geçerliliği olmayan bir uygulamanın geleneksel sebeplerle devam ettirilmesinin etik bir yaklaşım olmadığı ortadadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sırasında Türkiye'de konu ile ilgili çalışmaların yeterli olmadığı ve sağlık ekibinin konu ile ilgili güncel yaklaşımlardan haberdar olmadıkları görülmüştür. Türkiye'de konu ile ilgili kapsamlı deneysel çalışmalar yapılmalı ve bilimsel veriler doğrultusunda ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması politikaları yeniden düzenlenmelidir. Hemşirelerin hastalara besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesi konusunda doğru ve yeterli bilgi verebilmeleri için bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Hastanelerde tüm sağlık disiplinlerinin işbirliği içerisinde gelişmelerine izin verebilecek ortamlar geliştirilmeli ve bilimsel faaliyetlere katılma olanakları sağlanmalıdır. Hemşireler mesleki eğitimleri sırasında kendi alanlarına giren uygulamalarda sorgulayıcı, yeniliğe açık, sorumluluklarının farkında olarak yetiştirilmelidir.

Araştırmanın sınırlılıkları; Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmanın tek bir merkezde yapılması ve örneklemin küçük olması nedeniyle sonuçları genellenemez.

KAYNAKLAR

Baril, P., Portman, H. (2007). Preoperative fasting: Knowledge and perceptions. *AORN Journal*, 86(4): 609-617.

Chapman, A. (1996). Current theory and practice: A study of preoperative fasting. *Nursing Standart*, 10(18): 33-36.

Crenshaw, J. T., Winslow, E. H. (2002). Preoperative fasting: Old habits die hard. *American Journal of Nursing*, 102(5): 36-44.

Dolgun, E., Taşdemir, N., Ter, N., Yavuz, M. (2011). Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *F.Ü. Saü. Bil.Tip.Derg.*, 25(1): 11-15.

Dubin, S. A., Jense, H. G., McCranie, J. M., Zubar, V. (1994). Sugarless gum chewing before surgery does not increase gastric fluid volume or acidity. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 41(7): 603-606.

Ersoy, E., Gündoğdu, H. (2005). Preoperatif açlıkta değişen kavramlar. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 23(1): 35-40.

Furrer, L., Ganter, M. T., Klaghofer, R., Zollinger, A., Hafer, C. K. (2006). Preoperative fasting times: Patients' perspective. *Anaesthetist*, 55(6): 643-649.

Hung, P. (1992). Preoperative fasting of patients undergoing elective surgery. *British Journal of Nursing*, 1(6): 286-287.

Inbasegaran, K., Hooi, T. K., Rais, A. H., Taib, F., It, T. (1998). Guidelines on preoperative fasting. Chapter of Anaesthesiologists Academy of Medicine, Malaysia, <http://www.msa.net.my/index.cfm?&menuid> (02.17.2009).

Ljungqvist, O., Nygren, J., Thorell, A. (2001). Preoperative nutrition-elective surgery in the fed or overnight fasted state. *Clinical Nutrition*, 20: 167-171.

Madsen, M., Brosnan, J., Nagy, V. T. (1998). Perioperative thirst: A patient perspective. *Perianaesthesia Nursing*, 13(4): 225-228.

Maltby, J. R., Shutherland, A. D., Sale, J. P., Shaffer, E. A. (1986). Preoperative oral fluids: Is a five-hour fast justified prior to elective surgery? *Anaesthesia & Analgesia*, 65: 1112-1116.

Maltby, J. R. (2006). Fasting from midnight-the behind the dogma. *Best Practise & Research Clinical Anaesthesiology*, 20(3): 363-378.

Miller, M., Wishart, H. Y., Nimmo, W. S. (1983). Gastric contents at induction of anaesthesia: Is a 4- hour fast necessary? *British Journal of Anaesthesia*, 55: 1185-1188.

Murphy, G. S., Ault, M. L., Wong, H. Y., Szokol, J. W. (2000). The effect of a new NPO policy on operating room utilization. *Journal of Clinical Anaesthesia*, 12(1): 48-51.

Nygren, J. ve ark. (1995). Preoperative gastric emptying: Effect of anxiety and oral carbohydrate administration. *Annal of Surgery*, 222(6): 728-734.

Pearse, R., Rajakulendran, Y. (1999). Pre-operative fasting and administration of regular medications in adult patients presenting for elective surgery: Has the new evidence changed practise? *European Journal of Anaesthesiology*, 16(8): 565-568.

Power, S. ve ark. (2012). Reducing reoperative fasting in elective adult surgical patients: A case-control study. *Ir J Med Sci*, 181: 99-104.

Royal College of Nursing (RCN) (2005). Perioperative fasting in adults and children: An RCN guidelines for the multidisciplinary team. Clinical Practise Guidelines, http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0009/78678/002800.pdf (02. 17.2009).

Stuart, P. C. (2006). The evidence base behind modern fasting guidelines. *Best Practise & Research Clinical Anaesthesiology*, 20(3): 457-469.

Sutherland, A. D., Maltby, J. R., Sale, J. P., Reid, R. G. (1987). The effect of preoperative oral fluid and ranitidin on gastric fluid volume and pH. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 34(2): 117-121.

Tudor, G. (2006). Fasting: How long is too long? *Australian Nursing Journal*, 13(7): 29-31.

Woodhouse, A. (2006). Pre-operative fasting for elective surgical patients. *Nursing Standard*, 20(21): 41-48.