

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMELİYAT ÖNCESİ BESİN/SIVI KISITLAMASINA
İLİŞKİN HASTALARIN DENEYİMLERİ VE
HEMŞİRELERİN KONU
İLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARI**

Hatice DEMİRDAĞ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ
2009

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMELİYAT ÖNCESİ BESİN/SIVI KISITLAMASINA
İLİŞKİN HASTALARIN DENEYİMLERİ VE
HEMŞİRELERİN KONU
İLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARI**

Hatice DEMİRDAĞ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D. Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
olarak Hazırlanmıştır.

Danışman: Prof. Dr. Süreyya KARAÖZ

KOCAELİ
2009

ÖZET

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

Araştırma bir devlet hastanesinde Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları ile hastaların deneyimlerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve yürütülmüştür.

Araştırmanın örneklemini çalışmanın yapıldığı hastanede cerrahi servislerde çalışan hemşireler ve 2 genel cerrahi servisinde ameliyat olan hastalar oluşturmuştur. Hastalarla görüşmede araştırmacı tarafından oluşturulan form kullanılmıştır. Bu formda, hastaların tanıtıcı özellikleri ve ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlamasına ilişkin bilgi ve deneyimlerini değerlendirmek üzere oluşturulmuş sorular yer almaktadır. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası rahatsızlık deneyimleri sayısal ölçek (0-10 puan) kullanılarak ölçülmüştür. Hemşirelerle görüşmede araştırmacı tarafından geliştirilen bir form kullanılmıştır. Bu formda hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve hemşirelerin ameliyat öncesi besin-sıvı kısıtlamasına ilişkin bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek için oluşturulmuş sorular bulunmaktadır.

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 veriler konusunda bilgileri olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%64) geleneksel uygulamanın doğruluğunu savunduğu bulunmuştur.

Hastalara ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin yeterli bilgi verilmemektedir. Hastaların ortalama açlık süreleri 11,12± saattir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların endişe puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ameliyat sonrası dönemde susuzluk puanları yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ameliyat öncesi aç kalma süreleri ile susuzluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Aspirasyon, Besin/sıvı kısıtlaması, Hemşire, Hasta, Bilgi, Deneyim

ABSTRACT

Patients' Experiences About Preoperative Fasting and Nurses' Knowledge and Practices

This descriptive study was carried out to evaluate nurses' knowledge and practice and patients' experiences about preoperative fasting. 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. Form that used for interview with patients include, identifier characteristics, knowledge and experiences of patients about preoperative fasting. 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.

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 .I t was fixed that the vast majority of nurses (64 percent) defend the traditional application accuracy. The sufficient information about preoperative fasting is not given to patients. Average fasting time of patients is 11,12 hours. In the period before preoperative, anxiety scores of patients were found to be higher ($p<0,05$).In the period post-operative thirst scores of patients were found to be higher ($p<0,05$). As statistical, there is a meaningful difference between preoperative fasting time and thirst score ($p<0,05$).

Key words: Aspiration, Fasting, Nurse, Patient, Knowledge, Experience

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan ve her zaman sabırla bana destek veren değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Sürreya KARAÖZ'e;

Tüm yaşantım boyunca ve eğitim sürecimde beni destekleyen, her zaman sevgi ve desteğini fazlasıyla hissettiğim AİLEME;

Tez çalışmam boyunca hiçbir zaman desteğini esirgemeyen sevgili eşim Cengiz DEMİRDAĞ'a;

Her türlü desteklerinden dolayı çalışma arkadaşlarıma;

Verileri toplarken gösterdikleri sabır,yardım ve hoşgörü için genel cerrahi hastalarına ve cerrahi hemşirelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hatice DEMİRDAĞ

Kocaeli,2009

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ	ix
GRAFİKLER DİZİNİ	xii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasının Gerekçesi Pulmoner Aspirasyon	4
2.1.1. Pulmoner Aspirasyon İçin Risk Faktörleri	6
2.1.2. Mide İçeriğinin Miktar ve Asidite Derecesinin Pulmoner Aspirasyona Etkisi	7
2.1.3. Katı ve Sıvıların Mideden Sindirimi ve Pulmoner Aspirasyon	8
2.2. Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasının Tarihsel Gelişimi	9
2.3. Son Bilimsel Veriler Doğrultusunda Hazırlanan Kılavuzlar	12
2.4. Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasında Hemşirenin Rolü	15
3.GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Türü	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Örneklem	17
3.3. Verilerin Toplanması ve Kullanılan Araç-gereçler	19
3.4. Araştırmanın Etik Boyutu	19
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	19
4. BULGULAR	21
4.1. Hemşirelere Ait Bulgular	21
4.1.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular	21
4.1.2. Hemşirelerin besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin bilgi ve uygulamalarına ilişkin bulgular	23
4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasına ilişkin deneyimlerine ait bulgular	35
5. TARTIŞMA	42

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR DİZİNİ	50
EK OKUNANLAR	53
ÖZGEÇMİŞ	54
EKLER	55

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.. Kusma, regürjitasyon ve aspirasyon açısından en riskli 10 durum	7
Çizelge 2.2. 1846-1984 Yılları arasında Besin/sıvı Kısıtlaması Yaklaşımları	12
Çizelge 2.3. Amerikan Anestezistler Topluluğu Besin/Sıvı Kısıtlaması Kılavuzu (1999)	13
Çizelge 2.4. Malezya Tıp Akademisi Çocuklar İçin Besin/Sıvı Kısıtlaması Kılavuzu	13
Çizelge 2.5. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Preoperatif Aç Kalma Süresi	14
Çizelge 2.6. Yetişkinler için Besin/Sıvı Kısıtlaması Kılavuzları	15
Çizelge 3.1. Cerrahi Servislerde Çalışan Hemşire Sayıları, Yatak Sayıları ve Haftalık Ameliyat Sayıları	18
Çizelge 3.2. ASA(American Society of Anesthesiologists) Fiziksel Durum Sınıflandırması	18
Çizelge 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	21
Çizelge 4.2. Hemşirelere Göre Ameliyat Öncesi Dönemde Besin/Sıvı Kısıtlamasının Nedenleri	23
Çizelge 4.3. Hemşirelerin Besin/Sıvı Kısıtlamasının Gerekçesini Bilme Durumu	24
Çizelge 4.4. Hemşirelerin Besin/Sıvı Kısıtlaması Gerekçesini Bilme Durumunun Hizmet içi Eğitime Katılma Durumu ile Karşılaştırılması	24
Çizelge 4.5. Hemşirelerin Besin/Sıvı Gerekçesini Bilme Durumunun Bilimsel Yayın Takip Etme Durumu ile Karşılaştırılması	24
Çizelge 4.6. Hemşirelerin Besin/Sıvı Kısıtlamasının Gerekçesini Bilme Durumunun Mesleki Deneyim Süresi ile Karşılaştırılması	25
Çizelge 4.7. Hemşirelerin Besin/Sıvı Kısıtlamasının Gerekçesini Bilme Durumunun Cerrahi Birimlerde Çalışma Süresi ile Karşılaştırılma	25
Çizelge 4.8. Hemşirelere Göre Aspirasyon Riski Yüksek Olan Hastalar	26
Çizelge 4.9. Hemşirelerin Hastaların Ameliyat Öncesi Gece Yarısından Sonra Aç Bırakılmasını Uygun Bulma Durumu	26
Çizelge 4.10. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Gece Yarısından Sonra	27

Besin/Sıvı Kısıtlaması Uygulamasını Doğru Bulma Durumunun Besin/Sıvı Kısıtlamasının Gerekçesini Bilme Durumu ile Karşılaştırılması	
Çizelge 4.11. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Gece Yarısından Sonra Besin/Sıvı Kısıtlaması Uygulamasını Doğru Bulma Durumunun Mesleki Deneyim Süresi ile Karşılaştırılması	27
Çizelge 4.12. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Gece Yarısından Sonra Besin/Sıvı Kısıtlaması Uygulamasını Doğru Bulma Durumunun Cerrahi Birimlerde Çalışma Süresi ile Karşılaştırılması	28
Çizelge 4.13. Hemşirelere Göre Bazı Katı ve Sıvı Gıdaların Ameliyattan Ne Kadar Süre Önce Kısıtlanması Gerektiği	28
Çizelge 4.14. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hastaların Sakız Çiğnemesine İlişkin Bilgileri	29
Çizelge 4.15. Hemşirelerin Ameliyat Sabahı Oral İlaçların Alımı ile İlgili Bilgileri	29
Çizelge 4.16. Hemşirelerin Çalıştıkları Servislerde Ameliyat Öncesi Dönemde Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Emzirmenin Kısıtlanma Süresi	29
Çizelge 4.17. Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Emzirmenin Ameliyattan Ne Kadar Süre Önce Kısıtlanması Gerektiği ile İlgili Hemşirelerin Bilgileri	30
Çizelge 4.18. Hemşirelerin Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Emzirmenin Ameliyattan Ne kadar Süre Önce Kısıtlanması Gerektiğine İlişkin Bilgi Durumu ile Hizmet İçi Eğitimlere Katılma Durumunun Karşılaştırılması	30
Çizelge 4.19. Hemşirelerin Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Emzirmenin Ameliyattan Ne kadar Süre Önce Kısıtlanması Gerektiğine İlişkin Bilgi Durumu ile Mesleki Bilimsel Yayın Takip etme Durumunun Karşılaştırılması	31
Çizelge 4.20. Hemşirelerin Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Emzirmenin Ameliyattan Ne kadar Süre Önce Kısıtlanması Gerektiğine İlişkin Bilgi Durumu ile Mesleki Deneyim Sürelerinin Karşılaştırılması	31
Çizelge 4.21. Hemşirelerin Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Emzirmenin Ameliyattan Ne kadar Süre Önce Kısıtlanması Gerektiğine İlişkin Bilgi Durumu ile Cerrahi Birimlerde Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması	32
Çizelge 4.22. Hemşirelerin Ameliyata Girme Süresi Uzunlaşırken Hastalara Ağızdan Sıvı Verme Gerekliliğine İlişkin Düşünceleri	32
Çizelge 4.23. Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlaması İle İlgili Hastalara Kimin/kimlerin Bilgi Verdiğine İlişkin Hemşirelerin İfadeleri	33

Çizelge 4.24. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlaması ile İlgili Bilginin Hastalara Kim/Kimler Tarafından Verilmesi Gerektiğine İlişkin Düşünceleri	33
Çizelge 4.25. Hemşirelere Göre Hastaların Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasının Nedenini Anlama Durumu	34
Çizelge 4.26. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Dönemde Hastalar Tarafından Kendilerine İletilen Rahatsızlıklara İlişkin İfadeleri	34
Çizelge 4.27. Hemşirelerin Besin/Sıvı Kısıtlaması ile İlgili Son Bilimsel Verilerin Uygulanabilmesine İlişkin Düşünceleri	34
Çizelge 4.28. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	35
Çizelge 4.29. Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Aç Kalma Süreleri	37
Çizelge 4.30. Hastaların Besin/sıvı Almayı Bırakma Zamanı	37
Çizelge 4.31. Hastaların Besin/Sıvı Kısıtlaması Nedenlerini Bilme Durumu	37
Çizelge 4.32. Hastaların Besin/Sıvı Kısıtlaması ile İlgili Bilgiyi Kimin Verdiğine İlişkin İfadeleri	38
Çizelge 4.33. Hastaların Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Verilen Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu	38
Çizelge 4.34. Hastaların Ameliyat Sonrası Ağızdan Besin Almaya Başlama Süreleri	38
Çizelge 4.35. Hastaların Ameliyat Öncesi Rahatsızlık Puanları	39
Çizelge 4.36. Hastaların Ameliyat Sonrası Rahatsızlık Puanları	40
Çizelge 4.37. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması	40

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 4.1. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Rahatsızlık Puanlarının Karşılaştırılması	41
--	----

KISALTMALAR DİZİNİ

ASA: Amerikan Anestezistler Topluluğu

RCN: Royal College of Nursing

AAGBI: İrlanda ve Büyük Britanya Anestezistler Birliği

CAS: Kanada Anestezistler Topluluğu

NNGG: Norveç Ulusal Uyum Klavuzu

1.GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Giriş

Eski çağlardan beri var olan cerrahi girişim, 19. yy' a kadar tehlikeli bir tedavi biçimi olmasına karşın, zamanla gelişerek daha güvenli hale gelmiştir. Günümüzde her 20 kişiden biri yaşamının bir döneminde cerrahi girişim geçirmektedir (Ersoy ve Gündoğdu, 2005). Birey için daha güvenli hale gelmekle birlikte, cerrahi girişim birey ve ailesi üzerinde stres yaratan önemli bir yaşam deneyimidir. Bireyin fizyolojik, duygusal, sosyal dengesini tehdit eden ya da bozan cerrahi girişimin yarattığı olumsuz etkileri azaltmak, bireyin baş etme gücünü arttırmak için hastanın ameliyat öncesi dönemde fizyolojik, duygusal ve sosyal yönden hazırlanması büyük önem taşımaktadır. Hemşireler hasta ile uzun süreli ilişkiye izin veren konumları ve sahip oldukları bakım verici, eğitici, savunucu rolleri gereği bireyin ameliyata hazırlanmasında anahtar kişilerdir.

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 aspire edilme riskini azaltmaktır (Baril and Portman, 2007). Çünkü genel anestezi koruma fonksiyonu olan refleksleri azaltarak mide içeriğinin aspire edilmesine ve böylece yaşamı tehdit eden önemli solunum problemlerinin gelişmesine neden olabilmektedir (Crenshaw and Winslow 2002; Stuart, 2006). Ameliyat öncesi hastalarda besin ve sıvı kısıtlaması tıbbi ve yasal bir sorumluluktur ve acil durumlar dışında açlık dönemi olmaksızın hastalara anestezi uygulanmaması gerekir (O'Callaghan, 2002). Ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlamasının taşıdığı önem nedeniyle ameliyat öncesi fizyolojik hazırlık kapsamında hastaların 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 ve gözlemlerimiz bu sürenin 15-25 saate kadar uzayabildiğini göstermektedir (Crenshaw and Winslow 2002; Nygren et al., 1995; Pearse and Rajakulendran, 1999). Geleneksel olan bu uygulamanın kökeninin Mendelson'un 1946 yılında genel anestezi uygulanan kadın doğum hastalarında pulmoner aspirasyon sıklığındaki artışı rapor ettiği çalışma olduğuna inanılmaktadır (Crenshaw and 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 (Maltby 2006). Bu çalışmalar, (Braddy et al., 2003; Galatos and Raptopoulos,1995 alıntı Madsen,1998; Maltby et al.,1986; Miller et al.,1883; Sutherland et al, 1987) pulmoner aspirasyonun modern anestezinin ender komplikasyonlarından olduğunu; açlık süresi, mide hacmi ve asiditesi arasında zayıf bir ilişki olduğunu ve bu nedenle uzun süren açlık döneminin gerekli olmadığını ileri sürmektedir. Bunlara ilave olarak çalışmalar uzun süren ameliyat öncesi açlık döneminin hastalarda, huzursuzluk, baş ağrısı, dehidratasyon, bulantı, kusma, hipovolemi ve hipoglisemi gibi istenmeyen sonuçlara neden olduğunu göstermektedir (Hung, 1992; Madsen et al, 1998; Smith et al, 1997 alıntı Crenshaw and Winslow 2002; Watson et al. 2002 Alıntı 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 and Portman, 2007; Crenshaw and Winslow, 2002; Ibasegaran et al. 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. 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 yaşayacağı inancı (Baril and Portman, 2007). Bir çalışmada anestezi uzmanları ve cerrahların, hastalara sıvı gıdalar alabilecekleri

söylendiğinde, katıları da alabileceklerine inandıkları belirlenmiştir (Murphy et al. 2000).

* Hastaların ameliyat öncesi aç kalmanın gerekçesini yeterince kavrayamadıkları düşüncesi (Baril and Portman, 2007). Chapman (1996), cerrahi hastaların % 85'inin ameliyat öncesi aç kalma nedeni ile ilgili bilgi almadıklarını, %31'inin aç kalmanın 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 bilgi azlığı (Chapman, 1996; Hung, 1992). Chapman (1996), hemşirelerin yeni uygulamalarla ilgili bilgi azlığı 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.

1.2. Amaç

Bu çalışma, bir devlet hastanesinde halen uygulamakta olan ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili geleneksel yaklaşıma ilişkin hastaların deneyimleri ile hemşirelerin konu ile ilgili bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır. Araştırmamızda yanıtını aradığımız temel sorular;

- 1.Hemşireler ameliyat öncesi açlık süreleri ile ilgili son gelişmelerden haberdar mıdırlar?
- 2.Hemşirelerin ameliyat öncesi açlık ile ilgili bilgi ve uygulamaları nelerdir?
- 3.Ameliyat öncesi açlık süreleri ne kadardır?
- 4.Hastalar ameliyat öncesi aç kalmanın gerekçesini biliyorlar mı?
- 5.Hastalar ameliyat öncesi aç kalma ile ilgili ne tür deneyimlere sahiptirler?

Uzun süreli amacımız ise 15-25 saate kadar uzayabilen açlık sürelerinin bilimsel veriler doğrultusunda düzenlenerek hastaların bu gereksiz uygulamanın olumsuz etkilerinden korunmasını sağlamak için hemşirelere yol göstermektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasının Gerekçesi Olarak Pulmoner Aspirasyon

Besin/sıvı kısıtlaması ameliyat öncesi hazırlık sürecinin en önemli gerekliliklerinden birisidir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların uygun şekilde aç kalmalarını sağlamak hemşirenin yerine getirmesi gereken temel sorumluluklarındandır. Bu uygulamanın amacı, midenin boş olmasını sağlamak ve böylece anestezi süresince mide içeriğinin akciğerlere aspire edilme riskini azaltmaktır (Baril and Portman, 2007). Çünkü anestezi sırasında anestetik ajanların etkisiyle akciğerleri koruma fonksiyonu olan refleksler zayıflamakta ve bu durum, mide içeriğinin akciğerlere aspire edilmesine neden olabilmektedir (Stuart, 2006).

Anestezi ile birlikte, regürjitasyon, kusma ve pulmoner aspirasyonun gelişmesi, önemli sağlık problemleri ile sonuçlanabilmektedir (Kluger et al. 2005). **Kusma**, mide içeriğinin ağız yoluyla dışarı çıkarılması ile sonuçlanan aktif bir süreçtir (Lincoln, 1957). **Regürjitasyon**, yemek borusu ile midenin birleşim yeri olan kardianın gevşemesi sonucu istemsiz olarak mide içeriğinin ağza gelmesidir. Regürjitasyonun gelişmesinde, mide basıncı ve yerçekimi önemli bir rol oynamaktadır (Lincoln, 1957). **Aspirasyon**, ağız, yutak ve mide içeriklerinin gırtlak (larenks) ve alt solunum yollarına çekilmesidir (inhalasyonudur) (Lincoln, 1957). Anestezi sırasında pulmoner aspirasyonun gelişmesinde etkili olan faktörler, mide içeriğinin volüm ve asiditesindeki artış, mide içi basıncın alt özefagus sfinkter basıncından daha büyük olması ve koruyucu hava yolu reflekslerinin azalmış yada kaybolmuş olmasıdır (Maltby, 1993).

Anestezi sırasında pulmoner aspirasyon modern anestezi uygulamalarında çok yaygın bir komplikasyon olmamakla birlikte, ciddi ve ölümcül sonuçlara yol açabilmektedir. Mide içeriğinin aspire edilmesinin sonuçları, aspire edilen maddenin tipine, miktarına ve mide sıvısının pH derecesine bağlıdır (Erengül, 1992; Esener, 1991). Aspire edilen madde katı yada yarı katı ise akut solunum yolu tıkanıklığı yada akut asfiksi, katı madde trakea yada ana bronş çeperinden küçük ise, atelektazi gelişmektedir (Lincoln, 1957). Mide sıvısının aspire edilmesi durumunda ise akciğerlerde oluşacak hasar aspire edilen sıvının pH' sı ve miktarı ile ilişkilidir (Erengül,1992; Esener, 1991). Büyük miktarda mide sıvısının aspirasyonu sonucunda akciğerlerin parankiminde gelişen inflamatuvar reaksiyonun yol

açtığı kimyasal hasar Mendelson sendromu (aspirasyon pnömonitisi) olarak adlandırılır. (Kallar and Everett, 1993). Asidik mide sıvısının aspirasyonu sonucu en erken belirti hipoksemidir. Akciğerlerde zedelenme daha sonra kapillerde sızıntı, akciğer ödemi, pulmoner hemoraji, atelektazi, surfaktan fonksiyonunda azalmaya yol açabilir. Ağır olgularda akut pulmoner ödem sonucu ölüm görülebilir (Erengül, 1992; Esener, 1991). Aspire edilen mide sıvısı asit nitelikte değilse akut bronşit ve bronkopnömoni gelişebilir fakat genellikle kendiliğinden iyileşir (Erengül, 1992).

Anestezi sırasında mide içeriğinin akciğerlere aspirasyonu, yüzyıldan fazla zamandır bilinmektedir. Hall 1941 yılında, sezaryen için uygulanan anestezi sırasında pulmoner aspirasyon sıklığını bildirmekle birlikte (Ruggera and Taylor, 1976; Kallar ve Everett, 1993) pulmoner aspirasyon sendromu ilk olarak 1946 yılında Mendelson tarafından tanımlanmıştır. Mendelson 1932-1945 yılları arasında 44016 gebenin 66'sında obstetrik anestezi sırasında aspirasyon saptamıştır (%0.15). Aspirasyon gelişen vakaların 45'inde aspire edilen materyal tanımlanmıştır. Bu vakaların 40'ında sıvı materyal aspire edildiği ve bu hastalarda ölüm görülmediği, sadece akciğer grafisinde karakteristik değişiklikler olduğu saptanmıştır. Katı materyal aspire eden hastalardan sadece 2'sinde katı materyalin hava yolunu tıkaması sonucu ölüm görüldüğü belirlenmiştir (Mendelson, 1946).

Anesteziye bağlı ölümlerin %1-20'si aspirasyon nedeniyle oluşmaktadır (Esener, 1991). Çalışmalar anestezi sürecinde pulmoner aspirasyon riskinin, 10,000 anesteziye 1.7 (Kallar and Everett, 1993) ile 4.7 (Olsson et al. 1986) arasında olduğunu göstermektedir (Love, 2002). Olguların hepsinde tanı konulamaması veya tanı konularının bir kısmının da bildirilmemesi nedeniyle pulmoner aspirasyon sıklığı ile ilgili kesin bir değer vermenin güç olduğu belirtilmektedir (Esener, 1991). 2001 Ocak - 2004 Aralık tarihleri arasında Pensilvanya'da bir üniversite hastanesinde yapılan 4 yıllık retrospektif bir çalışmada, anestezi uygulanan 18 yaş üzeri 99.441 hasta incelenmiştir. Bu hastaların %91 inde (90.443) planlı cerrahi girişim, %9'unda (8948) cerrahiye özgü çeşitli tanı girişimleri uygulanmıştır. Bu çalışmada 14 hastada pulmoner aspirasyon geliştiği (7103 hastada 1), pulmoner aspirasyon gelişen hastaların %43'ünde (6 hasta) pulmoner komplikasyon geliştiği, %7 sinde pulmoner aspirasyona bağlı ölüm görüldüğü belirlenmiştir (Sakai et al. 2006). Avustralya'da 4000 kişi üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise 183 kişide anesteziye bağlı olarak, kusma, aspirasyon yada regürjitasyonla ilgili bir durum olduğu, bu hastaların %2.4 ünde (96 hasta) pulmoner aspirasyon geliştiği, sadece 4 hastanın öldüğü (mortalite oranı %4) belirlenmiştir (Kluger et al. 2005). Bir çok çalışmada pulmoner

aspirasyon sıklığının az olduğu belirtilmekle birlikte, ürkütücü sonuçların olduğu çalışmalar da bulunmaktadır. Cameron et al. rapor edilen 47 aspirasyon vakasında 31 ölüm saptamışlardır. Edwards et al. ise anestezi ile ilgili 1000 ölümü incelemişler ve 110 ölümün aspirasyona bağlı olduğunu bulmuşlardır (Zorab, 1984). Çalışmaların sonuçlarından da görüldüğü gibi pulmoner aspirasyon çok sık görülmesine de sonuçları korkutucu olabilen bir anestezi komplikasyonudur.

2.1.1. Pulmoner Aspirasyon İçin Risk Faktörleri

Anestezistler pulmoner aspirasyon riskini azaltmak için bazı girişimler önermekte ve uygulamaktadır. Bu girişimler; anestezi öncesi besin/sıvı kısıtlaması, profilaktik olarak medikal tedavi (antiacid ve H2 antaganistleri), krikoid basınç ve kaflı trakeal tüp kullanımınıdır (Asai, 2004). Tüm bu önlemlere karşın bazı durumlarda pulmoner aspirasyon gelişebilmektedir. Pulmoner aspirasyon açısından risk taşıyan durumları hastaya ait, cerrahiye ait ve anesteziye ait durumlar olarak gruplayabiliriz;

Hastaya ait faktörler: Hastaya ait çeşitli faktörler, pulmoner aspirasyon riskini arttırmaktadır. Bu faktörler;

*Hastanın midesinin boş olmaması,

*Midenin boşalmasını geciktiren durumlar (kafa içi basınç artışı, diyabet, gastrointestinal obstrüksiyon, gastrointestinal reflü, hiatus herni, ağrı yada stres gibi durumlar)

*Karın içi basıncını arttıran durumlar (şişmanlık ve gebelik)

*Özefagus alt sfinkter tonüsünde azalmaya neden olan ilaçlar (antikolinergikler, opioid türevi ilaçlar vb.)

*Yaşlı ya da çocuk olmak (Asai, 2004; Kallar and Everett 1993; Kluger and Short, 1999; Love, 2002)

Yukarıda belirtilen risk faktörleri dışında osteoporoz tedavisi için oral alendronat kullanan ve peptik ülserle yatkınlığı olan bazı ortopedi hastalarının ek risk taşıdığı belirtilmiştir (Ettinger et al. 1998). Genel olarak mide volümünün 25 ml.' den büyük ve pH 2,5' den küçük olan tüm hastaların risk altında olduğu söylenebilir.

Cerrahi girişime ait faktörler: Acil cerrahi girişimler pulmoner aspirasyon açısından riskli durumlardır (Asai, 2004; Kluger and Short, 1999; Love, 2002). Aynı zamanda cerrahinin bölgesine ve tekniğine bağlı olarak da aspirasyon riski artmaktadır. Özefagus, üst abdominal ve laparoskopik ameliyatlarda aspirasyon riski yüksektir (Surinder et al., 1993). Üst abdominal cerrahi girişim sırasında hastalarda cerrahi manipülasyon nedeniyle mide içeriğinin ağza gelme riski vardır (Asai, 2004). Hastanın ameliyat sırasındaki

pozisyonu da aspirasyon açısından önemlidir. Litotomi ya da baş aşağı pozisyon mide içeriğinin regürjitasyonuna neden olabilmektedir (Asai, 2004; Levy, 2006).

Anesteziye ait faktörler; Anestezinin yeterli derinlikte verilmemesi, hava yolu reflekslerini (öksürük, hıçkırık, bronkospazm vb.) ya da gastrointestinal motor yanıtları (öğürme, tükürük vb.) uyarabilir. Bu refleksler de pulmoner aspirasyon riskini artıran kusma, regürjitasyon ve mide distansiyonuna sebep olabilir (Asai, 2004; Levy, 2006).

Anestezi sırasında kullanılan larengeal hava yolu maskelerinde mideye hava dolma insidansı trakeal tüp ya da subraglottik hava yolu yönteminden daha fazladır ve klasik larengeal maske kullanan hastalarda aspirasyon ve regürjitasyon riski yüksektir (Asai, 2004; Cook and Asai, 2005). Yapılan çalışmalarda larengeal maske kullanımının özefagus alt sfinkter tonüsünü azalttığını ve bu sebeple aspirasyon ve regürjitasyon riskini arttırdığı bulunmuştur (Cook and Asai, 2005; Rabey et al., 1992).

Yapılan bir çalışmada 5000 anestezi uygulamasında 133 aspirasyon vakası saptanmış ve aspirasyon açısından en riskli 10 durum belirlenmiştir (çizelge 2.1.) (Kluger and Short, 1999)

Çizelge 2.1. Kusma, Regürjitasyon ve Aspirasyon açısından en riskli 10 durum

1. Acil cerrahi işlem
2. Hafif anestezi
3. Akut yada kronik, alt yada üst gastrointestinal patoloji
4. Obezite
5. Opioid alımı
6. Nörolojik hastalık, zayıf bilinç düzeyi yada sedasyon
7. Litotomi pozisyonu
8. Zor entübaston/hava yolu
9. Gastrointestinal reflü
10. Hiatus herni

2.1.2. Mide İçeriğinin Miktar ve Asiditesinin Pulmoner Aspirasyona etkisi

Mide içeriğinin miktar ve asiditesi, mide sindirimi, mide sekresyonları ve oral alımın bir sonucudur (Levy, 2006). Roberts and Shirley 1974 yılında yaptıkları çalışmada, mide sıvısının asiditesi ve miktarı yüksek olan hastaların ($\text{pH} < 2,5$ ve $\text{volüm} > 0,4 \text{ ml/kg}$ ($\geq 25 \text{ml}$)) aspirasyon açısından riskli olduğunu belirlemişlerdir (Brady et al., 2003; Ersoy ve Haldun, 2005; Levy, 2006; Love, 2002). Bir çok çalışmada besin/sıvı kısıtlaması uygulanan

sağlıklı hastaların %50 sinde mide volümü 25 ml ve ortalama pH 2 olarak bulunmuştur (Love, 2002). Miller et al. 1983'te ameliyattan 2-4 saat öncesine kadar çay ve tost yiyen hastalar ile gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey almayan hastaların mide volümleri ve pH'ları arasında fark olmadığını bulmuşlardır. Düşük pH'lı mide volümünün yüksek pH'lı mide volümü aspirasyonundan daha zararlı olduğu ve her zaman daha öldürücü olduğu kabul edilmektedir (Kallar and Everett, 1993; Love, 2002).

2.1.3. Katı ve Sıvıların Mideden Sindirimi ve Pulmoner Aspirasyon

Mide hacmi yaklaşık olarak 1500 ml. dir. Mide boşluğu, üst (proksimal) ve alt (distal) olmak üzere 2 bölümden oluşur. Mide boşluğunun alt bölümünün kasılması, mide sıvısı ve büyük katı besin parçacıklarının karışmasına ve yeterince küçük parçaların (<2ml) pilor aracılığıyla ince bağırsağa geçmesine neden olur (Soreide et al., 2007). Mide boşalma hızı mide ve duodenumdan gelen sinyallerle düzenlenir. Mide içeriğinin bileşimi, yağ ve aminoasit içeriği, mide hacmi, mide pH'sı, osmolarite bu hızı etkileyen en önemli faktörlerdir. Açlık sırasında midede saatte birkaç ml sıvı salgılanırken, emosyonel uyarı varlığında ve hipoglisemi durumunda bu salgı 50 ml.'ye kadar çıkabilir (Ersoy ve Haldun, 2005). Yapılan çalışmalar sonucunda katıların ve sıvıların sindirim zamanlarının farklı olduğu saptanmıştır (Levy, 2006 ; Love, 2002; Maltby, 2000; Soreide et al., 2007).

Çalışmalar berrak sıvıların depolanmadığını ve alındıktan hemen sonra hızla mideden boşaldığını göstermektedir (Maltby et al., 1991). Berrak sıvıların 1 saat içinde %90'ı ve 2 saat içinde neredeyse hepsi mideden boşalır. Berrak sıvılar, su, posasız meyve suları, karbonatlı içecekler, berrak çay ve siyah kahveyi kapsar. Çay ve kahveye 10 ml süt ve şeker eklenebilir. Süt yada süt ile yapılan kahve yada çay katı gıda olarak değerlendirilir. Çünkü mide suyu içerisinde topaklanır ve mideden sindirimi 5 saat sürer (Maltby, 2000). Glikoz yüklü sıvıların mideden boşalması başlangıçta biraz yavaştır ancak 90 dakika sonra bu fark ortadan kalkar. Normal bir durumda mide içeriğinin boşalması mide ve duodenum arasındaki basınç farkı ve mide sıvılarının hacim, ısı yoğunluğu, pH ve osmolalitesi etkisiyle oluşur (Soreide et al., 2007).

Literatür incelemelerinden elde edilen ortak sonuç kusma sonucunda oluşabilecek besin partikülleri aspirasyonunu önlemek için anestezi öncesi hastanın ihtiyacı olan besinleri gereğinden fazla vermekten kaçınılması gerektiğidir (Love, 2002). Katı yiyecekler 2 mm.' den daha büyük partikül içermeyen yarı-sıvı kimusa dönüşene kadar midede kalır (Maltby et al., 1991). Katı besinlerin mideden bağırsaklara geçişi besinin alınmasından 1 saat sonra başlar ve 2 saat sonra alınan katı besinlerin yaklaşık %50 si

duodenuma geçer (Soreide et al., 2007). Yiyeceklerin çeşidine bağlı olarak bu süreç için zamana ihtiyaç vardır. Karbonhidratlar ve proteinler, yağ ve selülozlara göre daha hızlı sindirilirler (Love, 2002). 2 mm. den büyük partiküllü yiyeceklerin pilordan geçişine izin verilmez, sindirilebilir katılar ince bağırsağa geçmeden önce <2mm parçalara sindirilir. Bir yemeğin toplam sindirilme süresi 3-5 saattir (Maltby, 2000). Sindirim süreleri açısından berrak sıvıları standardize etmek kolay iken, miktar ve yoğunluğu son derece çeşitli olan katılar için bir standart oluşturmak kolay değildir. Örneğin; standart bir çay ve tost bile standardize etmek zordur. Ekmek kalın yada ince olabilir ve fazla sert yada selüloz içerikli olabilir (Love, 2002).

Yemek yeme metodunun da sindirim üzerinde etkisi olabilir. Yiyecekleri çiğneme büyük partiküllerin küçük parçalara ayrılmasıyla sindirime yardımcı olabilir. Yiyeceklerin büyük kısmı mideye geldiğinde pilora geçmeye hazırlık için parçalanmıştır. Diğer bir ifade ile hastalar aynı yiyecekleri yemiş olabilirler fakat daha fazla çiğnemiş kişilerde sindirim daha hızlı olacaktır (Love, 2002).

2.2. Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasının tarihçesi

Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasının ilk olarak ne zaman uygulandığı belirsizdir (Love, 2002). Anestezi ile ilgili en eski kitaplarda besin/sıvı kısıtlamasından söz edilmemiştir (Maltby, 2000). Erken tarihsel kayıtlar obez bir hastanın kloroform ile uyutulduğunda kustuğunu ve bunun sonucunda da öldüğünü göstermiştir (Simpson, 1848 alıntı Love, 2002). Burma'da 1853 yılında bir asker kalçasındaki kurşundan dolayı ameliyat olduğu sırada kusmuş ve ölmüştür. Hastaya yapılan otopsi sonucunda hastanın trakeasının kusmuk ile dolu olduğu görülmüştür (Maltby, 2006).

Snow 1847'de midesi dolu olan bir kişide anestezi uygulamanın daha zor olduğunu ve kusmanın olumsuz etkilerinin daha fazla görüldüğünü belirtmiştir. Snow (1847) en uygun ameliyat öncesi hazırlığın, ameliyattan 2-4 saat önce hafif bir kahvaltı ya da öğle yemeği olduğunu ifade etmiştir (Maltby, 2006). İngiliz cerrah Sir Joseph 1883 yılında, kloroform verildiğinde midede katı bir şey olmaması gerektiğini fakat ameliyattan 2 saat önce içilen bir çay yada kahvenin faydalı olduğunu belirtmiştir. Bundan sonraki yıllarda yaklaşık olarak 1960'lara kadar ameliyat öncesi açlık, katılar için 6 saat ve berrak sıvılar için 2 saat olarak önerilmiştir (Maltby, 2000). Mendelson'un 1946 yılında anestezi alan obstetri hastalarında gelişen aspirasyon pnömonilerini incelediği çalışmasından sonra ameliyat öncesi gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey almama yaklaşımı uygulanmaya başlanmış (Ersoy ve Haldun, 2005) ve 1960'lı yıllarda yaygın olarak benimsenmiştir (Maltby, 2000).

Hiçbir risk faktörü taşımayan sağlıklı hastaların aspirasyon açısından yüksek risk taşıdığı görüşünü yıkmaya yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Roberts and Shirley 1974'te mide pH'si <2,5 ve volümü >0,4 ml/kg (≥ 25 ml) olan hastaların aspirasyon açısından riskli olduğunu bulmuştur (Ersoy ve Haldun, 2005; Levy, 2006; Love, 2002; Stuart, 2006;). Yapılan bir çalışmada ameliyattan 4 saat önce hafif bir kahvaltı yapanlar ile gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey almayan hastalar karşılaştırıldığında mide volümü ve pH'ı arasında fark olmadığını bulunmuştur (Miller et al, 1983). Maltby et al. (1985) çalışmalarında bir grubu gece yarısından sonra aç bırakmışlar ve bir gruba da operasyondan 2-3 saat önce berrak sıvı vermişlerdir. Anestezi öncesi, aç bırakılan grup ve sıvı alan grubun mide hacimleri karşılaştırıldığında sıvı alan grubun mide hacminde istatistik olarak anlamlı bir azlık olduğu, içilen sıvının mideden boşaldığı, midede olan sıvının büyük çoğunluğunun yeni mide sekresyonu ve yutulan tükürük ile oluştuğunu belirlemişlerdir (Maltby, 2006). Bu yıllardan sonra gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey almamayı gerektiren geleneksel yaklaşım sürekli olarak sorgulanmaya başlanmış ve yapılan çalışmalar sonucunda uzun süreli aç bırakmanın gereksiz bir uygulama olduğu ve hastalarda rahatsızlığa neden olduğu gösterilmiştir.

Sonraki yıllarda ise cerrahi öncesi hastaların sıvı almalarının susuzluklarını ve ağız kurluklarını azalttığı ancak açlık yada cerrahinin neden olduğu metabolik değişiklikler üzerine bir etkisinin olmadığı ortaya çıkmıştır (Ersoy ve Haldun, 2005; Hausel et al., 2001). Çalışmalar ameliyat öncesi beslenmenin gece boyu aç kalmaya karşı yararları olduğunu göstermiştir (Hausel et al, 2001). Cerrahi sonrası oluşan metabolik olaylardan biri olan ameliyat sonrası insülin direnci ile ilgili çalışmalar sonucunda ameliyat öncesi açlık kavramında bazı değişiklikler olmuştur. Ameliyat sonrası insülin direncinin mekanizması tam olarak aydınlanmasa da en önemli faktörün ameliyat öncesi açlık olduğu bilinmektedir. Geçmiş yıllarda ameliyat sonrası insülin direncine karşı hastalara cerrahi öncesi IV glikoz verilmiş ve faydaları görülmüştür. Ancak insülin yanıtı doza bağımlı olduğu için, glikoz infüzyonu yüksek bir yoğunlukta yapılmalıdır ve bunun içinde büyük damarların kateterizasyonu gereklidir. Bu şekilde yapılan uygulamalar da pratik değildir ve hastayı rahatsız edebilir. Bu nedenle de kişide beklenen düzeyde insülin salgısını uyaracak ve uygun sürede mideden boşalacak karbonhidratlı sıvılar geliştirilmiştir (Ersoy ve Haldun, 2005). Karbonhidrattan zengin bir içeceğin (%12,5) ozmotik yükü küçültecek başlıca karbonhidrat polimerleri içerdiği ve böylece gastrik boşalımı sağladığı bulunmuştur (Soreide et al., 2007). Karbonhidratlı sıvının mideden boşalması sintigrafik bir metotla

ölçülmüştür. 400 ml karbonhidratlı sıvı alan sağlıklı denekler ve cerrahi geçirmiş hastalarda karbonhidratlı sıvının alımdan sonra 90 dk. içinde mideden boşaldığı görülmüştür (Nygren et al., 1995).

Gece yarısından sonra aç bırakılanlar , ameliyat öncesi karbonhidratlı sıvı verilenler ve plasebo verilenlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada karbonhidratlı sıvı ile hazırlığın hastalarda iyilik halini arttırdığı ve ameliyat öncesi açlık, susuzluk ve anksiyeteyi hafiflettiği bulunmuştur (Hausel et al., 2001). Ameliyat öncesi süreçte bu içeceğin hiçbir yan etkisinin olmadığı, mide sıvı volümünü yada asiditesini arttırmadığı belirtilmiştir (Hausel ve ark., 2001). Yapılan bir çalışmada ise ameliyat öncesi aç bırakılan hastaların hastane de kalış sürelerinin karbonhidratlı içecek alan hastalardan %20 daha uzun olduğu bulunmuştur (Ljungqvist et al., 2001). Planlı cerrahilerde ameliyat öncesi oral karbonhidrat alımı için özel olarak hazırlanmış berrak sıvıların alımı, anestezi öncesi 2 saate kadar güvenlidir ve kişisel iyilik halini arttırmaktadır (Ljungqvist and Soreide, 2003; Soreide et al., 2007; Nygren et al., 2007).

Yapılan çalışmaların sonuçları doğrultusunda birçok ülkede çeşitli profesyonel gruplar besin/sıvı kısıtlaması kılavuzları geliştirmiştir. Ancak halen birçok ülkede, birçok kurumda geleneksel uygulama devam etmektedir.

Çizelge 2.2. 1846-1984 Yılları arasında Besin/sıvı Kısıtlaması Yaklaşımları

Yıl	Yazar	Berrak Sıvı	Katı Gıda
1847	Robinson	Öneri yok	Öneri yok
1847	Snow	Öneri yok	2-4saat, hafif yemek
1858	Snow	Öneri yok	2-3saat, hafif, 5 saat, tam yeme
1881	Lyman	4 saat	4 saat, hafif yemek
1883	Lister	2 saat	Midede katı besin olmamalı
1901	Hewitt	Sütten kaçınılmalı	4 saat
1914	Gwathmey	3 saat	2-3 saat, yulaf, arpa yada pirinç
1920	Boxton	3saat, çay, açık çay	7 saat, sütle ısıtılmış ekmek, balık
1943	Woodbridge	4saat, üzüm suyu	4 saat, buğday kreması, süt
1947	Macintosh ve Bannister	3saat, şekerli çay, çorba	3 saat, ekmek ve yağ
1947	Lee	Öneri yok	6saat
1948	Minnitt ve Gillies	3 saat, çay, portakal suyu	3saat, bisküvi ile şekerli çay
1949	Hunt	2-3 saat	Gece yarısından sonra ağızdan beslenmeme
1951	Guedel	Öneri yok	Öneri yok
1955	Eliason ve ark.	4 saat	Öğleden sonraki cerrahi: kahvaltı
1964	Lee ve Atkinson	Gece yarısı yada 6 saat	Gece yarısı yada 6 saat
1970	Cohen ve Dillon	Gece yarısından sonra ağızdan beslenmeme	Gece yarısından sonra ağızdan beslenmeme
1971	Wylie	5 saat	5 saat
1976	Canadian Anaesthetists' Society	5saat	5 saat
1976	Collins	5saat	Öğleden sonraki cerrahi: kahvaltı
1982	Dripps et al.	Gece yarısından sonra ağızdan beslenmeme	Gece yarısından sonra ağızdan beslenmeme

Kaynak: Maltby, 2006

2.3. Son Bilimsel Veriler Doğrultusunda Hazırlanan Kılavuzlar

Uzun yıllar devam eden çalışmalardan sonra uzun süreli açlığın hastalar açısından fizyolojik ve psikolojik rahatsızlık kaynağı olduğu, gereksiz bir uygulama olduğu ve bilimsel temelinin olmadığı ortaya konmuştur. Çalışmalardan elde edilen bilgiler ışığında çeşitli profesyonel anestezi toplulukları ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin kılavuzlar yayınlamışlardır. Aşağıda bu kılavuzlardan bazıları incelenmiştir:

Amerikan anesteziistler topluluğu(ASA); ASA 1996 yılında 1996-1999 yılları arasında yayınlanmış insan araştırmalarını incelemek üzere bir heyet oluşturdu ve 1999 yılında

ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması kılavuzu yayınlandı. Bu kılavuz tüm yaş gruplarını kapsıyordu (Maltby, 2000).

Çizelge 2.3. Amerikan Anestezistler Topluluğu Besin/Sıvı Kısıtlaması Kılavuzu (1999)

Besin Türü	Minimum Kısıtlama Süresi
Berrak sıvılar	2 saat
Anne sütü	4 saat
Bebek maması	6 saat
Süt	6 saat
Hafif yemek	6 saat

Malezya Tıp Akademisi Besin/Sıvı Kısıtlaması Kılavuzu (1998)

Yetişkinler

Öğleden önce planlanan vakalar;

- Ameliyat günü gece yarısı 24'e kadar katı besinler alınabilir.
- Planlanmış cerrahi öncesi 2 saate kadar berrak sıvılar alınabilir.
- Berrak sıvılar; su, şekerli su, hafif berrak meyve suları, portakal suyu vb.
- Süt, sütlü çay, sütlü kahve, karbonatlı sıvılar ve çorbaya izin verilmez.
- Ameliyat öncesi 1-2 saate kadar oral premedikasyonlar 150 ml. su ile verilebilir.
- Bilinen risk faktörü olan hastalar için asit aspirasyon profilaksisi yapılır.
H2 antagonistleri; gastrik içeriğin volüm ve asiditesini azaltırlar.
Antasidler; pH'ı azaltırlar fakat volümü arttırlar.

Öğleden sonra planlanan vakalar;

- Tüm hastalara hafif bir kahvaltı için izin verilir. Sabah 7'den önce bir sıvı ile birlikte 4 tane bisküvi ya da 2 dilim ekmek yenilebilir.
- Planlanmış cerrahi öncesi 2 saate kadar berrak sıvılar alınabilir.

Çocuklar

Çizelge 2.4. Malezya Tıp Akademisi Çocuklar İçin Besin/Sıvı Kısıtlaması Kılavuzu

Yaş	Süt/Katı besinler	Kısıtlama süresi	Berrak sıvıların miktarı
< 6 ay	Berrak sıvı	2 saat	2ml/kg
	Anne sütü	3 saat	
	Hazır süt	4 saat	
6 ay- 5 yaş	Berrak sıvı	3 saat	10ml/kg
	Hazır süt	4 saat	
	Besleyici sıvılar	4 saat	
	Katılar	6 saat	
> 5 yaş	Berrak sıvı	3 saat	10ml/kg
	Besleyici sıvılar	4 saat	
	Katılar	8 saat	

(Inbasegaran et al., 1998)

RCN (Royal College of Nursing) Besin/Sıvı Kısıtlaması Kılavuzu (2005)

Yetişkinler için; 2 ve 6 kuralı

- ‘2’- Anestezi induksiyonu öncesi 2 saate kadar sıvı alınabilir.
- ‘6’- Katılar için 6 saatlik minimum besin sıvı kısıtlaması geçerlidir (katılar, süt içerikli sıvılar). Ameliyat günü sakız çiğnemeye izin verilmemektedir.

Çocuklar için 2-4-6 kuralı

- ‘2’- Anestezi induksiyonu öncesi 2 saate kadar su ve diğer berrak sıvılar alınabilir.
- ‘4’- 4 saat öncesine kadar anne sütü alınabilir.
- ‘6’- 6 saat öncesine kadar hazır mama, inek sütü ya da katı besinler alınabilir.

Anestezi öncesi 2 saate kadar su ve berrak sıvıların alımı çocuklar ve yetişkinler için güvenlidir ve genel iyilik halini arttırmaktadır (RCN, 2005).

Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği, Anestezi Uygulama Kılavuzları

Çizelge 2.5. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Preoperatif Aç Kalma Süresi

Yaş	Formül mama, süt, katı gıda	Berrak sıvı, su
< 6 ay	4 saat	1 saat
6 ay-36 ay	6 saat	2 saat
> 36 ay	8 saat	3 saat

Çizelge 2.6. Yetişkinler için Besin/Sıvı Kısıtlaması Kılavuzları

Kurum	Berrak sıvı	Katı besin
ASA 1999	2 saat	6 saat
AAGBI 2001	2 saat	6 saat
Cochrane 2004	2 saat	6 saat
CAS 2005	2 saat	6 saat
NNCG 2005	2 saat	6 saat
RCN 2005	2 saat	6 saat

ASA; Amerikan Anestezistler Topluluğu
AAGBI; İrlanda ve Büyük Britanya Anestezistler Birliği
Cochrane; Cochrane sistematik incelemeler veri tabanı
CAS; Kanada Anestezistler Topluluğu
NNCG; Norveç Ulusal Uyum Kılavuzu
RCN; Royal College of Nursing

Kaynak: Stuart, 2006

2.4. Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasında Hemşirenin Rolü

Hemşireler hasta ile uzun süreli ilişkiye izin veren konumları ve sahip oldukları bakım verici, eğitici, savunucu rolleri gereği bireyin ameliyata hazırlanmasında anahtar kişilerdir. Ameliyat öncesi fizyolojik hazırlık kapsamında yer alan uygulamalardan birisi, hastanın ağızdan besin ve sıvı alımının kısıtlanmasıdır. Bu rutin uygulama 1848 yılında kloroform verilmesi sonucunda kusan ve ölen bir hasta sonrasında uygulanmaya başlanmıştır (Love, 2002). Ameliyat öncesi hastalarda besin ve sıvı kısıtlaması tıbbi ve yasal bir sorumluluktur ve acil durumlar dışında açlık dönemi olmaksızın hastalara anestezi uygulanmaması gerekmektedir (O'Callaghan, 2002). Hastaların uygun şekilde aç kalmalarını sağlamak hemşirelerin sorumluluğunda olan uygulamalardan bir tanesidir. Ülkemizde ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlaması, yaygın olarak hastaların gece yarısından sonra aç bırakılması şeklinde gerçekleştirilmektedir. Ancak yapılan çalışmalar geleneksel olan bu

yaklaşımın hastalarda fizyolojik ve psikolojik olarak çeşitli rahatsızlıklara yol açmakta olduğunu ve bilimsel temelinin olmadığını göstermektedir.

Günümüzde birçok anestezi topluluğu bu gereksiz kısıtlamadan vazgeçerek modern besin/sıvı kısıtlaması kılavuzları geliştirmişlerdir. Ancak uygulamaya baktığımızda hala geleneksel uygulamanın devam ettiği görülmektedir.

Günümüzde sağlık bakım sisteminde bilimsel değeri kanıtlanmış bilgiyi kullanmanın önemi vurgulanmaktadır. Besin/sıvı kısıtlaması konusunda da hasta yararına olan ve bilimsel kanıt değeri taşıyan yaklaşımlara geçilmelidir. Bu durum tüm sağlık ekibinin hasta yararına işbirliği yapmasını gerektirmektedir. Sağlık ekibinin bir üyesi olarak hemşirelerin sahip oldukları roller gereği bilimsel araştırmaları takip ederek bilgilerini sürekli güncellemeleri ve verdikleri bakımı sorgulamaları ve gerekli değişikliklerin hayata geçirilmesine öncülük etmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda hemşireler ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması konusunda son bilimsel verilere ulaşarak kendi çalıştıkları birimlerde bilimsel yaklaşımların uygulanması için değişimi başlatabilecek kişiler olabilirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı olarak planlanmış ve yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Örneklem

Araştırma İstanbul'da bulunan Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi servislerinde tanımlayıcı olarak planlanmış ve yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Vakıf Gureba Hastanesinde genel anestezi altında cerrahi girişim geçiren hastalar ve cerrahi servislerde çalışan hemşireler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise 2 genel cerrahi servisinde 4 haftalık süre içerisinde ameliyat olan hastalar ve tüm cerrahi servislerde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Uygulamanın yapılacağı hastanede 3 genel cerrahi servisi bulunmaktadır. Bir genel cerrahi servisi, ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin farklı bir yöntem uyguladığı için araştırma dışı bırakılmıştır.

Cerrahi Servisleri, bu servislerdeki yatak sayıları, çalışan hemşire sayıları ve haftalık ameliyat sayıları aşağıdaki çizelge 3.2.1'de yer almaktadır. 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. Planlı cerrahi girişim uygulanan (gastrointestinal cerrahi dışında), ameliyattan 4 saat öncesine kadar IV 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. Hastaların fiziksel durum sınıflandırması, serviste hastayı izleyen hekim ile birlikte yapılmıştır. Araştırma kriterlerine uyan 96 hasta ile görüşülmüştür.

Çizelge 3.1. Cerrahi Servislerde Çalışan Hemşire Sayıları, Yatak Sayıları ve Haftalık Ameliyat Sayıları

Cerrahi Servisleri	Hemşire Sayısı	Yatak Sayısı	Haftalık ameliyat Sayısı
Beyin Cerrahisi Servisi	6	35	25-30
Kalp Damar Cerrahisi Servisi	4	29	10-12
Genel Cerrahi servisi I	17	120	15-20
Genel Cerrahi II			15-20
Genel Cerrahi III			15-20
Göğüs Cerrahisi Servisi	2	9	6
Ortopedi Servisi	6	32	28
Üroloji I	4	26	36
Üroloji II			
Kulak burun boğaz	6	15	60
Plastik cerrahi	4	26	25
Göz	5	29	60
Toplam	54	331	315

Çizelge 3.2. Amerikan Anestezistler Topluluğu (ASA:American Society of Anesthesiologists) Fiziksel Durum Sınıflandırması

<p>ASA 1: Normal, sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi patoloji dışında bir hastalık veya sistemik sorunu olmayan sağlıklı bir kişi.</p> <p>ASA 2: Cerrahi girişim gerektiren nedene veya başka bir hastalığa(hafif derecede anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, amfizem, şişmanlık, diyabet gibi) bağlı hafif bir sistemik bozukluğu olan kişi.</p> <p>ASA 3: Aktivitesini sınırlayan, ancak güçsüz bırakmayan hastalığı (hipovolemi, latent kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, ileri diyabet, sınırlı akciğer fonksiyonu gibi) olan kişi.</p> <p>ASA 4: Ameliyat olsa da olmasa da 24 saatten fazla yaşaması beklenmeyen, son ümit olarak cerrahi girişim yapılan ölüm halindeki kişi.</p> <p>ASA 5: Organ alınmaya uygun, beyin ölümü gerçekleşmiş hastalar.</p>
--

3.3. Verilerin toplanması ve kullanılan araç-gereçler

Veriler, hastalarla ve hemşirelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Araştırmacı, 4 haftalık süre içinde 2. ve 3. cerrahi servislerinde 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.

Hastalarla görüşmede araştırmacı tarafından oluşturulan form kullanılmıştır. Bu formda, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yapılan ameliyat, ameliyata girme saatini içeren tanıtıcı özellikleri ve ameliyat öncesinde saat kaçtan itibaren aç kalmaları gerektiğinin söylendiği, kendilerinin bu saate uyum sağlama durumu, sen son saat kaçta bir şeyler yediği ve içtiği, aç kalma gerekçesini bilme durumu, ameliyat öncesi aç kalma ile ilgili kimin bilgi verdiği ve bu bilginin yeterli olup olmadığını, ameliyat sonrası ne zaman ağızdan almaya başladıklarını içeren toplam 16 soru yer almaktadır (Ek 1). 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. Hastalardan 0 ile 10 arasında kendi rahatsızlıklarının şiddetinin hangi sayıya denk geldiği sorularak hastaların rahatsızlık deneyimlerine ait puanlar elde edilmiştir.

Hemşirelerle görüşmede araştırmacı tarafından geliştirilen iki form kullanılmıştır. Bu formlarda hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, cerrahi birimlerde çalışma süreleri, bakım verdikleri hastaların gelişimsel dönemleri, hizmet içi eğitimlere katılma durumu, kongre vb. katılma durumu, mesleki bilimsel yayın takip etme durumlarını gibi tanıtıcı özelliklerini içeren 11 soru (Ek 2) ve hemşirelerin ameliyat öncesi besin-sıvı kısıtlamasına ilişkin bilgi ve uygulamalarını (Ek 3) değerlendirmek üzere oluşturulmuş 25 soru bulunmaktadır. Uygulama öncesinde 20 hasta ve 20 hemşireyi kapsayan bir grup ile çalışılmış ve formlar üzerinde gerekli değişiklikler yapılmıştır. Uygulama grubu örnekleme dahil edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesinde üniversite etik kurulundan ve hastane yönetiminden izin alınmıştır.

Katılımcılar ile görüşmeler öncesinde araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak onam alınmıştır.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Görüşmeler sonucunda elde edilen veriler istatistik paket programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, mann whitney u testi, one way anova testi ve ki-kare testleri kullanılmıştır. kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelere Ait Bulgular

4.1.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Çizelge 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

TANITICI ÖZELLİKLER	SAYI	YÜZDE
Yaş		
19-32 yaş	29	74.4
33-53 yaş	10	25.6
Toplam	39	100.0
Cinsiyet		
Erkek	5	12,8
Kadın	34	87.2
Toplam	39	100.0
Eğitim Durumu		
Lise	28	71.8
Ön lisans (açık öğretim)	3	7.7
Lisans (örgün öğretim)	8	20.5
Toplam	39	100.0
Mezun Olunan Bölüm		
Hemşirelik	29	74.4
Ebelik	1	2.6
Sağlık Memurluğu	1	2.6
Acil Tıp Teknisyenliği	8	20.5
Toplam	39	100.0
Mesleki Deneyim Süresi		
0-5 yıl	13	33.3

6-10 yıl	8	20.5
11 yıl ve üzeri	18	46.2
Toplam	39	100.0
Cerrahi Birimlerde Çalışma Süresi		
0-5 yıl	19	48.7
6-10 yıl	11	28.2
11 yıl ve üzeri	9	23.1
Toplam	39	100.0
Bakım Verilen Hastaların Gelişimsel Dönemleri		
Yetişkin	18	46.2
Yetişkin ve Çocuk	21	53.8
Toplam	39	100.0
Hizmet İçi Eğitimlere Katılma Durumu		
Katılıyorum	29	74.4
Katılmıyorum	10	25.6
Toplam	39	100.0
Bilimsel Kongre vb. Katılma Durumu		
Katıldım	11	28.2
Katılmadım	28	71.8
Toplam	39	100.0
Mesleki Bilimsel Yayın Takip Etme Oranı		
Takip ediyorum	11	28.2
Takip etmiyorum	28	71.8
Toplam	39	100.0
Besin/Sıvı Kısıtlaması Hakkında Bilimsel Yayın Okuma Oranı		

Okudum	2	5.1
Okumadım	37	94.8
Toplam	100	100.0

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%74,4) hemşirelik bölümü mezunu, %71,8'i lise mezunudur. Katılımcıların %87'si kadındır. Yaş ortalaması 30±7,0'dır. Hemşirelerin %46,2'si 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime (en az 6ay, en çok 25 yıl), %48,7'si 0-5 yıllık cerrahi deneyime (en az 4 ay, en çok 25 yıl) sahiptir. Hemşirelerin %46,2'si servislerinde yalnız yetişkin hastalar olduğunu, %53,8'i ise hem yetişkin hem de çocuk hastalar olduğunu belirtmişlerdir. Bazı servislerde yetişkin ve çocuk hastalar, bazı servislerde ise yalnızca yetişkin hastalar bulunmaktadır. Hemşirelerin %74,4'ü hizmet içi eğitimlere katılmaktadır, bilimsel kongre, sempozyum vb. katılma oranı ise %28,2'dir. Bilimsel yayın takip etme oranı ise %28,2'dir. Besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili bilimsel yayın okuma oranı ise %5.1' dir.

4.1.2. Hemşirelerin besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin bilgi ve uygulamalarına ait bulgular

Çizelge 4.2. Hemşirelere Göre Ameliyat Öncesi Dönemde Besin/Sıvı Kısıtlamasının Nedenlerinin Dağılımı (n:39)

	Sayı	Yüzde
Aspirasyonu önlemek	29	74,4
Bağırsakların boş olmasını sağlamak	6	15,4
Bilmiyorum	4	10,3
Toplam	39	100,0

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 .

Çizelge 4.3. Hemşirelerin Besin/Sıvı Kısıtlamasının Gerekçesini Bilme Durumu (n:39)

	Sayı	Yüzde
Biliyor	29	74,4
Bilmiyor	10	25,6
Toplam	39	100,0

Hemşirelerin %74,4'ünün besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bildiği belirlenmiştir.

Çizelge 4.4. Hemşirelerin Besin/Sıvı Kısıtlaması Gerekçesini Bilme Durumunun Hizmet İçi Eğitimlere Katılma Durumu ile Karşılaştırılması

Hizmet içi eğitimlere katılma durumu	Besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilme durumu		Toplam	P değeri	x ² değeri
	Biliyor	Bilmiyor			
Katılıyor	22(%75.9)	7(%24.1)	29(%100)	p=0.69	x ² =0.79
Katılmıyor	7(%70.0)	3(%30.0)	10(%100.0)		
Toplam	29(%74.4)	10(%25.6)	39(%100.0)		

Hemşirelerin besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilme durumu ile hizmet içi eğitimlere katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Çizelge 4.5. Hemşirelerin Besin/Sıvı Gerekçesini Bilme Durumunun Bilimsel Yayın Takip Etme Durumu ile Karşılaştırılması

Bilimsel Yayın Takip Etme durumu	Besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilme durumu		Toplam	P değeri	x ² değeri
	Biliyor	Bilmiyor			
Takip ediyor	10(%90.9)	1(%9.1)	11(%100)	p=0.22	x ² =2.83
Takip etmiyor	19(%67.9)	9(%32.1)	28(%100)		
Toplam	29(%74.4)	10(%25.6)	39(%100)		

Mesleki bilimsel yayın takip eden hemşireler ile takip etmeyen hemşirelerin besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Çizelge 4.6. Hemşirelerin Besin/Sıvı Kısıtlamasının Gerekçesini Bilme Durumunun Mesleki Deneyim Süresi ile Karşılaştırılması

Mesleki deneyim süresi	Besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilme durumu		Toplam	P değeri	x ² değeri
	Biliyor	Bilmiyor			
0-5 yıl	10 (%76.9)	3 (%23.1)	13 (%100)	p=1.00	x ² =0
6 yıl ve üzeri	19 (%73.1)	7 (%26.9)	26 (%100)		
Toplam	29 (%74.4)	10 (%25.6)	39 (%100)		

Hemşirelerin mesleki deneyim süreleri ile besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Çizelge 4.7. Hemşirelerin Besin/Sıvı Kısıtlamasının Gerekçesini Bilme Durumunun Cerrahi Birimlerde Çalışma Süresi ile Karşılaştırılması

Mesleki deneyim süresi	Besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilme durumu		Toplam	P değeri	x ² değeri
	Biliyor	Bilmiyor			
0-5 yıl	14 (%73.7)	5 (%26.3)	19 (%100)	p=1.00	x ² =0
6 yıl ve üzeri	15 (%75.0)	5 (%25.0)	20 (%100)		
Toplam	29 (%74.4)	10 (%25.6)	39 (%100)		

Hemşirelerin cerrahi birimlerde çalışma süreleri ile besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Çizelge 4.8. Hemşirelere Göre Aspirasyon Riski Yüksek Olan Hastalar (n:39)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel anestezi almak	6	13.6
Hastalık	6	13.6
Dar boyunlu olmak	3	6.8
Yaşlı ve çocuk olmak	9	20.4
Açlık süresinin tamamlanmamış olması	5	11.3
Obezite	1	2.4
Bilmiyorum	15	34.0
Toplam	44	100.0

* (n katlanmıştır)

Anestezi sırasında pulmoner aspirasyon açısından yüksek riskli durumlar sorgulandığında 6 hemşire genel anestezi alan tüm hastaların, 6 kişi her hangi bir hastalığı olan hastaların, 3 kişi dar boyunlu hastaların, 9 kişi yaşlılar ve çocukların, 5 kişi açlık süresi tamamlanmamış olan hastaların, 1 kişi ise obez hastaların yüksek riskli olduğunu belirtmiştir. 15 hemşire ise pulmoner aspirasyon açısından yüksek riskli durumları bilmediğini ifade etmiştir.

Çizelge 4.9. Hemşirelerin Hastaların Ameliyat Öncesi Gece Yarısından Sonra Aç Bırakılmasını Uygun Bulma Durumu (n:39)

	Sayı	Yüzde
Uygun buluyorum	25	64,1
Uygun bulmuyorum	11	28,2
Her hasta için uygun bulmuyorum	2	5,1
Fikrim yok	1	2,6
Toplam	39	100,0

Uygulamanın yapıldığı hastanede hastalar ameliyat öncesi dönemde gece yarısından sonra aç bırakılmaktadır. Hemşirelerin %64,1'i (25 kişi) bu uygulamayı uygun bulduklarını, %28.2 si uygun bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu uygulamayı doğru bulan hemşireler gerekçelerinin aspirasyon riskini önlemek (n:10) olduğunu belirtirken, 2 kişi bu konuda hemşirelerin karar verme yetkisine sahip olmadıklarını belirtmiştir. Mevcut uygulamayı doğru bulmadıklarını ifade eden hemşireler gerekçe olarak; bu yaklaşımın gereksiz ve yanlış bir uygulama olduğunu (n:5), hastaların dehidrate olabileceğini (n:4) ve

hastaların bu kadar uzun süre aç kalmak istemeyeceklerini (n:2) belirtmişlerdir. 2 hemşire ise uygulamanın kronik hastalar için uygun olmadığını ifade etmiştir.

Çizelge 4.10. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Gece Yarısından Sonra Besin/Sıvı Kısıtlaması Uygulamasını Doğru Bulma Durumunun Besin/Sıvı Kısıtlamasının Gerekçesini Bilme Durumu ile Karşılaştırılması

Besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilme durumu	Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Gece Yarısından Sonra Besin/Sıvı Kısıtlaması Uygulamasını Doğru Bulma Durumu				Toplam	p değeri	x ² değeri
	Doğru	Doğru değil	Her hasta için doğru değil	Fikrim yok			
Biliyor	16 (%55.2)	10 (%34.5)	2 (%6.9)	1 (%3.4)	29 (%100.0)	p= 0.64	x ² = 5.12
Bilmiyor	9 (%90.0)	1 (%10.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	10 (%100.0)		
Toplam	25 (%64.1)	11 (%28.2)	2 (%5.1)	1 (%2.6)	39 (%100.0)		

(*p ve x² değerleri hesaplanırken kolonlar birleştirilerek tablo 4 gözlü hale getirilmiştir.)

Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilen hemşireler ile bilmeyen hemşirelerin ameliyat öncesi gece yarısından sonra besin/sıvı kısıtlaması uygulanmasını doğru bulma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05).

Çizelge 4.11. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Gece Yarısından Sonra Besin/Sıvı Kısıtlaması Uygulamasını Doğru Bulma Durumunun Mesleki Deneyim Süresi ile Karşılaştırılması

Mesleki Deneyim Süresi	Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Gece Yarısından Sonra Besin/Sıvı Kısıtlaması Uygulamasını Doğru Bulma Durumu				Toplam	p değeri	x ² değeri
	Doğru	Doğru değil	Her hasta için doğru değil	Fikrim yok			
0-5 yıl	9 (%69.2)	3 (%23.1)	1 (%7.7)	0 (0%0.0)	13 (%100)	p= 0.73	x ² = 0.49
6 yıl ve üzeri	16 (%61.5)	8 (30.8)	1 (%3.8)	1 (%3.8)	26 (%100)		
Toplam	25 (%64.1)	11 (%28.2)	2 (%5.1)	1 (%2.6)	39 (%100)		

(*p ve x² değerleri hesaplanırken kolonlar birleştirilerek tablo 4 gözlü hale getirilmiştir.)

Hemşirelerin ameliyat öncesi gece yarısından sonra besin/sıvı kısıtlaması uygulanmasını doğru bulma durumları ile mesleki deneyim süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Çizelge 4.12. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Gece Yarısından Sonra Besin/Sıvı Kısıtlaması Uygulamasını Doğru Bulma Durumunun Cerrahi Birimlerde Çalışma Süresi ile Karşılaştırılması

Cerrahi Birimlerde Çalışma Süresi	Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Gece Yarısından Sonra Besin/Sıvı Kısıtlaması Uygulamasını Doğru Bulma Durumu				Toplam	p değeri	x ² değeri
	Doğru	Doğru değil	Her hasta için doğru değil	Fikrim yok			
0-5 yıl	13 (%68.4)	3 (%15.8)	2 (%10.5)	1 (%5.3)	19 (%100)	p= 0.83	x ² = 0.11
6 yıl ve üzeri	12 (%60.0)	8 (%40.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	20 (%100)		
Toplam	25 (%64.1)	11 (%28.2)	2 (%5.1)	1 (%2.69)	39 (%100)		

(*p ve x² değerleri hesaplanırken kolonlar birleştirilerek tablo 4 gözlü hale getirilmiştir.)

Hemşirelerin ameliyat öncesi gece yarısından sonra besin/sıvı kısıtlaması uygulanmasını doğru bulma durumları ile cerrahi birimlerde çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Çizelge 4.13. Hemşirelere Göre Bazı Katı ve Sıvı Gıdaların Ameliyattan Ne Kadar Süre Önce Kısıtlanması Gerektiği (n:37)

	1 Saat	2 saat	4 saat	5saat	6 saat	8 saat	10 saat	12 saat	24 saat	Toplam
Katı gıda	-	-	-	-	4 (%10,8)	17 (%45,9)	5 (%13,5)	10 (%27)	1 (%2,7)	37 (%100)
Su	1 (%2,7)	2 (%5,4)	2 (%5,4)	1 (%2,7)	4 (%10,8)	21 (%56,8)	-	5 (%13,5)	1 (%2,7)	37 (%100)
Süt	-	-	3 (%8,1)	1 (%2,7)	3 (%8,1)	20 (%54,1)	1 (%2,7)	8 (%21,6)	1 (%2,7)	37 (%100)
Sütlü kahve	-	-	3 (%8,1)	1 (%2,7)	3 (%8,1)	21 (%56,8)	-	8 (%21,6)	1 (%2,7)	37 (%100)
Berrak sıvı	-	2 (%5,4)	1 (%2,7)	1 (%2,7)	7 (%18,9)	20 (%54,1)	-	5 (%13,5)	1 (%2,7)	37 (%100)

Hemşirelerin çoğunluğu sorguladığımız tüm besin maddelerinin ameliyattan 8 saat öncesine kadar alınabileceğini ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.14. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hastaların Sakız Çiğnemesine İlişkin Bilgileri (n:39)

	Bu konuda herhangi bir bilgin yok	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ameliyat öncesi dönemde hastaların sakız çiğneyebilirler mi?	39	100

Ameliyat öncesi sakız çiğneme ile ilgili servislerde herhangi bir rutin uygulamanın olmadığı ve hemşirelerin neredeyse tamamının da konu ile ilgili bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir. Bir hemşire ise sakız çiğnemenin sindirime yardımcı olacağı için çiğnenebileceğini belirtmiştir.

Çizelge 4.15. Hemşirelerin Ameliyat Sabahı Oral İlaçların Alımı ile İlgili Bilgileri (n:39)

	Ameliyattan 1-2 saat önce birkaç yudum su ile alabilirler.	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ameliyat sabah hastalar oral ilaçları ne kadar süre önce, ne kadar su ile alabilirler?	39	100,0

Hemşireler servisler de hastaların ameliyat sabahı 1-2 saat öncesine kadar birkaç yudum su ile ilaçlarını almalarına izin verilmekte olduğunu söylemişlerdir (%100). Hemşirelerin bu konu ile ilgili bilgileri sorgulandığında ise bilgilerinin servisteki uygulama ile aynı yönde olduğu görülmüştür (%100).

Çizelge 4.16. Hemşirelerin Çalıştıkları Servislerde Ameliyat Öncesi Dönemde Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Emzirmenin Kısıtlanma Süresi (n:21)

	Sayı	Yüzde
2 saat	1	4,7
3 saat	2	9,5
4 saat	15	71,4
6 saat	3	14,2
Toplam	21	100

Hemşirelerin çalıştıkları servislerde ameliyat öncesi dönemde emzirmenin anesteziye ne kadar süre önce kısıtlandığı sorgulandığında iki saat ile altı saat arasında değişen uygulamalar olduğu görülmekle birlikte çoğunlukla (%71,4) anesteziye 4 saat öncesinde emzirmenin kısıtlandığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.17. Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Emzirmenin Ameliyattan Ne Kadar Süre Önce Kısıtlanması Gerektiği ile İlgili Hemşirelerin Bilgileri (n:39)

	Sayı	Yüzde
3 saat	1	2,6
4 saat	15	38,5
5 saat	1	2,6
6 saat	5	12,8
8 saat	1	2,6
Bilmiyorum	16	41,0
Toplam	39	100

Çizelge 4.17.'de görüldüğü gibi hemşirelerin %38,5'i ameliyat öncesinde emzirmenin kısıtlanması süresini doğru bilmıştır.

Çizelge 4.18. Hemşirelerin Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Emzirmenin Ameliyattan Ne kadar Süre Önce Kısıtlanması Gerektiğine İlişkin Bilgi Durumu ile Hizmet İçi Eğitimlere Katılma Durumunun Karşılaştırılması

Hizmetiçi Eğitimlere Katılma Durumu	Hemşirelerin emzirmenin kısıtlanma süresini bilme durumu			P değeri	x ² değeri
	Biliyor	Bilmiyor	Toplam		
Katılıyor	11 (%37.9)	18 (%62.1)	29(%100)	p=1.00	x ² =0
Katılmıyor	4 (%40.0)	6 (%60.0)	10(%100)		
Toplam	15 (%38.5)	24 (%61.5)	39(%100)		

Hemşirelerin anne sütü ile beslenen bebeklerde emzirmenin kısıtlanma süresini bilme durumu ile hizmetiçi eğitimlere katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Çizelge 4.19. Hemşirelerin Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Emzirmenin Ameliyattan Ne kadar Süre Önce Kısıtlanması Gerektiğine İlişkin Bilgi Durumu ile Mesleki Bilimsel Yayın Takip etme Durumunun Karşılaştırılması

Mesleki Bilimsel Yayın Takip Etme	Hemşirelerin emzirmenin kısıtlanma süresini bilme durumu		Toplam	P değeri	x ² değeri
	Biliyor	Bilmiyor			
Ediyor	3 (%27.3)	8 (%72.7)	11(%100)	p=0.47	x ² =0.54
Etmiyor	12 (%42.9)	16 (%57.1)	28(%100)		
Toplam	15 (%38.5)	24 (%61.5)	39(%100)		

Hemşirelerin anne sütü ile beslenen bebeklerde emzirmenin kısıtlanma süresini bilme durumu ile mesleki bilimsel yayın takip etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.20. Hemşirelerin Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Emzirmenin Ameliyattan Ne kadar Süre Önce Kısıtlanması Gerektiğine İlişkin Bilgi Durumu ile Mesleki Deneyim Sürelerinin Karşılaştırılması

Mesleki Deneyim Süresi	Hemşirelerin emzirmenin kısıtlanma süresini bilme durumu		Toplam	P değeri	x ² değeri
	Biliyor	Bilmiyor			
0-5 yıl	6 (%46.2)	7 (%53.8)	13(%100)	p=0.72	x ² =0.48
6 yıl ve üzeri	9 (%34.6)	17 (%65.4)	26(%100)		
Toplam	15 (%38.5)	24 (%61.5)	39(%100)		

Hemşirelerin anne sütü ile beslenen bebeklerde emzirmenin kısıtlanma süresini bilme durumu ile mesleki deneyim süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.21. Hemşirelerin Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerde Emzirmenin Ameliyattan Ne kadar Süre Önce Kısıtlanması Gerektiğine İlişkin Bilgi Durumu ile Cerrahi Birimlerde Çalışma Sürelerinin Karşılaştırılması

Cerrahi Birimlerde Çalışma Süresi	Hemşirelerin emzirmenin kısıtlanma süresini bilme durumu			P değeri	x ² değeri
	Biliyor	Bilmiyor	Toplam		
0-5 yıl	7 (%36.8)	12 (%63.2)	19(%100)	p=0.100	x ² =0
6 yıl ve üzeri	8 (%40.0)	12 (%60.0)	20(%100)		
Toplam	15 (%38.5)	24 (%61.5)	39(%100)		

Hemşirelerin anne sütü ile beslenen bebeklerde emzirmenin kısıtlanma süresini bilme durumu ile cerrahi birimlerde çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Çizelge 4.22. Hemşirelerin Ameliyata Girme Süresi Uzadığında Hastalara Ağızdan Sıvı Verme Gerekliliğine İlişkin Düşünceleri

	Sayı	Yüzde
Verilmeli	21	53,8
Verilmemeli	12	30,8
Fikrim yok	6	15,4
Toplam	39	100

Hemşirelerin %53.8'i hastaların ameliyata girme süreleri uzadığında sıvı verilmesi gerektiğini belirtmekle birlikte, hastaların ameliyat saatlerinin belli olmaması nedeni ile herhangi bir girişimde bulunamadıklarını belirtmişlerdir. 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.

Çizelge 4.23. Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlaması İle İlgili Hastalara Kimin/kimlerin Bilgi Verdğine İlişkin Hemşirelerin İfadeleri

	Sayı	Yüzde
Hemşire	29	74,4
Hemşire ve cerrah	5	12,6
Hemşire, cerrah, anesteziist	5	12,8
Toplam	39	100,0

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tamamı ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili hastaların bilgilendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (%100). Hemşirelerin %74,4'ü ameliyat öncesi dönemde besin/sıvı kısıtlaması uygulaması ile ilgili bilgiyi hemşirenin verdiğini ifade etmiştir.

Çizelge 4.24. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlaması ile İlgili Bilginin Hastalara Kim/Kimler Tarafından Verilmesi Gerektiğine İlişkin Düşünceleri

	Sayı	Yüzde
Hemşire	6	15,4
Cerrah	8	20,5
Anesteziist	13	33,3
Hemşire ve Cerrah	5	12,8
Hepsi	7	17,9
Toplam	39	100,0

Hemşirelerin %33,3'ü bilgilendirmenin anesteziist tarafından yapılması gerektiğini belirtirken, %20,5'i cerrah, %15,4'ü hemşire, %12,8'i hemşire ve cerrah, %17,9 u hemşire, cerrah ve anesteziistin birlikte vermesi gerektiğini ifade etmiştir. Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili bilgiyi hemşirenin vermesi gerektiğini düşünenler, hemşirelerin hasta ile daha çok zaman geçirdiği için; cerrahların vermesi gerektiğini düşünenler, cerrahların hastayı daha iyi tanıdıkları için; anesteziistin vermesi gerektiğini düşünenler, anesteziyi uygulayan kişi anesteziist olduğu için bu konu ile ilgili bilgiyi vermesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin tamamı (%100) ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili olarak, hastalara sadece ameliyat olacakları için gece saat 24.00'dan sonra hiç bir şey yememeleri ve içmemeleri gerektiğinin söylendiğini belirtmiştir.

Çizelge 4.25. Hemşirelere Göre Hastaların Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasının Nedenini Anlama Durumu

	Sayı	Yüzde
Anlıyorlar	24	61,5
Anlamıyorlar	15	38,5
Toplam	39	100,0

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.

Çizelge 4.26. Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Dönemde Hastalar Tarafından Kendilerine İletilen Rahatsızlıklara İlişkin İfadeleri

	Sayı	Yüzde
Acıkma, susama	19	48,7
Ameliyat geciktiği için öfke	1	2,6
Kendin kötü hissetme	1	2,6
Cevap vermeyen	18	46,2
Genel Toplam	39	100,0

Hemşirelere göre hastalar ameliyat öncesi dönemde genellikle (%48,7) açlık ve susuzluktan dolayı rahatsızlıklarını dile getirmektedirler.

Çizelge 4.27. Hemşirelerin Besin/Sıvı Kısıtlaması ile İlgili Son Bilimsel Verilerin Uygulanabilmesine İlişkin Düşünceleri

	Sayı	Yüzde
Uygulanabilir	32	82,1
Uygulanamaz	7	17,9
Toplam	39	100,0

Hemşirelerin %82,1'i besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili son bilimsel verilerin uygulanabileceğini ifade ederken, %17,9'u uygulanamayacağını belirtmiştir. Uygulanamayacağını düşünen hemşirelerin gerekçelerine bazı örnekler aşağıda verilmiştir;

- *'İnsanların yemelerine izin verdiğimizde aşırıya gideceklerini düşünüyorum, bu nedenle sakıncalı buluyorum.'*

- *'Burada bu uygulama anestezini kararı ile gerçekleştiriyor, bizim karar verebileceğimiz bir konu değil.'*

- *'Uygulanabileceğini sanmıyorum, yanlış anlaşılmalara neden olabilir.'*

- *'Uygulanamaz, hastaların sosyo-kültürel seviyeleri düşük olabiliyor, biz 6 saate kadar ye dersek, onlar sonuna kadar yiyebilirler.'*

4.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Deneyimlerine Ait Bulgular

Çizelge 4.28. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

TANITICI ÖZELLİKLER	SAYI	YÜZDE
Yaş		
21-42 yaş	31	32.3
43-56 yaş	30	31.3
57-81 yaş	35	36.5
Toplam	96	100.0
Cinsiyet		
Erkek	36	37.5
Kadın	60	62.5
Toplam	96	100.0
Eğitim Durumu		
İlkokul	46	47.9
Ortaokul	10	10.4
Lise	13	13.5

Üniversite	5	5.2
Okur yazar	3	3.1
Hiç okula gitmemiş	19	19.8
Toplam	96	100.0
Ameliyat Türü		
İnguinal herni onarımı	30	31.2
Hiatus herni onarımı	6	6.2
Kolesistektomi	6	6.3
Laparoskopik kolesistektomi	23	23.9
Mastektomi	8	8.4
Troidektomi	17	17.7
Diğer	6	6.1
Toplam	96	100.0
Önceden Geçirilmiş Ameliyat		
Var	46	47.9
Yok	50	52.1
Toplam	96	100.0

Araştırma kapsamına alınan hastaların %62,5'i (n:60) erkektir. Yaş ortalaması 49,87±14,8dir (an az:21, en çok: 81). Hastaların %47,9' u ilkokul 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.

Çizelge 4.29. Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Aç Kalma Süreleri

	Sayı	Yüzde
8-10 saat	41	42,7
11-15 saat	55	57,3
Toplam	96	100,0

Cerrahi servislerde hastalar rutin olarak gece saat 24:00'den sonra aç bırakılmaktadırlar. Hastalar ameliyat saatine kadar ortalama $11,12 \pm 2,35$ saat aç kalmaktadırlar (an az:8 saat, en fazla: 15 saat).

Çizelge 4.30. Hastaların Besin/sıvı Almayı Bırakma Zamanı

Soru	Minimum saat	Maksimum saat	Ortalama saat	Median
Ameliyattan kaç saat önce bir şeyler yemeyi bıraktınız?	9	24	$14,69 \pm 3,11$	14,00
Ameliyattan kaç saat önce bir şeyler içmeyi bıraktınız?	9	24	$13,64 \pm 3,10$	13,00

Çizelge 4.30.'da görüldüğü gibi hastalar ameliyattan en az 9 saat, en fazla 24 saat önce besin/sıvı alımını bırakmaktadırlar.

Çizelge 4.31. Hastaların Besin/Sıvı Kısıtlaması Nedenlerini Bilme Durumu (n:96)

	Sayı	Yüzde
Biliyor	24	25.0
Bilmiyor	72	75.0
Toplam	96	100.0

Hastaların %72'si ameliyat öncesi neden aç kaldığını bilmemektedir. Aşağıdaki örneklerde hastaların konu ile ilgili yorumlarından birkaçı bulunmaktadır;

-Ameliyat sırasında kusmamam için aç kalmam gerekiyor, ama 'kusarsam ne olur' bilmiyorum.

-Evet biliyorum nefes boruma yemek kaçmaması için

-Ameliyat olacağım için doktorların, hemşirelerin söylediğini yaptım

-Ameliyat olacağım için yememem gerekiyor, yersem ameliyat olamam

-Tuvaletim gelmesin diye

-Evet, yemeklerin ciğerlerime kaçmaması için, anestezi kağıdında okudum, ondan biliyorum, ama okuyamayanlarda olabilir, herkese bunların anlatılması gerekir bence

-Ameliyat olacağım için bağırsaklarımın boş olması gerekiyor

-Bilmiyorum, ama neden aç kaldığımı öğrenmek isterdim.

Çizelge 4.32. Hastaların Besin/Sıvı Kısıtlaması ile İlgili Bilgiyi Kimin Verdiğine İlişkin İfadeleri (n:96)

	Sayı	Yüzde
Hemşire	66	68.8
Cerrah	24	25.0
Hemşire ve Cerrah	6	6.3
Toplam	96	100.0

Hastaların çoğunluğu (%68,8) ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin bilgiyi hemşirelerin verdiğini ve hastaların tamamı (%100) verilen bilginin sadece *gece saat 24:00'dan sonra hiçbir şey yememeleri ve içmemeleri gerektiğini* içermekte olduğunu ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.33. Hastaların Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Verilen Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu (n:96)

	Sayı	Yüzde
Yeterli	39	40.6
Yeterli değil	57	59.4
Toplam	96	100.0

Hastaların %40,6'sı verilen bilgiyi yeterli bulmakta, %59,6'ı yeterli bulmamaktadır.

Çizelge 4.34. Hastaların Ameliyat Sonrası Ağızdan Besin Almaya Başlama Süreleri (n:96)

	Sayı	Yüzde
6 saat	70	72.9
8 saat	26	27.1
Toplam	96	100.0

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.

Çizelge 4.35. Hastaların Ameliyat Öncesi Rahatsızlık Puanları

	Açlık	Susuzluk	Baş ağrısı	Endişe
Ortalama puan	3.12	4.44	1.57	6.04
En az puan	0	0	0	0
En çok puan	10	10	10	10
Standart sapma	3.17	3.17	2.83	3.33

Ameliyat öncesi dönemde hastaları endişe puanı ortalamasının açlık ($p=0.00$), susuzluk ($p=0.00$), ve baş ağrısı ($p=0.00$) ortalamalarından daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Ameliyat öncesi susuzluk puanı ortalaması ile açlık ($p=0.00$) ve baş ağrısı ($p=0.00$) puanı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup susuzluk puanı daha yüksektir. Ameliyat öncesi açlık puanı ortalamasının ameliyat öncesi baş ağrısı puanı ortalamasından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.00$). Hastaların ameliyat öncesi susuzluk puanları ile ameliyat öncesi aç kalma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p=0.001$), cinsiyet ($p=0.11$), yaş ($p=0.84$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.13$), besin/sıvı kısıtlamasının sebebini bilme durumu ($p=0.69$) ile ameliyat öncesi susuzluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ameliyat öncesi açlık puanı ortalaması ile cinsiyet ($p=0.57$), yaş ($p=0.26$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.26$), ameliyat öncesi aç kalma süresi ($p=0.058$) ve neden aç kaldığını bilme durumu ($p=0.58$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ameliyat öncesi başağrısı puanı ortalaması ile ameliyat öncesi aç kalma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p=0.01$), cinsiyet ($p=0.43$), yaş ($p=0.154$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.44$), neden aç kaldığını bilme durumu ($p=0.65$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ameliyat öncesi endişe puanı ile cinsiyet ($p=0.15$), yaş ($p=0.16$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.39$), aç kalma süreleri ($p=0.26$) ve neden aç kaldığını bilme durumu ($p=0.15$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Çizelge 4.36. Hastaların Ameliyat Sonrası Rahatsızlık Puanları

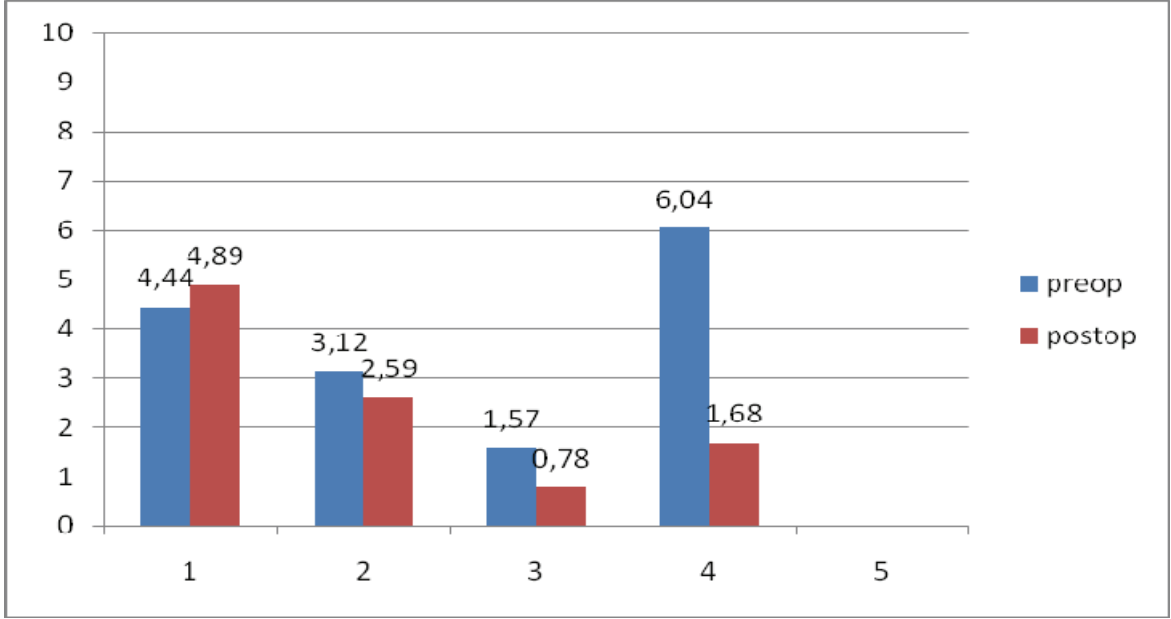
	Açlık	Susuzluk	Baş ağrısı	Endişe
Ortalama puan	2,59	4,86	0,78	1,68
En az puan	0	0	0	0
En çok puan	10	10	9	10
Standart Sapma	2.84	3.38	1.79	2.26

Ameliyat sonrası susuzluk puanı ortalamasının açlık ($p=0.00$), baş ağrısı ($p=0.00$) ve endişe ($p=0.00$) puanları ortalamalarından daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Hastaların ameliyat sonrası susuzluk puanları ile yaş ($p=0.34$), cinsiyet, ameliyat ($p=0.07$) öncesi aç kalma süresi ($p=0.55$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.055$), neden aç kaldığını bilme durumu ($p=0.50$), ve ameliyat sonrası ağızdan beslenmeye başlama süreleri ($p=0.08$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Hastaların ameliyat sonrası açlık puanları ile cinsiyet ($p=0.15$), yaş ($p=0.39$), ameliyat öncesi açlık süresi ($p=0.73$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.20$), neden aç kaldığını bilme durumu ($p=0.56$) ve ameliyat sonrası ağızdan beslenmeye başlama süreleri ($p=0.10$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Hastaların ameliyat sonrası baş ağrısı puanları ile yaş ($p=0.82$), cinsiyet ($p=0.89$), ameliyat öncesi açlık süresi ($p=0.49$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.08$), neden aç kaldığını bilme durumu ($p=0.17$) ve ameliyat sonrası ağızdan beslenmeye başlama süreleri ($p=0.97$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Hastaların ameliyat sonrası endişe puanları ile ameliyat sonrası ağızdan beslenmeye başlama süreleri ($p=0.00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken, yaş ($p=0.99$), cinsiyet ($p=0.36$), ameliyat öncesi aç kalma süreleri ($p=0.66$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.49$) ve neden aç kaldığını bilme durumu ($p=0.54$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Çizelge 4.37. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması

	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası
Açlık puanı ortalaması	3.12	2,59
Susuzluk puanı ortalaması	4,44	4,86
Baş ağrısı puanı ortalaması	1,57	0,78
Endişe puanı ortalaması	6,04	1,68

Grafik 4.1.Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Rahatsızlık Puanlarının Karşılaştırılması



Hastaların ameliyat öncesi susuzluk puanları ile ameliyat sonrası susuzluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.19$), Hastaların ameliyat öncesi açlık puanları ile ameliyat sonrası açlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.08$). Hastaların ameliyat öncesi baş ağrısı puanları ile ameliyat sonrası baş ağrısı puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.00$). Hastaların ameliyat öncesi endişe puanları ile ameliyat sonrası endişe puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.00$).

5.TARTIŞMA

Genel anestezi sırasında anestetik ajanların etkisiyle akciğerleri koruma fonksiyonu olan refleksler zayıflayabilmekte ve bu sebeple ölüme kadar giden ciddi sağlık problemlerine yol açan pulmoner aspirasyon gelişebilmektedir (Stuart, 2006). Ameliyat sırasında mide içeriğinin akciğerlere aspirasyon riskini azaltmak amacıyla ameliyat öncesi dönemde besin/sıvı kısıtlaması uygulanmaktadır. Çalışmamız kapsamındaki hemşirelerin %74,4'ü besin/sıvı kısıtlamasının sebebinin pulmoner aspirasyon olduğunu belirtirken, %25,6'sı yanlış cevap vermiş yada bilmediğini belirtmiştir. Baril and Portman'ın çalışmasında da bu sonuca benzer olarak hemşirelerin %74'ü besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesinin aspirasyon ve olası komplikasyonları önlemek olduğunu ifade etmiştir. Woodhouse (2006)'ın ise çalışmasında hemşirelerin tamamı genel anestezinin mide içeriğinin aspirasyonu ve kusma açısından risk taşıdığını belirtmişlerdir. Besin/sıvı kısıtlamasının sebebini bilme ile hizmet içi eğitimlere katılma durumu, mesleki bilimsel yayın takip etme durumu, mesleki deneyim süresi ve cerrahi birimlerde çalışma süresi arasında bir fark saptanmamıştır.($p>0,05$)

Mevcut bilgiler ameliyat öncesi uzun açlık sürelerinin hastalarda fizyolojik ve psikolojik olarak çeşitli rahatsızlıklara neden olduğunu ve gereksiz bir uygulama olduğunu göstermektedir. Geleneksel olarak hastalar ameliyat öncesi gece yarısından sonra aç bırakılmaktadır. Ülkemizde ve Dünya'nın bir çok yerinde yaygın olarak bu yaklaşım uygulanmaktadır. 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 bulunduğu 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 and Winslow(2002) ortalama açlık sürelerinin 12-14 saat olduğunu, bu sürenin katılar için 37, sıvılar için 20 saate kadar uzayabildiğini

bulmuştur. Furrer et al.(2006) ortalama açlık sürelerini katılar için 15,5 saat ve sıvılar için 12,8 olarak bulmuştur. Hemşirelerin %64,1'i hastaların bu kadar uzun süre aç kalmasını doğru bulduğunu ifade etmiştir. Hemşireler bu uygulamanın anestezi sırasında aspirasyon riskini önlemek için gerekli bir uygulama olduğunu belirtmişlerdir. Stuart (2006) çalışmasında sağlık ekibinin gece yarısından sonra aç bırakmanın hastaların güvenliğini sağladığına inandıklarını bulmuştur. Bizim çalışmamızda mevcut uygulamayı doğru bulmadıklarını ifade eden hemşireler gerekçe olarak; bu yaklaşımın gereksiz ve yanlış bir uygulama olduğunu (n:5), hastaların dehidrate olabileceğini (n:4) ve hastaların bu kadar uzun süre aç kalmak istemeyeceklerini (n:2) belirtmişlerdir. 2 hemşire ise uygulamanın kronik hastalar için uygun olmadığını ifade etmiştir. Hemşirelerin hastaları gece yarısından sonra aç bırakma uygulamasını doğru bulmaları ile mesleki deneyim, cerrahi birimlerde çalışma süreleri ve besin/sıvı kısıtlamasının sebebini doğru bilmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur($p>0,05$). Çalışmanın sonuçlarından da anlaşılacağı gibi hemşirelerin bir kısmı bu uygulamanın gereksiz ve yanlış bir uygulama olduğunu bilmekte fakat yetkilerinin kısıtlı olmasından dolayı karar verme mekanizmalarında rol alamadıklarından bilgilerini hayata geçirememektedirler.

Hastaların uzun süre aç kalmalarının olumsuz etkileri fark edilmeye başlandıktan sonra birçok anestezi 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 sonuca benzer olarak hemşirelerin yeni uygulamalarla ilgili bilgilerinin sınırlı olduğunu belirlemiştir. Woodhouse(2006)'ın çalışmasında ise hemşirelerin büyük çoğunluğu katılar için 8 saat, berrak sıvılar için ise 4-6 saatlik kısıtlamanın yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %38,4'ü ameliyattan 4 saat öncesine kadar bebeklerin emzirilebileceğini belirtmişlerdir. Diğerleri yanlış cevap vermiş yada bilmediklerini ifade etmişlerdir. Anne sütünün kısıtlama süresini bilme ile hizmet içi eğitimlere katılma durumu, bilimsel yayın takip etme durumu, mesleki deneyim süresi ve cerrahi birimlerde çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

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. Dubin et al(1994) çalışmalarında anestezi uygulaması öncesinde sakız çiğnemenin tükürük salgısını uyardığını fakat mide volümü yada asiditesini artırmadığını bulmuşlardır. RCN (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 oral premedikasyonların ameliyattan 1-2 saat önce, 150 ml. su ile yapılabileceği belirtilmiştir.

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 and Portman tarafından 2007 yılında yapılan bir çalışmada anestezi teknisyenleri ve hemşireler hastaların ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini yeterince kavrayamadıkları, eğer ameliyat öncesi su içmelerine izin verilirse bunun karışıklığa neden olacağını ve hastaların kısa açlık sürelerine uyum sağlamada güçlük yaşayacaklarını belirtmişlerdir (Baril and Portman, 2007).

Tüm hastaların kendilerine yapılan uygulamalar hakkında tam ve doğru bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bilgilendirme hastaların uyumlarını arttırmakta ve anksiyetelerini azaltmaktadır. Anksiyeteyi azaltmak da hemşirenin önemli görevlerindedir. Çünkü anksiyete ağrıyı artıran ve iyileşmeyi geciktiren bir durumdur. Bu çalışma kapsamındaki hastaların % 40,6'sı sağlık ekibi tarafından besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin kendilerine verilen bilgiyi yeterli bulurken, %59,4'ü yetersiz olduğunu, neden aç bırakıldıklarına ilişkin daha ayrıntılı bilgi verilmesi gerektiğini düşünmektedirler. Hastalara verilen bilgi yalnızca gece 24'den hiçbir şey yememeleri ve içmemeleri gerektiğini içermektedir ve hemşirelerin ve hastaların bir kısmı da bu bilginin yeterli olmadığını belirtmişlerdir.

Capman (1996) cerrahi hastalarının %85'inin ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması nedeni ile ilgili bilgi almadıklarını, %31'inin aç kalmanın nedenini bilmediklerini saptamıştır. Bizim çalışmamızda ise hastaların % 75'inin besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini bilmediği bulunmuştur. Hemşirelerin %61,5'i hastaların besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesini anladıklarını, %38,5'i ise anlamadıklarını belirtmişlerdir. Yedi hemşire hastalara yeterli bilgi verilmediği için hastaların anlamadıklarını, 2 hemşire sosyo-kültürel seviyeleri yeterli olmadığı için anlamadıklarını ifade etmiştir. Bir hemşireye göre hastaların anlamamasında bu iki nedende geçerlidir. Yeterli bilgilendirilmeme hastaların endişelerini ve kafalarındaki soru işaretlerini artırabilmektedir. Bizde çalışma kapsamındaki hemşirelere hastaların ameliyat öncesi aç kaldıkları dönem içerisinde kendileriyle daha çok neleri paylaştıklarını sorguladığımızda; hastaların çoğunlukla acıkma ve susama ile ilgili şikayetlerini paylaştıkları ortaya çıkmıştır.

Hemşirelerin yapılan uygulamalarla ilgili hastalarına doğru ve eksiksiz bilgi verebilmeleri için mesleki bilgilerini sürekli güncellemeleri gerekmektedir. Bunun yolu da bilimsel yayınları takip etmeleri ve eğitim toplantılarına katılmaları ile mümkün olabilir. Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %28,2'si mesleki bilimsel yayınları takip ettiğini belirtmiştir. Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması ile ilgili bilimsel yayın okuma oranı ise %5,1'dir. Hemşireler, hemşirelikle ilgili yayınların azlığı yada ulaşamama gibi nedenlerle bilimsel yayınları takip edemediklerini ifade etmişlerdir. Woodhouse (2006)'ın çalışmasında hemşirelerin ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin yayın okuma durumları sorguladığında; hemşirelerin bu konu ile ilgili yayın okumadıklarını belirlemiştir. Hemşirelerin %74,4'ü hastanede yapılan hizmet içi eğitimlere katıldıklarını belirtmişlerdir. Bilimsel kongre, sempozyum vb. katılım oranı ise %28,2'dir.

Çalışmalar uzun süren ameliyat öncesi açlık döneminin hastalarda, huzursuzluk, baş ağrısı, dehidratasyon, hipovolemi ve hipoglisemi gibi istenmeyen sonuçlara neden olduğunu göstermektedir (Hung,1992; Madsen et al,1998; Watson et al, 2002 alıntı Tudor, 2006). Çalışmanın yapıldığı hastanede hemşireler tarafından hastaların ameliyata girme saatinin genellikle belli olmadığı belirtilmiştir. Hemşirelerin %63,6'sı ameliyat saati uzadığında hastalara sıvı vermenin gerekli olduğunu düşünmekte, %36,4'ü gerekli olmadığını düşünmektedir.

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında besin/sıvı kısıtlamasından etkilenebilecek bazı rahatsızlıkları 0-10 arası puanların bulunduğu sayısal ölçek ile ölçülmüştür. Hastaların ameliyat öncesi susuzluk puanları ortalaması 4,44±3.17, ameliyat sonrası susuzluk puanları

ortalaması $4,89 \pm 3.38$ 'dir. Ameliyat öncesi ve sonrası susuzluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,19$). Ameliyat öncesi susuzluk puanları ile ameliyat öncesi aç kalma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p=0.00$), ameliyat öncesi susuzluk puanı ile cinsiyet ($p=0.11$), yaş ($p=0.84$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.13$) ve besin/sıvı kısıtlamasının nedenini bilme durumu ($p=0.69$) arasında anlamlı bir fark yoktur. Ameliyat sonrası susuzluk puanları ile cinsiyet ($p=0.07$), yaş ($p=0.08$), ameliyat öncesi aç kalma süresi ($p=0.55$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.055$), besin/sıvı kısıtlamasının nedenini bilme durumları ($p=0.50$) ve ameliyat sonrası ağızdan beslenmeye başlama süreleri $p=(0.08)$ arasında anlamlı bir fark yoktur . Hastaların ameliyat öncesi açlık puanları ortalaması $3,12 \pm 3.17$, ameliyat sonrası açlık puanları ortalaması $2,56 \pm 2.84$ 'dur. Ameliyat öncesi ve sonrası açlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.08$). Ameliyat öncesi açlık puanları ile cinsiyet ($p=0.57$), yaş ($p=0.0.26$), ameliyat öncesi aç kalma süresi ($p=0.058$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.26$), besin/sıvı kısıtlamasının nedenini bilme durumları ($p=0.58$) arasında anlamlı bir fark yoktur. Ameliyat sonrası açlık puanları ile cinsiyet ($p=0.15$), yaş ($p=0.39$), ameliyat öncesi aç kalma süresi ($p=0.73$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.20$), besin/sıvı kısıtlamasının nedenini bilme durumları ($p=0.56$) ve ameliyat sonrası ağızdan beslenmeye başlama süreleri ($p=0.10$) arasında anlamlı bir fark yoktur. Ameliyat öncesi baş ağrısı puanları ortalaması $1,57 \pm 2.83$, ameliyat sonrası baş ağrısı puanları ortalaması $0,78 \pm 1.79$ 'dir. Ameliyat öncesi baş ağrısı puanının ameliyat sonrası baş ağrısı puanından daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.00$). Ameliyat öncesi baş ağrısı puanı ortalaması ile ameliyat öncesi aç kalma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p=0.01$), cinsiyet ($p=0.43$), yaş ($p=0.154$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.44$), neden aç kaldığını bilme durumu ($p=0.65$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Hastaların ameliyat sonrası baş ağrısı puanları ile yaş ($p=0.82$), cinsiyet ($p=0.89$), ameliyat öncesi açlık süresi ($p=0.49$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.08$), neden aç kaldığını bilme durumu ($p=0.17$) ve ameliyat sonrası ağızdan beslenmeye başlama süreleri ($p=0.97$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ameliyat öncesi endişe puanları ortalaması $6,04 \pm 3.33$, ameliyat sonrası endişe puanları ortalaması $1,68 \pm 2.26$ 'dir. Ameliyat öncesi endişe puanlarının ameliyat sonrası endişe puanlarından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.00$). Ameliyat öncesi endişe puanı ile cinsiyet ($p=0.15$), yaş ($p=0.16$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.39$), aç kalma süreleri ($p=0.26$) ve neden aç kaldığını bilme durumu ($p=0.15$) arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Hastaların ameliyat sonrası endişe puanları ile ameliyat sonrası ağızdan beslenmeye başlama süreleri ($p=0.00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken, yaş ($p=0.99$), cinsiyet ($p=0.36$), ameliyat öncesi aç kalma süreleri ($p=0.66$), önceden ameliyat olma durumu ($p=0.49$) ve neden aç kaldığını bilme durumu ($p=0.54$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ameliyat öncesi rahatsızlık puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Hastaların ameliyat öncesi dönemde en yüksek puanları endişe daha sonrada susuzluk puanlardır. Hastaların ameliyat sonrası rahatsızlık puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ameliyat sonrası dönemde hastaların susuzlukla ilgili puanları diğerlerinden yüksektir.Yapılan başka bir çalışmada hastaların susuzluktan kaynaklı rahatsızlıklarının; yemek yiyememek, uykusuzluk ve endişeden daha fazla olduğu bulunmuştur (Madsen et al., 1998).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ameliyat öncesi hazırlık kapsamında yer alan uygulamalardan birisi de mide içeriğinin akciğerlere aspirasyonunu önlemek amacıyla uygulanan besin/sıvı kısıtlamasıdır. Ülkemizde ve Dünya 'da birçok sağlık kuruluşunda geçerli olan geleneksel uygulama hastaların gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey almamaları şeklindedir. Bu konuda yurt dışında bir çok çalışma yapılmış ve uzun süreli aç bırakmanın aspirasyon riskini azaltmamakla birlikte bazı psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklara yol açtığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Çeşitli profesyonel anestezi grupları daha kısa açlık sürelerini öneren kanıta dayalı ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması kılavuzları yayınlamıştır. Bu çalışmanın yapıldığı hastanede de ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlaması uygulaması hastaların gece yarısından (24:00) sonra ağızdan hiçbir şey almamaları şeklindedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin son bilimsel verilerden haberdar olmadıkları ve çoğunluğunun geleneksel yaklaşımı uyguladıkları bulunmuştur. Hastaların ortalama açlık süreleri 11,12 saattir. Ancak en son yemek yedikleri saat sorgulandığında bu sürenin 24 saate kadar uzadığı görülmüştür. Çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi dönemde susuzluk ve anksiyete, ameliyat sonrası dönemde susuzluk puanları yüksek bulunmuştur. Ameliyat öncesi susuzluk puanı ve ameliyat öncesi baş ağrısı puanı ile aç kalma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

1. Bu konuda Türkiye'de daha kapsamlı deneysel çalışmaların yürütülmesi,
2. Hastane yönetimi tarafından hemşirelerin kendi alanlarında mesleki bilgilerini geliştirmelerine katkı sağlayacak bilimsel faaliyetlere katılma olanaklarının desteklenmesi,
3. Hemşirelerin mesleki eğitimleri sırasında kendi alanlarına giren uygulamalarında sorgulayıcı, yeniliğe açık, sorumluluklarının farkında olarak yetiştirilmesi,
4. Hastanelerde tüm sağlık disiplinlerinin işbirliği içerisinde birlikte gelişmelerine izin verebilecek ortamların geliştirilmesi,
5. Bu konu ile hemşirelerin bilgilendirilmesi,
6. Hemşirelerin hastalara besin/sıvı kısıtlamasının gerekçesi konusunda doğru ve yeterli bilgi verilmesi için bilinçlendirilmesi,

7. Bilimsel veriler doğrultusunda ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasının düzenlenmesi.

KAYNAKLAR

- Asai, t. (2004) Editorial 2: Who is at increased risk of pulmonary aspiration? *British Journal of Anaesthesia*. 93(4): 497-500.
- Baril, P., Portman., H.(2007) Preoperative Fasting: Knowledge and Perceptions. *Aorn Journal*, 86(4): 609-617.
- Braddy, M., Kinn; S., Stuart, P. (2003) Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complication. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Chapman, A. (1996) Current theoryand practice: a study of preoperative fasting. *Nursing Standard*. 10(18): 33-36.
- Crenshaw J.T., Winslow, E.H. (2002) Preoerative fasting:old habits die hard. *American Journal of Nursing*. 102(5): 36-44.
- Cook, T., Asai, R. (2005) Who is at increased risk of pulmonary aspiration. *British Journak of Anaesthesia*. 94(5): 690-691.
- Dubin, S.A., Jense, H., G., McCranie, J., M., Zubar, V. (1994) Sugarless gum chewing before surgery does not incease gastric fluid volume or acidity. *Canadian Journal oj Anaesthesia*. 41(7): 306-606.
- Esener, Z.(1991) Klinik anestezi. *Logos Yayıncılık*. S:441-442.
- Erengül, A. (1992) Anesteziyoloji ve reanimasyon, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri, s:229-230.
- Ersoy, E.,Haldun,G.(2005) Proeoperatif açlıkta değişen kavramlar.*Ulusal Cerrahi Dergisi*, 23(1): 35-40.
- Hausel, J., Nygren, J., Lagerkranser, M., Hellström, M., Hammarqvist, F., Almström, C., Lindh, A., Thorell, A., Ljungqvist, O. (2001) A carbohydrate-rich drink reduces preoperative discomfort in elective surgery patients. *Anesthesia & Analgesia* 93: 1344-1350.
- 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., H., It, T.(1998) Guidelines on preoperative fasting. Chapter of Anaesthesiologists Academy of Medicine, Malaysia.
- Kallar, S., K., Everett, L., L.(1993) Potential risks and preventive measures for pulmonary aspiration: new concepts in preoperative fasting guidelines. *Anesthesia& Analgesia*. 77: 171-182.
- Kluger, M., T., Visvanathan, t., Myburgh, J., A., Westhorpe, R., N. (2005) Crisis management during anaesthesia: regurjitation, vomiting and aspiration. *Quality & Safety Health Care*. 14: e4
- Kluger, M., T., Short, T., G. (1999) Aspiration during anaesthesia: a review of 133 cases from the Australian Anaesthetic Incident Monitoring Study(AİMS) *Anaesthesia*. 54: 19-26.
- Levy, D., M. (2006).Pre-operative fasting-60 years on from Mendelson. *Critical Care&Pain*. 6(6): 215-218.
- Lincoln, M., V. (1957) Aspiration of gastric contents under anesthesia. *CaliforniaMedical Association*. 87(6): 403-407.
- Ljunqvist, O., Soreide, E. (2003) Preoperative fasting. *British Journal of Surgery*. 90: 400-406.
- Ljungqvist, O., Nygren, J., Thorell, A. (2001) Preoperative nutrition-elective surgery in the fed or overnight fasted state. *Clinical Nutrition*.20: 167-171.

- Lorch, A. (2007) Implementation of fasting guidelines through Nursing leadership. *Nursing Times*. 103(18): 30-31.
- Love, C. (2002) Fasting the patient before operation. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 6:41-48.
- Madsen, M., Brosnan, J., Nagy, V.,T.(1998) Perioperative thirst: a patient perspective. *Perianaesthesia Nursing* 13(4): 225-228.
- Maltby, R. (1993) New guidelines for preoperative fasting. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 40(5): 113-117.
- Maltby, J. R., (2006) Fasting from midnight-the behind the dogma. *Best Practise & Research Clinical Anaesthesiology*, 20(3): 363-378.
- Maltby, J.,R., Sutherland 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., (2000) Pre-operative fasting guidelines. *Update in Anaesthesia*. 12(2000): 1-2
- Maltby, J. R., Lewis, P., Martin, A., Shutherland, L.R.(1991) Gastric fluid volume and pH in elective patients following unrestricted oral fluid until three hours before surgery. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 38: 425-429.
- Mendelson, C., L.(1946) The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. *Am. J. Obst & Gynec*. 52: 191-205.
- 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.
- Murpy, 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 Anesthesia*. 12(1): 48-51.
- Nygren, J., Thorell, A., Ljungqvist, O. (2007) Are there any benefits from minimizing fasting and optimization of nutrition and fluid management for patients undergoing day surgery? *Current Opinion in Anaesthesiology*. 20: 540-544.
- Nygren, J.,Thorell, A., Jacobsson, H., Larsson, S., Schnell, P., Hylén, L., Ljungqvist, O. (1995). Preoperative Gastric Emptying. Effects of Anxiety and Oral Carbonhydrate Administration. *Annals of Surgery* 222(6): 728-734.
- Nygren, J., Thorell, A., Jacobsson, H., Larsson, S., Schnell. P., Hylén, L., Ljungqvist, O. (1995) Preoperative gastric emptying. *Annals of Surgery*. 222(6): 728-734.
- O'Callaghan, N. (2002) Preoperative fasting. *Nursing Standard*. 36(16): 33-37.
- 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 practice? *European Journal of Anaesthesiology*. 16(8):565-568.
- Rabey, P.,G., Murphy, P., J., Langton, J. A., Barker, P. ,Rowbotham, D., J.(1992) Effect of the laryngeal mask airway on lower oesophageal sphincter pressure in patients during general anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*. 69: 346-348.
- Royal College of Nursing . Perioperative fasting in adults and children, An RCN guideline for the multidisciplinary team. November, 2005.
- Ruggera, G., Taylor, G. (1976) Pulmonary aspiration in anesthesia. *West J.Med*. 125: 411-414.

- Sakai, t., Planinsic, M., R., Quinlan, J., J., Handley, L., J., Kim, T., Hilmi, I., A. (2006) The incidence and outcome of perioperative pulmonary aspiration in a university hospital: a 4-yaer retrospective analysis. *Anesthesia & Analgesia*. 103: 941-947.
- Soreide, E., Eriksson, L., I., Hirlekar G., Eriksson, H., Henneberg, S. W., Sandin, R., Raeder. J. (2007) Pre-operative fasting gidelines: an update. *Rev. Col. Anest*.35 : 279-286.
- 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.
- Surinder, K., Kalar, M., D., Everett, L., L. (1993) Potential Risks and Preventive Measures for Pulmonary Aspiration: New Concepts in Preoperative Fasting Guidelines. *Anesthesia& Analgesia*. 77: 171-182.
- Tudor, G. Fasting: how long is too long? (2006) *Australian Nursing Journal*. 13(7): 29-31.
- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği. Anestezi uygulama klavuzu, Kasım, 2005.
- Woodhouse A., (2006) Pre-operative fasting for elective surgical patients. *Nursing Standard*. 20(21): 41-48.
- Zorab, J.,S. (1984) Pulmonary aspiration. *British Medical Journal*. 288(6431): 1631-1632.

EK OKUNANLAR

Carmen, R. i Gren, M., D., Pandit, M., D., Schork, M., A. (1996) Preoperative fasting time: Is the tradational policy changing? Results of a national survey. *Anesthesia& Analgesia*. 83: 123-128.

Hutchinson, A., Maltby, J., R., Reid, R., G. (1988) Gastric Fluid volume and pH in elective inpatients. Part I: coffee or orange juice with ranitidine. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 35(1): 12-15.

Lorch, A. (2007) Implementation of fasting guidelines through nursing leadership. *Nursing Times*. 103(18): 30-31

Maltby, J., R., Reid, C., R., G., Hutchinson, M., B. (1983) Gastric Fluid volume and pH in elective inpatients. Part II: coffee or orange juice with ranitidine. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 35(1): 16-19.

Nesset, E., M., Donnelly, S., F., Que, F., G. (2007) NPO after midnight. *Surgery*. 141(6): 826-827.

Reddinger, J., Oft, K., Geier, K. (2005) Preanesthesia considerations for the nurse practitioner. *Journal of Pediatric Health Care*. 19(6): 347-379.

Robin, M., Fitzgerald, W., Sarr, M. (2005) Canadian association of general Surgeons and American college of

Surgeons evidence based reviews in Surgery. 14. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Canadian Journal of Surgery*. 48(5): 409-411.

Ruggera, G., Taylor, G. (1976) Pulmonary aspiration in anesthesia. *West. J. Med*. 125: 411-414.

Sagr, L. (2006) Preventing excessive preoperative fasting: national guideline or local protocol? *Anaesthesia*. 61: 1-3.

ÖZGEÇMİŞ

03.06.1984'de Rize-Çayeli'de doğmuştur. İlk,orta,lise eğitimini İstanbul'da tamamlamıştır. 2001-2005 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda hemşirelik öğrenimini tamamlamıştır. 2005 yılında Siyami Ersek Hastanesi kalp-damar cerrahisi yoğun bakım hemşiresi olarak göreve başlamıştır. 2006 yılında Acıbadem Hastanesi kalp-damar cerrahisi yoğun bakım hemşiresi olarak görev almıştır. 2007 yılında Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesine atanmış ve acil serviste çalışmaya başlamıştır. 2006 yılında Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu'nda Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde Yüksek Lisans Programına başlamıştır.

Hatice DEMİRDAĞ

Ek 1- Hastaların Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Deneyimlerini Değerlendirme Formu

I- Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

1. Doğum Tarihi 19.... Cinsiyet:
- 3.Eğitim durumunuz
()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite ()Yüksek lisans () okur yazar
() Hiç okula gitmemiş
- 4.Yapılan ameliyat.....
- 5.Daha önce ameliyat olma durumu;
() Evet () Hayır
- 6.Ameliyat saati (Aç kalma süresi);

II- Bilgi ve deneyimleri

- 7.Ameliyattan önce saat kaçtan itibaren hiçbir şey yememeniz ve içmemeniz gerektiğini söylediler?
.....
- 8.Size söylenen saate uydunuz mu?
()Evet () Hayır
- 9.En son saat kaçta bir şeyler yediniz?
- 10.En son saat kaçta bir şeyler içtiniz?
- 11.Ameliyat öncesi neden aç kalmanız gerektiğini biliyormusunuz?
- 12.Ameliyat öncesi aç kalmanızla ilgili bilgiyi size kim verdi?
()Hemşire ()İlgili birim hekimi ()Anestezi hekimi
- 13.Verilen bilgi yeterli miydi? Sizi tam olarak aydınlattı mı?
()Evet yeterliydi () Hayır yeterli değildi Ne öğrenmek isterdiniz?
- 14.Ameliyattan çıktıktan kaç saat sonra bir şeyler yemenize ve içmenize izin verildi?
.....

15. Ameliyat öncesinde aç kaldığını süre içerisinde neler hissettiniz? Ne gibi problemlerle karşılaştınız sizi en çok rahatsız eden neydi? Duygu ve düşüncelerinizi, deneyimlerinizi benimle paylaşmışsınız?

16. Ameliyat sonrasında aç kaldığını süre içerisinde neler hissettiniz? Ne gibi problemlerle karşılaştınız sizi en çok rahatsız eden neydi? Duygu ve düşüncelerinizi, deneyimlerinizi benimle paylaşmışsınız?

Deneyimlerle İlgili Görsel Ölçekler

a. Ameliyat öncesi

1. Susuzluk

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Açlık

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Baş ağrısı

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Endişe

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

b. Ameliyat sonrası

1.Susuzluk

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.Açlık

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3.Baş ağrısı

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.Endişe

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11- 10.Soruya yanıtınız evet ise okuduğunuz yayında yer alan bilgiler mevcut uygulamayı destekliyor mu?

2.Ameliyat Öncesi Besin/Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamalarını Değerlendirme Formu

Uygulama	Bilgi
	1-Ameliyat öncesi hastalarda besin ve sıvı kısıtlama açıklayınız?
2-Servisinizde ameliyat öncesi besin-sıvı kısıtlaması uygulama nasıldır? () Gece yarısından sonra sıvı besin kısıtlaması yap () Diğer	3-Hastalar ameliyat öncesi dönemde aşağıdaki besin öncesine kadar alabilirler? *Katı gıda..... *Süt..... *Su..... *Sütlü kahve..... *Berrak sıvı gıdalar(açık çay,kahve(sütsüz),..... posasız meyve suları)
4-Hastaların ameliyat öncesi ne kadar süre aç kaldı düşünüyorsunuz?	
5-Bu uygulamayı doğru buluyormusunuz? Açıklayınız	
6-Hastalarımızın ameliyat öncesi dönemde sakız çiğneme izni veriyormusunuz? Kaç saat öncesine kadar?	7-Hastalarımız ameliyattan kaç saat öncesine kadar çiğneyebilirler?
8-Hastalarınıza ameliyat öncesi oral ilaçlarını ne kadar öncesine kadar alıyorlar?	9-Hastalarınız ameliyat öncesi oral ilaçlarını kaç saat öncesine kadar alabilirler?
10-Hastalarınıza ameliyat öncesi oral ilaçlarını kaç veriyorsunuz?	11-Hastalarınız oral ilaçlarını kaç ml su ile alabilirler?
12-Bebeklerin ameliyattan kaç saat öncesine kadar emzirilmesine İzin veriyorsunuz?	13-Bebekler ameliyattan kaç saat öncesine kadar emzirilebilir?

14-Hastalarınızın ameliyat saati belli midir? ()Evet ()Hayır	
15-Evet ise bu süre uzadığında hastalara her hangi bir müdahale yapılıyormu? (ağızdan sıvı verme vb)	16-Hastaların ameliyat süresi uzadığında sıvı vermek gerekir mi? Açıklayınız
17-Hastalarınıza ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlaması ile ilgili bilgi veriliyormu? ()Evet ()Hayır	18-Hastalara ameliyat öncesi besin ve sıvı kısıtlama bilgi vermek gerekir mi? ()Evet neden? ()Hayır Neden?
19-Evet ise kim veriyor? () Hemşire ()Cerrah ()Anestezi	20-Bu bilgiyi kim vermeli? Neden? ()Hemşire ()Cerrah ()Anestezi
21-Verilen bilgi neleri içeriyor?	
22-Hastaların ameliyat öncesi neden aç kaldıklarını inaniyormusunuz? ()Evet ()Hayır Neden?	
23-Hastalarınız aç kalma ile ilgili size soruyorlar. Rahatsızlıklarını paylaşıyorlarmı? ()Evet neler paylaşıyorlar () Hayır	
24-Son bilimsel veriler ameliyattan 2 saat öncesine kadar sıvıların, 6 saat öncesine kadar katı gıdaların alınabileceğini belirtiyor. Sizce bu uygulanmalı mı? Uygulanabilir mi?	25-Anesteziye bağlı olarak aspirasyon riski yüksek olan hastalar hangileridir?