

33355

T.C.  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Tez Yöneticisi :  
Yard. Doç. Dr. Güler AKSOY

CERRAHİ HASTALARINDA ERKEN AMELİYAT SONRASI  
DÖNEMDE KARŞILAŞILAN ABDOMİNAL SORUNLAR ve  
BU SORUNLARIN ÇÖZÜMLENMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

(Yüksek Lisans Tezi)

Ümmü YILDIZ

İstanbul, 1989

T. C.  
Yükseköğretim Kurulu  
Dokümantasyon Merkezi

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
GİRİŞ .....	1
GENEL BİLGİLER .....	5
MATERYAL ve METOD .....	21
BULGULAR .....	23
TARTIŞMA .....	41
SONUÇ ve ÖNERİLER .....	50
ÖZET .....	53
SUMMARY .....	54
KAYNAKLAR .....	55
EKLER .....	59
ÖZGEÇMİŞ .....	64

## GİRİŞ

İnsan sözcüğünün anlamını belirlemek, sağlık ve hastalık kavramlarının tanımlanmasında temeli oluşturur. Yaşam süreci içinde insan, iç ve dış çevrenin etkileşimi sonucu değişen ve gelişen, fiziksel, ruhsal, sosyal boyutları içeren dinamik bir varlıktır (28).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı bedensel, ruhsal ve sosyal bütünlük olarak tanımlamaktadır. Bu bütünlük halkasının yetersizliği ya da herhangi bir yerinden kopması hastalık olgusunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır(1,28).

Hastalık, doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel, normal olmayan değişikliklerin yarattığı sosyal ve kültürel bir olgudur. Hastanede yatma, hastalık ve ameliyat bir çok insan tarafından hayatı ve sağlığı tehdit eden üzücü bir yaşam deneyimi olarak değerlendirilmektedir (1,28,46).

Bireyi uygun sağlık hedeflerine ulaştırmada en etkin yöntem, onun bakımının örgütlenmiş bir sağlık ekibi tarafından gerçekleştirilmesidir. Sağlık ekibi üyelerinden biri olan hemşire, sağlık hizmetlerini mesleki bilgi, beceri, disiplinler arası uyumlu bir çalışma ile bireye, aileye ve topluma sunmayı amaçlayan bir meslek üyesidir (1,11). 28).

Hemşirelik, tüm sağlık personeli ile birlikte toplumun, ailenin, kişilerin, fiziksel, akılsal ve sosyal sağlıklarının korunmasını hedefleyen hasta olduklarında bakımı sağlayan

ilgili gelişmeler için yapıcı bir şekilde çalışan, araştırma yapan, bilimsel prensipler ile becerilerin beraberce bir bütün halinde uygulanmasını temel alan bir bilim ve sanattır. Hemşirenin görev alanı içindeki en önemli ve tartışılmaz öge olan hasta kavramını, dikkatli bir biçimde gözönüne serme, hasta bakımını planlama ve bu bilgileri bakım vermede kullanma yeteneği etkili hasta bakımında esastır (1).

Kapsamlı bir hasta bakımı, hastayı bir birey ve toplumun üyesi olarak anlayabilmek için fiziksel, psikolojik, sosyolojik bilimlerin çeşitli alanlarındaki bilgilerin birleştirilmesi ve bu bilgilerin bedensel, akılsal ve toplumsal ahenk, bütünlük olarak tanımladığımız sağlığı yeniden elde etme amacıyla kullanılmasıdır. Hemşire, bakımının gerektirdiği uygulamalar ve denetlemeler sırasındaki gözlem ve hasta değerlendirilmesi konusunda, hasta ile olan ilişkilerinde, en uzun süreyi geçirdiğinden, hastalığın teşhis ve tedavi sürecinde önemli bir rol üstlenmiş olmaktadır (1).

Tanınmış bir Amerikalı hemşire olan Annie W. Goordrich hemşirenin "bireyi sağlıklı" kılmaktaki rolünü önemle vurgulamıştır. Hemşirelik küçük, geri toplumlardaki yalın ve geleneksel kadın rolünün bir uzantısı olarak başlayarak bugünün büyük ve karmaşık toplumlarının sağlık tablosundaki çok yönlü yerine ulaşmıştır. Son yıllarda bir çok hemşirelik otoritesi bu çok yönlü işlevleri birincil ve ikincil işlevler olarak gruplandırmıştır(6).

Bireyin bakım özelliklerini kapsayan, hemşireler tarafından sonuçlandırılan, hemşireliğe özgü işlevler birincil işlevler (primer fonksiyonlar), birincil işlevleri içeren konular içinde, diğer sağlık meslek disiplinlerine yar-

dımcı, hastanın yeniden sağlığına kavuşmasında etkin uygulamalar içinde yer alan genellikle tedavi edici işlevler ikincil işlevler (sekonder fonksiyonlar) olarak ele alınmaktadır (29,38).

Primer ve sekonder fonksiyonlar hemşirenin görev alanını kapsıyorsa da, bu işlevler aynı zamanda bireyin iç ve dış ortamda güvenliğini, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan maksimum düzeyde sürdürmeyi amaçlar (26,29,38).

Hemşirenin birincil işlevi olarak tanımladığımız primer fonksiyonu, hemşireliğe özgü yegane işlev olup yasal sorumluluğu yanı sıra kendi hasta değerlendirmesi sonucunda, uygulayabileceği ve mesleki bilgiler doğrultusunda bağımsız karar verebileceği önemli bir işlevdir.

Son yıllarda cerrahi konusunda oldukça önemli gelişmelerin meydana geldiği gözlenmekte, bu gelişime paralel olarak ameliyat geçirecek olan kişilerin bakımını üstlenen hemşirelerin de yeni ve daha karmaşık sorumluluklar yüklenmesi zorunluluğu açıkça ortaya çıkmaktadır (19,28).

Sağlıkla ilgili sorununu cerrahi girişimle çözümlenmek zorunda kalan hastaya, fizyolojik, psikolojik ve sosyoekonomik sorunlarında rehberlik edici ve çözümlenici rolüyle yardımda bulunacak kişi hemşiredir. Hastanın, anestezi ve ameliyata karşı fizyolojik ve duygusal bakımdan ne gibi tepkiler göstereceğini bilen cerrahi hemşiresi, hastayı normal fonksiyonlarına kavuşuncaya kadar destekleyecek, koruyacak, rahat ettirecek ve komplikasyonların oluşmasını önleyecek bir hasta bakımını planlayıp uygulayabilme yeteneğine sahip olacak bir kişi olmalıdır (21).

Maslow "Her birey homeostatik sistem integrasyonunda, hayati önemi olan temel gereksinimlere sahiptir. Bu temel gereksinimler karşılanmadığında kişi sağlık dengesini yitirir" diyerek, gereksinimlerin önem derecesini vurgularken fiziksel gereksinimlere öncelik vermektedir. Vücut bütünlüğü bozulmuş, organ veya fonksiyon kaybına uğrayan bir cerrahi hastasının fiziksel yönden bağımlılığı belirli bir süre için de olsa artmaktadır. Vücudun sağlığı yeniden kazanması için gerekli olan nefes alma, beslenme, dinlenme, erken yürüme, eliminasyon gereksinimlerinin yerine getirilmesi için her hasta ameliyattan sonra en az 24 saat hemşireye bağımlı hale gelmektedir. Bu zaman süresi ameliyat sonrası kapsamlı hasta bakımı uygulanan dönemlerden biri olan Erken Ameliyat Sonrası Dönem'ini içermektedir (4,16,19,28,29).

Erken ameliyat sonrası dönem, hastanın bilincinin açılmasından ayağa kalkıp yürüyünceye kadar geçen dönemdir. Hastanın hemşirenin primer fonksiyonları olarak tanımladığımız bakım işlevlerine gereksinimi bu dönemde daha da artmaktadır (29).

Bu araştırmamızla, Erken Postoperatif Dönem'de genellikle sık karşılaşılan abdominal sorunlar olarak belirlediğimiz ve dolaylı yolla oluşan solunum sorunlarında, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, idrar retansiyonu, distansiyon, akut mide dilatasyonu, hıçkırık'ta hemşirenin primer işlevleri olarak tanımladığımız bağımsız bakım işlevlerini uygulayarak sorunları çözümlenmede etkinliğini araştırmak ve Erken Ameliyat Sonrası Dönem'de hemşirenin çözümleyici rolünün önemini vurgulamayı amaçladık.

## GENEL BİLGİLER

Sağlık, insanın özgün bütünlüğünü koruyarak biyolojik, ekonomik, eğitsel, psikolojik, felsefi ve sosyal kaynakların tüm yaşam durumlarına karşı başarı ile yanıt vermede kullandığı dinamik bir durumdur. Sağlıklı bir insanın göze çarpan özelliklerinden biri sürekli olarak değişen çevreye uyabilme yeteneğidir. Tüm insanlar, kendi doğal güçleri ile iç yada dış çevre etkilerine bağlı olarak, fizyolojik değişimlere karşı koyma açısından birbirlerinden farklı reaksiyon gösterirler (1,28).

Değişen iç yada dış çevreye adaptasyon çabasına giren birey kendince bunu sağlamanın yollarını aramaya yönelir. İlk defa Cannon tarafından iç çevrenin sabitliğinin korunması düşüncesi, homeostazis kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Böylece homeostazis kavramı, vücuttaki hücrelerin internal fizyolojik çevrenin değişmezliği olarak açıklanmıştır. Psikologlar da duygusal değişmezliği anlatabilmek için aynı kavramı kullanma yoluna gitmişler ve psikolojik homeostazis kavramını kabullenmişlerdir. Fizyolojik ve Psikolojik homeostazis'in belirli gereksinimlerinin karşılanmasına bağlı olarak iç içe ve birbirleriyle etkilenmiş durumda dengeyi sürdürdükleri belirlenmiştir. Bu sabitlikte meydana gelen olumsuz değişimler, hastalık kavramının gün ışığına çıkmasına neden olmuştur (1).

Bireyin hastalanması, teşhis ya da tedavi için hastaneye yatması, yaşam süreci üzerinde olumsuz etkiler meydana getiren, kaygı ve endişelerini artıran, yaşam dengesini

bozan bir deneyimdir. Bazı otoriteler "hastalık" durumunu yaşamın krizlerinden biri olarak algılamışlar "hastayı" ise tıbbi veya cerrahi tedavi olan kişi ya da sağlık hizmeti verilen kurumlardan birinin gözetim, denetim ve bakımı altında olan kişi olarak tanımlamışlardır. Hastalık, hastaneye yatma ve ameliyat bir çok insan tarafından canlılığa ve sağlığa karşı tehlike olarak algılanan yıkıcı bir yaşam deneyimidir. Normal yaşamın dışında bir olay olarak algılanan bu deneyimler, özellikle bu deneyimi daha önceden yaşamış kişilerde daha da korkutucu beklentilerin ortaya çıkmasına neden olur (11,25,28,38).

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi, hastalık halinde iyileştirilmesi amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden ve bu hizmeti yerine getiren kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini (36).

İrk, cins, din, sınıf ve yaş farkı gözetmeksizin kişilerin fiziksel, ruhsal ve toplumsal sağlığını korumak, geliştirmek hemşirelik mesleğinin görevidir. Görev alanları, bakım hizmetleri, tedavi edici hizmetler olarak belirlenmiştir. Ancak bu hizmetlerin en iyi şekilde yerine getirilmesine hizmet eden eğitim ve yönetim hizmetlerinin önemi de en az diğerleri kadar gözönüne alınmalıdır (15).

Hasta açısından önemli bir yaşam deneyimi olan cerrahi tedavi en eski tedavi yöntemlerinden biridir. Daha ilk çağlardan itibaren insanlar, yara, yanık, kırık ve ağrı ile mücadele etmek için birtakım yöntemler kullanmışlardır. İnsan yeryüzünde yaratıldığı ve hayat mücadelesine giriştiği günden beri cerrahi tedavi vardır. İlk cerrahi tedavi izlerine M.Ö. 3000 yıllarında Mısır'da rastlanmaktadır. Sonraları



M.Ö. 2250'de Hammurabi, Yunanistan'da Hipokrat ve Paracelsus, İtalya'da Galen, Orta Şark'ta İbni Sina tıp ilmi üzerine uzun yıllar çalışmış önemli kişilerdir (31,32).

Cerrahi hemşiresi, hastanın gereksinimlerinin belirlenmesinde, bakım planı geliştirilmesinde, değerlendirilmesinde ve hastanın genel durumuna uygun bir biçimde uygulanmasında en önemli rolü oynar. Görevi, bireyin hastalığı ve hastalığın meydana getirdiği güçlüklerle başa çıkmada hastaya yardım etmektir. Ameliyat geçirmek üzere hastaneye yatan hastada, cerrahi yolla yapılacak tedavinin başarısı, teknik bilgi ve beceri kadar aynı ölçüde, ameliyat öncesi ve sonrası bakımın kusursuz olmasına bağlıdır (2,18,23,28).

Hastayı hem fiziksel hem de ruhsal bakımdan, anestezi ve ameliyatın etkilerine dayanabilecek şekilde hazırlamak, ameliyat öncesi bakımın amacını oluşturur. Bunu gerçekleştirmek için hastada var olan patolojik olayın aydınlatılması, hastalığın sistemik etkilerinin olanaklar ölçüsünde tedavi edilmesi, ameliyatı tehlikeli hale sokabilecek eksikliklerin giderilmesi ve ameliyat için maksimum emniyet şartlarının sağlanması gerekir. Ameliyat öncesi bakım için ayrılan zaman birimi hastanın durumuna ve yapılacak ameliyatın cinsine bağlı olarak değişime açıktır (2).

Hastanın kendi durumu konusunda hiçbir bilgisi olmayabilir. Buna ilaveten bir de hayatının ve canlılığının bir grup insanın elinde olması, endişe ve korkularını en üst düzeye çıkarır. Gerekli yeterli ve hastanın anlayabileceği şekilde yapılan açıklamalar onun rahatlamasını sağlayacaktır. Kişinin kendisini rahat hissedip hissetmemesi, fizyolojik gereksinimlerinin yanı sıra güvenlik, sevgi ve ait olma, kişisel saygı ve kendini kabul ettirme gibi psikososyal gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmamasına bağlıdır. Tüm insanlarda ortak olan bu gereksinimler hastalanıldığında daha da belirgin olarak ön sıralarda yer alır.

Kişinin hastalandığında güven duygusuna gereksinimi vardır. Güvensizlik duygusu hastayı gergin, savunucu ve istemci yaparak işbirliğini zorlaştırır. Böyle hastalara yardımda öncelikle kişisel ilişkiyi sürdürmek, ona güvenilir kişilerin kendisini desteklediği bir çevrede bulunduğunu hissettirmek gerekir(2,25).

Bazen hastanın hastalığı nedeniyle alışıla gelmiş davranışlarının dışına çıktığı gözlenebilir. Böyle bir durumda hemşirenin, bu davranışın nedenlerini araştırıp, kendisini hastanın yerine koyarak korkuları, sorunları, istekleri ve dürtüleri ile yakınlık kurması doğru bir yaklaşım olur. Hemşire hastasını tanımayı ve hastalığının yapısını anlamayı içtenlikle denediği zaman empatik duygular gelişebilir. Kişinin hava, su, barınacak yer, giyim, uyku, dinlenme, hareket, seks gibi fiziksel gereksinimleri öncelikle ele alınmalıdır. Her nekadardır bu tür gereksinimler insanlarda ortak ise de, karşılama biçimi kişiden kişiye değişir. Hastanın yaşam için temel olan fiziksel gereksinimlerinin karşılanması, hemşirelik işlevlerinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Kendi bakımını yeterince yerine getiremeyen ya da bakım konusunda çaresiz olan hastaların tüm bakımını hemşire üstlenerek bu tür hastalara yardımcı olmalıdır (2).

Cerrahi müdahale yapılacak hastada, hem ameliyat hem de anestezi birer travma olacağından, hastanın bu değişikliklere dayanabilmesi için fiziksel ve psikososyal bakımdan en iyi durumda olması beklenilendir. Kalp, kan dolaşımı, solunum ve boşaltım sistemleri anestetiklerin etkisiyle yavaşlar. Bunun için ameliyat öncesi bu sistemler dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Ameliyat sonrası dönemde fiziksel ağrı ve huzursuzluk nedenlerinin başında gelen abdominal sorunların önlenmesi açısından, ameliyat öncesi dönemde diğer sistemlerin yanısıra gastro intestinal sistemin hazırlanmasında da hemşirenin sorumluluğu önemlidir. Ameliyat

sırasında verilen anestetiklerin gastro intestinal sistemde barsak aktivitelerini bir süre için etkisiz duruma getirmesi, barsak peristaltizminin durması, ameliyat sonrası erken dönemde gastro intestinal sorunların başlıca nedenidir. Ayrıca yine bu etki ile sfinkter kontrolünün ortadan kalkması ile gerek kusmuğun aspire edilmesi, gerekse defekasyon kontrolünün ortadan kalkması olasılığı mevcuttur. Bu neden gözönünde bulundurularak hastanın ameliyattan 6-8 saat öncesinden itibaren oral yolu kullanmaması sağlanmalı ve barsakların boş olmasından emin olmak için 4-5 saat öncesinden lavman uygulanmalıdır (2,4,9,28,33).

Ameliyat öncesinde, ameliyat ve ameliyatın komplikasyonları ile ilgili eğitim yapılarak hastayı ameliyata hazırlamak gerekir. Ameliyat öncesi bilgilendirilen hasta ile ameliyat sonrası iletişim kurmak ve işbirliği yapmak çok daha kolay olmaktadır. Hemşire hastayı ameliyat sonrası koşullara ve bakıma hazırlamak için ameliyat öncesi onunla çok yakından ilgilenmelidir. Hastaya ameliyatın ne gün yapılacağı ve ne tür uygulamalar yapılacağı anlatılarak daha sonra ameliyathanede ve ayılma odasında karşılaşacağı nazogastrik tüp ya da kataterizasyon gibi açıklamalar yapılmalıdır.

Ameliyat sonrası sürekli açık bir hava yolu bulundurmanın hayati önem taşıdığı bilinmektedir. Bunun yanı sıra hastada oluşabilecek aspirasyon pnömonisi ve atalektazi gibi solunum sorunlarından hastanın korunmasında hemşirenin rolü önemlidir. Ameliyat öncesi dönemde verilen solunum eğitimi ve egzersizlerinin bu komplikasyonların önlenmesindeki rolü hastaya anlatılarak bu dönemde uygulamayı öğrenmesi ve ameliyat sonrası dönemde kendisine öğretilenleri bilinçli olarak uygulaması sağlanmalıdır. Hasta ameliyat öncesi bu teknikleri uygulayabilir ise anestezinin yan etkilerini ve ameliyat sonrası acıları yaşıyor olsa bile, bunların üstesinden daha kolay gelebilecektir (20).

Ameliyat edilen hastalarda anestezinin bitimi ile hastanın tamamen iyileşip hastaneden çıkabilecek hale geldiği ana kadar geçen süre "Postoperatif Dönem" olarak adlandırılır. Bu dönemde hastanın fizyolojik ve ruhsal sorunları ortaya çıktığında çözümüne ilişkin her tür çaba gösterilmelidir (7,8,9).

Ameliyat sonrası dönemde hastaların normal yaşama dönünceye kadar geçirdikleri evreler, derlenme dönemi, erken ameliyat sonrası dönem ve geç ameliyat sonrası dönem olarak isimlendirilir. Her dönemin kendine özgü bakım ve tedavi gereksinimleri vardır. Ancak her dönemin bakım ve tedavi uygulamaları hastanın mümkün olduğunca kısa zamanda eski sağlığına kavuşmasını amaçlar (21).

Hastanın anestezi ve ameliyata karşı ne gibi tepkiler gösterebileceğini bilen hemşire, hastayı normal fonksiyonlarına kavuşuncaya kadar destekleyecek, koruyacak ve rahat ettirecek, komplikasyonların oluşmasını önleyecek bir hasta bakımı planlayıp uygulayabilir ve kapsamlı hasta bakımı sonucunda, hasta çok kısa zamanda günlük yaşamına geri dönebilir (21).

Ameliyat sonrası erken dönem, hasta için kritik bir dönemi kapsamasına bağlı olarak önemlidir. Derlenme dönemi ya da uyandırma dönemi olarak isimlendirilen bu dönemde, hastanın tüm fonksiyonları anestezinin etkisi tamamen geçinceye kadar desteklenmelidir. Derlenme ünitelerinde özel olarak eğitilmiş hemşireler, solunum yolu tıkanması, kanama, şok gibi ameliyat nedeniyle oluşabilecek acil komplikasyonların önlenmesinde, hastada anestezi etkisinin ortadan kalkmasıyla görülen belirti ve bulguların tanınmasında duyarlı olmalıdırlar. Şuursuz veya şuuru yarı açık hastada relakse olan dilin arkaya düşerek ya da mukus veya kusmuğun aspire

edilerek hava yolunu kapamasına engel olmak için, başı bir yana doğru çevirerek, pozisyon vermek uygundur. Bu dönemde hastanın hayati belirtileri, solunum derinliği, hava yolunun durumu, göğüs kafesinin genişlemesi ve cilt rengi değerlendirilerek kaydedilir. Hemşire bunların yanı sıra intravenöz infüzyonun durumunu, drenleri, gastrik drenajı ve monitörize edilen hastanın bulgularını gözlem altına alarak kaydetmelidir (8,19,21).

Hasta güvenilir pozisyonda yatırılıp, hayati belirtileri kontrol edilip doğrulandıktan sonra hemşire, ameliyathane hemşiresi ve diğer sağlık personelinin uygulanan ameliyatın türü, ameliyat sahasında komplikasyon olup olmadığı, kullanılan anestetiklerin türü, derhal hastaya uygulanması gereken ilaçlar hakkında bilgi alarak, hastanın bakım planı bu verilere uygun olarak yapılmalıdır (2,21).

Hastanın bilincinin açılıp rahatça yürüyebilir hale gelmesine kadar geçen dönem "Erken Ameliyat Sonrası Dönem" dir. Bu dönem ameliyat ya da travmanın türüne göre 2 ile 10 gün arasında değişebilir. Özellikle çok riskli ve büyük ameliyatlardan sonra gelişebilecek komplikasyonlar yönünden hasta büyük bir titizlik ve dikkatle gözlenmelidir. Ameliyat sonrası sorunların görülme sıklığı ve önem derecesi çok sayıda faktörlerle etkilenir. Bunlar arasında hastanın genel durumu, anestezinin yöntem ve süresi, ameliyat tekniği, yaşı, aşırı kilolu veya zayıf olması, sigara ve diğer alışkanlıkların yanı sıra ameliyatın risk derecesi sayılabilir. Patolojik olay sistemik etki yaratmamış ise "risk-siz", sistem ve organları açık bir biçimde bozmuş ya da yapılacak ameliyat fizyolojiyi önemli derecede etkilemiş ise "çok riskli", bu iki grup arasında kalanlar ise "orta riskli" ameliyatlara kabul edilirler. İlgili organ ve ameliyat türüne özgü sorunlar dışında, erken ameliyat sonrası dönemin sorunları her ameliyat için benzerdir (7,8,9).

Dolaşım, solunum ve renal fonksiyonların yeterli düzeyde sürdürülmesi, beslenme, eliminasyon ve sıvı elektrolit dengesinin istenilen düzeyde olması, istirahat ve maksimum emniyet şartlarının sağlanması, yaranın iyileşmesinin hızlandırılması, erken hareket ve ayağa kalkmanın sağlanması, hasta ve ailesine psikolojik destek ve eğitimin yapılması, ameliyat sonrası komplikasyonların tanınması ve önlenmesi, erken ameliyat sonrası dönemin bakım amaçlarını içerir (2).

Cerrahi hemşireliğinde kapsamlı hasta bakımının amaçlarından en önemlisi, ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesidir. Ameliyat sonrası komplikasyonları değişik dönemlerde ortaya çıkabilirler. Büyük ya da küçük tüm cerrahi girişim vakalarında ameliyat sonrası komplikasyonların varlığı kabul edilmelidir. Ameliyat sonrası komplikasyonlar, direkt olarak yarada, ameliyat bölgesinin etrafındaki organlarda ya da vücut boşluklarında gelişebilir. Bazı otoritelere göre; ameliyat sonrası komplikasyonlar ameliyat sonrası 30 gün içinde iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen olaylar olarak yorumlanır. Komplikasyonlar direkt ameliyat girişiminden sonuçlanabildiği gibi, hastalığın tedavi edilme sürecine bağlı olarak da ortaya çıkabilirler (22).

Erken ameliyat sonrası dönemde oluşan komplikasyonların önlenmesi, çabuk iyileşmenin yanı sıra, hastanın daha az zaman hastanede kalmasını, ekonomik kaybının az olmasını, üzüntü ve ağrının azalmasını ve en önemlisi normal yaşamına en kısa zamanda dönüşünü sağlayabilir. Gelişen komplikasyonlar diğer sorunların oluşmasına da ortam hazırlarlar ve bu da hastanın hastanede kalma süresini ve ekonomik yükümlülüğünü artırır (2).

Erken ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesinde temel unsur bu komplikasyonların ortaya çıkabileceğini işaret eden önemli semptomları bilmek ve en kısa zamanda

tanımlamaktır. Bu dönemde yaygın olarak gelişen komplikasyonlar, atalektazi, yara infeksiyonu, paralitik ileus, idrar retansiyonu ve renal infeksiyon ile, ekstremitelerde oluşabilecek venöz trombozdur. Ancak solunum yetmezliği, stres ülserleri, mide dilatasyonu, renal yetmezlik ve karaciğer yetmezliği gibi komplikasyonlar özellikle hastalıkların yaptığı harabiyet sonrası ya da diğer ameliyat sonrası komplikasyonlar sekonder olarak meydana gelebilirler.

Sıklıkla görülen kardiovasküler komplikasyonlar ve ciddi infeksiyonlar şok, hemorrajik gibi kritik durumların ortaya çıkmasına neden olan ciddi bir tabloyu beraberinde getirebilirler (2).

Özellikle batın ameliyatı geçiren hastalarda oluşması olası abdominal sorunlar içinde solunum sorunları (üst batın ameliyatları nedeniyle solunumun acı vermesi ve zorlaşması), bulantı, kusma, ağız kuruluğu, idrar retansiyonu, distansiyon ve hıçkırık gibi komplikasyonların hemşirelik girişimleri sonucu azaltılabileceği ya da önlenebileceği bir gerçektir (2).

Bireyin temel gereksinimleri içinde en önde karşılanması gerekli olan soluk alma gereksiniminin yeterli düzeyde ve düzenli olarak sürdürülmesi sağlanmalıdır. Hastaların, solunum güçlüklerinin düzeltilmesinde hemşirelik işlevleri önemli bir rol olur. Ameliyat sonrası erken dönemin en önemli sorunu, gaz alış verişinin azalmış olmasıdır. Bu durum genellikle anestezi gazlarının etkisinin ameliyattan sonra devam etmesi veya anestetiklerin solunum merkezini deprese etmesine bağlıdır. Batın ve toraks ameliyatı geçiren hastalarda yetersiz ventilasyona bağlı akciğer kollapsı, trakeo-bronşial sekresyonların birikmesi, mukus tıkaçları, üst batın ve toraks ameliyatlarında ağrının solunum ve öksürmeyi

kısıtlaması gibi faktörler atalektaziye neden olurlar. Yutma refleksinin henüz geri dönmediği dönemlerde, kusma materyali, kan, cerahat ve sekresyonların solunum yoluna aspire edilmesi aspirasyon pnömonisine neden olmaktadır. Yaş, sigara, şişmanlık, ameliyat süresinin uzaması, ameliyat öncesi hastada solunum sorunlarının yanı sıra ameliyat sonrası dönemde bakım yetersizliği bu sorunların ortaya çıkma oranını artırmaktadır (7,8,13,21).

Yetersiz solunum ya da sekresyon birikiminden oluşan atalektaziden hastayı korumak için, hemşire hastayı derin solunum yapmada, öksürerek sekresyonları atmada ve her yarım saatte bir pozisyon değiştirmede cesaretlendirmelidir. Derin solunum egzersizleri ve öksürük hastayı rahatsız ettiği ve ameliyatı takiben ağrı meydana getirdiğinden küçük dozlarda analjezik verilebilir. Bunun yanı sıra göğüs kafesinin yeterince genişlemesini sağlamak için hastanın öksürük ve derin solunum sırasında yarı oturur pozisyonda olması gereklidir. Ameliyat öncesi devrede hastaya öğretilen derin solunum egzersizleri ve öksürmenin hatırlatılması ve bu işlevini yaparken ensizyon bölgesine, bir pedle desteklenerek yardım edilmesi önemlidir.

Ameliyat öncesi dönemde yapılan solunum eğitimi egzersizlerinin uygulanması ve ameliyat sonrası dönemde de tekrarlattırılması ile, erken ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkabilecek solunum sorunlarının en aza indirgeneceği vurgulanmaktadır (21,24).

Hastanın öksürmesine ve trakeo-bronşial sekresyonun dışarı atılmasına yardım etmek üzere hastaya trakea üzerine hafif firiksion yapması ve aşağı yukarı hareket ettirmesi söylenir. Bu hastada öksürme refleksini uyarır, öksürük aynı zamanda hastaya tüm havayı içine çekmesi öğretilerek de sağlanılabilir. Hasta ameliyat yerinin hareket nedeniyle



ağrımına bağılı olarak derin solunum ve öksürüğü mümkün olduğu kadar inhibe etmeye çalışır. Bu durumda hastaya eli ni ameliyat insizyonu üzerine koyarak öksürmesi öğretilir. Hastanın sıvı alımı gerek oral yolla gerekse intravenöz yolla iyi ise ve çevresindeki hava nemlendirilmiş ise bu, sekresyonun yumuşayarak rahatça atılmasına neden olur.

Erken ameliyat sonrası hasta bakımı ünitesinde çalışan hemşire, anesteziye bağılı normal karşılanan ya da çeşitli nedenlerle normal karşılanmayan kusmalar olabileceğini bilmeli ve hastayı bu kriterleri gözönüne alarak gözlemeli, kaydetmeli ve ilgili birimlere rapor etmelidir.

Hasta operasyon sonrası yatağına alınmadan önce, hasta ünitesi kusma olduğuunda hastaya en kısa sürede yardım edilebilecek materyalleri içerecek şekilde hazırlanır. Bulantısı olan hastanın başı yana çevrilerek, aspirasyon ihtimali ortadan kaldırılır. Hemşire hastaya onun anlayabileceği bir dille bulantısının geçici olduğunu hatırlatarak hastanın rahatlamasını sağlayabilir (1).

Hasta odasının havalandırılması, temiz bir ortamın sağlanması, hemşirenin hastaya destek olması ve sorununu çözümlene girişimleri hastaya güven verir ve bulantının önlenmesinde önemli rol oynar. Eğer hastada nazogastrik sonda var ise bunun her saat başı aspirasyonu ile midede biriken sekresyonlar alınır ve bulantı önlenebilir. Bulantı, hastada öğürmeler meydana getirecek kadar şiddetli ise hemşire durumu hekime rapor ederken, hastaya yara pansumanını eli ile desteklemesini öğreterek eviserasyon tehlikesini önlemede hastaya yardımcı olabilir (12,21,24).

Kusma, bulantının engellenememesi sonucu ve bulantıdan daha çok hastayı yoran bir olaydır. Anestezi esnasında yutulan mukus ve salya ameliyat sonrası erken dönem kusmala-

larının başlıca nedenidir ve ameliyattan 2-8 saat sonrasına kadar sürebilir. Bu kusma nedeni ve niçinleri ile hastaya anlatılarak, hastanın endişeleri giderilmeye çalışılabilir (21,12).

Hemşire hastadaki normal ve patolojik kusmayı ilgi ve gözlemleri sonucu ayırabilir ve oluşum nedenlerine bağlı olarak hekimle işbirliği yaparak girişimde bulunabilir. Hastanın endişelerini azaltıcı bilgiler vererek ve psikolojik destek sağlanarak sorunun büyük ölçüde azaltılmasını sağlayabilir. Kusan hastaya bakım vermede kullanılan kirli materyalleri ve kirlenen ortamı temizleyerek, odanın havalandırılması, hastaya ağız bakımı verilmesi kusmayı provoke eden sekonder nedenleri ortadan kaldırabilir. Hastanın kusması bittikten ve hasta sakinleştikten sonra, hemşire hastaya bir buz parçası emdirerek, ya da ılık çay yudumlatarak az miktarda kuru ve katı yiyecekler yedirerek bulantıyı önleyebilir (11,21).

Ameliyat sonrası erken dönemde, devamlı ve fişkirir tarzda hiçbir nedene bağlı olmadan oluşan kusma, akut mide dilatasyonunu işaret edebilir. Özellikle bu bulgu üst batin ameliyatlarından sonra, genel anestezi alan hastalarda görülür ve ameliyat sonrası ilk 4-24 saatleri arasında gelişir. Akut mide dilatasyonu, otonom sinir sisteminin mideyi inhibe etmesi nedeniyle sekresyonların bağırsağa geçememesi sonucu, aşırı genişleyen ve büyüyen mide duodenuma bası yaparak pasajın kapanmasına, diyaframa yaptığı basınç nedeni ile solunum güçlüğüne ve kramp tarzında ağrılara neden olur. Giderek artan intragastrik basınç mukoza venlerine baskı yapar, arteriyel dolaşım devam ettiği için mukoza kanla dolar, olay engellenemediğinde iskemik nekroz ve perferasyon gelişir. Epigastriumda bası hissi, hıçkırık, batında distansiyon, bağırsak seslerinin kaybolması, kanama nedeni ile hipotansiyon, aralıklı, eforsuz, sızıntı tarzında yeşil

kahverengi veya siyah kötü kokulu kusma, hemşireye akut mide dilatasyonu gelişiminin göstergeleridir. Erken ameliyat sonrası dönemde hastada akut mide dilatasyonu gelişebileceğini bilen hemşire bu bulguları tespit ettiğinde durumu hekime rapor etmelidir. Hastayı oldukça fazla yoran, insizyon yerinin zorlanmasına neden olan elektrolit sıvı dengesinde olumsuz değişimler yapan bu komplikasyonun giderilmesinde en önemli uygulama midede biriken sıvının aspire edilmesidir. Ağızdan sıvı alımı yasaklanan hastanın midesine yerleştirilen bir nazogastrik sonda yoluyla dekompresyonun sağlanması, akut mide dilatasyonu komplikasyonunun tedavisinde en geçerli yöntemdir. Hekim ile işbirliği halinde akut mide dilatasyonunun ilişkili nazogastrik tüple dekompresyon sağlanırken bunun yanı sıra hastada ortaya çıkabilecek elektrolit sıvı yetersizliklerinin giderilmesi amacıyla I.V. sıvıların verilmesine başlanır. İntravenöz tedavi hastanın laboratuvar bulgularından elde edilecek sonuçlara göre yönlendirilir. Bu arada hastaya ağızdan hiçbir şey verilmemeli, temiz ve havalandırılmış bir ortam sağlanması ve özel ağız bakımı verilmesi onun rahatlamasına ve bu sorununun en kısa zamanda başedebilmesine yardımcı olabilecektir (7,21).

Erken ameliyat sonrası dönemde hasta bakımı veren hemşirenin karşılaşılabileceği sorunlardan birisi de distansiyondur. Abdominal operasyonlardan sonra intestinal kasların geçici paralizisi ameliyat esnasında barsaklarda herhangi bir işlemin yapılması, hastanın anestezinin etkisinden kurtulurken bulantıyı ve ağız kuruluğunu önlemek için yutkunurken hava yutması, gazların kan akımı nedeniyle barsakların atonik kısmına transsüasyonu abdominal distansiyona yani mide barsak sisteminin genişlemesine neden olur. Hasta kendisini rahatsız hisseder ve bulantı, kusma olabilir (12,21, 24,37).

Hastanın nazogastrik sondasının düzenli aspirasyonu, yatak içinde aktif pasif hareketlerin yaptırılması, abdominal bölgeye sıcak termofor uygulanması, hasta ayağa kalkabiliyor ise ayağa kaldırılması ile hemşire peristaltizmi uyarak gazların mide barsak sisteminden atılmasına ve hastanın distansiyon şikayetinin giderilmesine yardımcı olabilir. Gazın alt kolonlarda birikmesi halinde gerek rektal tüp gerekse lavman uygulanması yoluyla sorun çözümlenebilir. Hemşire, sorunun saptanmasından çözümlenmesine kadar uyguladığı hemşirelik girişimlerinde hastanın duygu, düşünce ve mahremiyet hislerine saygılı olmayı unutmamalıdır(2).

Ameliyat öncesi dönemde ve ameliyat sırasında elektrolit sıvı açısından sorunu olmayan hastalarda ameliyatı takiben 6-12 saat sonrası idrar çıkımı başlayacaktır. Ancak çıkarılan idrar miktarı ameliyat sırasında vücut sıvılarının kaybedilmesi, aşırı terleme, derin ve sık solunum yanı sıra kusma gibi nedenlere bağımlı olarak azalabilir. Ameliyat sonrası vücut fonksiyonları normale döndükçe sıvı elektrolit dengesi de yavaş yavaş, yaklaşık 48 saat içinde eski düzenini almaya başlar. Ameliyat sonrası mesanede biriken idrar miktarı 500 ml.yi geçtiği zaman, mesane kontraksiyone olamaz ve idrar retansiyonu oluşur (7,21,24,25,30,37).

Hastayı aşırı derecede rahatsız eden idrar retansiyonu çeşitli hemşirelik girişimleri yoluyla hastanın idrar yapmasına yardım ederek giderilmeye çalışılmalıdır. Hemşire hastanın rahatsızlığını anladığında, mahremiyetine saygı duyarak ilgili, becerili uygulamalarıyla hastaya güven vererek, onu işbirliğine teşvik edebilir. Eğer hasta ağızdan alabiliyor ise sıvı almaya teşvik ederek düzenli aralıklarla sürgü vererek, supra pubik bölgeye ılık su dökerek, mesane üzerine sıcak su torbası koyarak, hasta sürgü üzerinde iken yakın bir musluk açıp su sesi dinleterek hastanın idrar

yapma refleksini uyarabilir ve idrar yapmasını sağlayabilir. Bu hemşirelik girişimlerine rağmen, hastanın idrara çıkma isteği devam ettiği halde yapamıyor ve elle muayenede pubis üzerinde dolgunluk hissediliyor ise mesane duvarının delinmesini önlemek için hekimle işbirliği yapılarak hastaya idrar sondası uygulanabilir. İdrarın mesaneyi aşırı derecede doldurması mesane duvarındaki kan damarlarına bası yaptığı için sonda uygulandığında hızla boşalırken kan damarları kan ile dolar ve mesane ruhtürü gelişebilir. Bu komplikasyonun gelişebileceğini bilen hemşire, hastayı böyle bir komplikasyondan korumak için, 800 ile 1000 ml idrar aldıktan sonra 30-60 dakika ara vererek uygulamayı sürdürmelidir. İdrar alımı için sonda uygulaması infeksiyon riskini artıracığından ancak çok gerekli olduğunda kullanılmalıdır (7,11,21,22,24,37).

Erken ameliyat sonrası dönemde, batin ameliyatı geçiren hastalarda bakım veren hemşirenin sık karşılaştığı sorunlardan biri de ağız boşluğu ve farenks'in kurumasıdır. Genel anestetiklerin kullanılmasından sonra görülen susama hissi, ameliyat öncesi atropin enjeksiyonuna bağlı olarak gelişen bir semptomdur. Ayrıca ameliyat esnasında az veya çok kan kaybı, terleme, akciğerlerde mukus sekresyonu artması, nazogastrik tüp nedeniyle hastanın ağızdan nefes alıp vermesi gibi nedenlerle ağız boşluğu kurur ve susama hissi meydana gelir. Ameliyat sonrası dönemde uygulanan intravenöz perfüzyonlar susama hissinin yeterince ortadan kalkmasına yardımcı oluyabilir. Ameliyat sonrası dönemde bulantı ve kusma hissi geçer geçmez nazogastrik sondası olmayan hastalara eğer kısıtlayıcı bir direktif verilmemiş ise ameliyat günü akşamı limonlu çay veya su verilebilir. Ağız kuruluğu ağızdan sıvı verilerek geçirilemediği durumlarda, ıslatılmış gaz bezi ile ağız içi ve dudaklar nemlendirilebilir. Cerrahi girişim gastrointestinal sistemde ise oral yolla sıvı verilemez.

Bu hastalar sık sık ağız bakımı verilerek, ağız etrafına nemli bir gaz bezi konularak veya gliserinli bir kremle nemlendirilerek rahatlatılabilirler. Bu arada hastaların günlük sıvı alımı 2000-3000 ml/24 saat düzenli olarak sağlanmalıdır (5,11,13,34).

Çok sık olmamasına rağmen hemşirenin bu dönemde karşılaşılabileceği sorunlardan biri de hıçkırıktır. Diafragmanın kasılması sonucu oluşan rahatsız edici ve iyileşmeyi geciktirici bir sorundur. Hıçkırık ya metabolik bozukluklar sonucu sistemik ya da midenin distansiyonu, diafragma altı apse teşekkülü, mide asidinin anostomozdan sızıp diafragma yı tahriş etmesi gibi lokal nedenlerle meydana gelebilir (7,8,21).

Hemşire tarafından boş bir kese kağıdı, hastanın ağız ve burun çevresini içine alacak şekilde yerleştirilir ve hastaya solunum yapması söylenerek kendi karbondioksidini soluması sağlanarak hastayı rahatsız eden ve karın kaslarının kullanılması sonucunda acı veren bu can sıkıcı sorundan hasta kurtarılabilir. Ayrıca %5 CO<sub>2</sub> ve %95 O<sub>2</sub> karışımı 5 dakikalık aralar ile hastaya verilir. Bu uygulamalar esnasında konvülsiyon ve koma oluşumunu engellemek için hasta dikkatli bir şekilde gözlenir (7.21).

Cerrahi girişim vücut sistemlerinin tümüne etki ettiğinden bir çok komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Erken ameliyat sonrası vücut sistemlerinin yavaş yavaş eski halini aldığı dönemde hastanın yaşamını ve var olan sorununu çözümlenebilmesi için kapsamlı bir hemşirelik bakımına duyduğu gereksinim tartışılmazdır.

Batın ameliyatı geçiren hastalarda oluşabilecek abdominal sorunların kapsamlı hemşirelik bakımı sonucu çözümlenebileceği ya da etkilerinin en aza indirgenebileceği bir gerçektir.

## MATERYAL ve METOD

Araştırmamız, 1/1/1988 ile 31/8/1988 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Eğitim Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Genel cerrahi servislerine değişik teşhislerle başvuran 28 kadın, 32 erkek hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan 60 hastanın 30'unu deney, 30'unu kontrol grubu hastalar oluşturmuştur.

Araştırmada veriler, araştırmacının hazırladığı tanımlayıcı bilgileri içeren anket formunu ve erken ameliyat sonrası takip formları kullanılarak elde edilmiştir.

Araştırma için karşılıklı görüşme yöntemi ile uygulanan ve araştırma kapsamına alınan hastaları tanımlayıcı çok sorulu bir anket formu geliştirilmiş ve burada hastalara yaş, cins, meslek durumu, sigara kullanma alışkanlığı, teşhis, ameliyatın türü, sorularak kaydedilmiştir. Ayrıca teşhis, ameliyatın türü, ayağa kaldırılma süresi, kaldırma süresinin gecikme nedenleri ve vakaya özğü önemli notların kaydedildiği bölüm yer almıştır (Ek: 1).

Formun ikinci bölümünde ise erken ameliyat sonrası dönemde abdominal sorunlar olarak belirlediğimiz solunum sorunları, bulantı, kusma, ağız kuruluğu, idrar retansiyonu, distansiyon, akut mide dilatasyonu, hıçkırık ve bu sorunların özömlenmesinde yararlanılan hemşirelik girişimleri ile sonuçların değerlendirildiği olumlu, olumsuz bölümü yer almıştır (Ek: 2).

Araştırma uygulanmadan önce; deney grubu olgulara araştırmanın amacı ve uygulama yöntemi hakkında bilgi verilmiş, hasta erken ameliyat sonrası dönemde odasına alındıktan sonra sorunlar gözlenmiş ve formda yer alan hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Kontrol grubu olgular ise servisin rutin hemşirelik bakımına bırakılmış ve araştırmacı tarafından herhangi bir bakım uygulanmamıştır. Her iki grupta da girişim sonuçları olumlu, olumsuz olarak kaydedilmiştir.

Veriler, istatistiksel olarak değerlendirilmiş olup, değerlendirmede yüzdeleme, ki-kare (chi-square) testi, Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır.





## BULGULAR

Tablo 1: Deney ve Kontrol Grubu Olguların Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı.

YAŞ GRUPLARI	20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
KADIN	6	10.00	3	5	8	13.33	11	18.33	28	46.67
ERKEK	5	8.33	7	11.66	7	11.66	13	21.66	32	53.33
TOPLAM	11	18.33	10	16.67	15	25.00	24	40.00	60	100.00

Araştırma kapsamına alınan olguların (60 olgu) yaş ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde: Olguların % 46.67 sinin (28 olgu) kadın, % 53.33'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Kadın olguların (28 olgu), % 10'unun (6 olgu) 20-30-70 yaş grubunda, % 5'inin (3 olgu) 31-40 yaş grubunda, % 13.33'ünün (8 olgu) 41-50 yaş grubunda, % 18.33'ünün (11 olgu) 51-60 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Erkek olguların (32 olgu) ise, % 8.33'ü (5 olgu) 20-30 yaş grubunda, % 11.66'sı (7 olgu) 31-40 yaş grubunda, % 11.66'sı (7 olgu) 41-50 yaş grubunda, % 21.66'sı (13 olgu) 51-60 yaş grubunda yer almışlardır. Her iki grupta da en yüksek dağılımın (% 40.00), 51-60 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.

Olguların medeni durumları incelendiğinde; % 15'inin (9 olgu) bekar, % 85'inin evli olduğu görülmüştür.

Tablo 2: Olguların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

EĞİTİM DURUMU	OKUR-YAZAR DEĞİL		İLK ÖĞRENİM		ORTA ÖĞRENİM		YÜKSEK ÖĞRE- NİM ve ÜSTÜ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DENEY	4	6.66	15	25.00	7	11.66	4	6.66	30	50.00
KONTROL	9	15.00	10	16.66	6	10.00	5	8.33	30	50.00
TOPLAM	13	21.66	25	41.67	13	21.66	9	15.00	60	100.00

Olguların öğrenim durumu araştırıldığında; deney grubu olguların (30 olgu), % 6.66'sının (4 olgu) öğrenim görmedikleri, % 25'inin (15 olgu) ilk öğrenim, % 11.66'sının (7 olgu) orta öğrenim, % 6.66'sının (4 olgu) yüksek öğrenim gördükleri gözlenmiştir. Kontrol grubu olguların (30 olgu), % 15'inin (9 olgu) öğrenim görmediği, % 16.66'sının (10 olgu) ilk öğrenim, % 10'unun (5 olgu) orta öğrenim, % 8.23'ünün (5 olgu) yüksek öğrenim gördükleri saptanmıştır. İlk öğrenim görmüş olanların her iki grupta da çoğunluğu oluşturduğu (% 41.67) görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3: Deney ve Kontrol Grubu Olguların Meslek Gruplarına Dağılımı

MESLEK GRUBU	MEMUR		İŞÇİ		SERBEST		EV HANIMI		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DENEY	6	10.00	2	3.33	6	10.00	16	26.66	30	50
KONTROL	9	15.00	2	3.33	8	13.33	11	18.33	30	50
TOPLAM	15	25.00	4	6.66	14	23.33	27	45.00	60	100

Olgularımızın (60 olgu) meslek gruplarına dağılımı ele alındığında, deney grubu olguların (30 olgu), % 10'unun (6 olgu) memur, % 3.33'ünün (2 olgu) işçi, % 10'unun (6 olgu) serbest meslek, % 26.66'sinin (16 olgu) ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu olgular ise (30 olgu), % 15'i (9 olgu) memur, % 3.33'ü (2 olgu) işçi, % 13.33'ü (8 olgu) serbest meslek, % 18.33'ü (11 olgu) ev hanımı grubunda yer almışlardır. Her iki grupta da öğrenci ve işsiz olguya rastlanmamış, çoğunluğu % 45 gibi bir oranla ev hanımı olan olguların oluşturduğu saptanmıştır.

Tablo 4: Olguların Sigara Kullanım Alışkanlıklarının Dağılımı

ALİŞKAN- LILKARI	SİGARA KULLANIYOR		ÖNCEDEN SİGARA KULLANIYOR		SİGARA KULLANMIYOR		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
DENEY	6	10.00	3	5.00	21	35.00	30	50.00
KONTROL	9	15.00	3	5.00	18	30.00	30	50.00
TOPLAM	15	25.00	6	10.00	39	65.00	60	100.00

Olguların sigara kullanım alışkanlıkları araştırıldığında; deney grubu olguların (30 olgu), % 10'unun (6 olgu) sigara kullanmadığı, % 5'inin (3 olgu) önceden sigara kullandığı, % 35'inin (21 olgu) sigara kullanmadığı, kontrol grubu olguların (30 olgu) ise, % 15'inin (9 olgu) sigara kullandığı, % 5'inin (3 olgu) önceden sigara kullandığı, % 30'unun (18 olgu) sigara kullanmadıkları saptanmıştır. Her iki grupta da sigara içmeyen olguların (% 60) çoğunluğu oluşturduğu görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 5: Deneysel ve Kontrol Grubu Olguların Teşhis Gruplarına Göre Dağılımı

TEŞHİS GRUBU	KOLESİS-TEKTOMİ	HERNİ		ULCUS DUODENİ		BÖBREK TAŞI		MİDE TM.		KARACİĞER TM		SPLENEK TOMİ		LAPARA TOMİ		APEDEK-TOMİ		OLER KİSTİ		TOPLAM		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
DENEY	6	10.00	5	8.33	4	6.66	2	3.33	7	11.66	-	3	5.00	1	1.66	1	1.66	1	1.66	30	50.00	
KONTROL	14	23.33	4	6.66	4	6.66	1	6.66	2	3.33	2	3.33	1	1.66	1	1.66	1	1.66	-	30	50.00	
TOPLAM	20	33.33	9	15.00	8	13.33	3	5.00	9	15.00	2	3.33	4	6.66	2	3.33	2	3.33	1	1.66	60	100.00

Olgular (60 olgu) teşhislerine göre incelendiğinde: Deneysel grubu olguların (30 olgu), % 10'u (6 olgu) koledok taşı, % 8.83'ü (5 olgu) herni, % 13.33'ü (4 olgu) ulcus duodeni, % 3.33'ü (2 olgu) böbrek taşı, % 11.66'sı (7 olgu) mide TM, % 3'ü (3 olgu) splenektomi, % 1.66'sı (1 olgu) laparatomisi, % 1.66'sı (1 olgu) apendektomi, % 1.66'sı (1 olgu) over kisti, kontrol grubu olgularının (30 olgu), % 23.33'ü (14 olgu) koledok taşı, % 6.66'sı (4 olgu) herni, % 6.66'sı (4 olgu) ulcus duodeni, % 1.66'sı (1 olgu) böbrek taşı, % 3.33'ü (2 olgu) mide TM, % 3.33'ü (2 olgu) karaciğer TM, % 1.66'sı (1 olgu) splenektomi, % 1.66'sı (1 olgu) laparatomisi, % 1.66'sı (1 olgu) apendektomi teşhisi ve tedavi edilmek üzere hastaneye yattıkları görülmüştür. Deneysel grubu olgularda karaciğer TM, kontrol grubu olgularda over kisti teşhisi rastlanmamıştır. Her iki grupta da olguların çoğunluğunun % 33.3'ü koledok taşı tedavisi amacıyla yatırıldıkları saptanmıştır.

Tablo 6: Olguların Ayaya Kalkma Sürelerine Göre Dağılımı

AYAYA KALKMA SÜRESİ	İLK 24 SAAT		İKİNCİ 24 SAAT		ÜÇÜNCÜ 24 SAAT		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
DENEY	10	16.66	20	33.33	—	—	30	50.00
KONTROL	6	10.00	23	38.33	1	1.66	30	50.00
TOPLAM	16	26.66	43	71.66	1	1.66	60	100.00

Araştırmamız kapsamında takip ettiğimiz olguların ameliyat sonrası ayaya kalkma süreleri araştırıldığında (60 olgu); deney grubu olguların (30 olgu), % 16.66'sının (10 olgu) ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde, % 33.33'ünün (20 olgu) ameliyat sonrası ikinci 24 saat içinde ayaya kalktığı, üçüncü ve dördüncü 24 saat ya da daha uzun sürede ayaya kalkan olguya rastlanmadığı, kontrol grubu olguların (30 olgu), % 10'00'unun (6 olgu) ilk 24 saat içinde ayaya kalktığı, % 38.33'ünün (23 olgu) ikinci 24 saat içinde ayaya kalktığı, % 1.66'sının (1 olgu) üçüncü 24 saat içinde ayaya kalktığı görülmüştür. Tablo 6'da da görüldüğü gibi her iki grupta da ikinci 24 saat içinde ayaya kalkan olguların % 71.66 gibi bir oranla çoğunluğu oluşturmakta olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7: Olguların Ameliyatların Risk Derecelerine Göre Dağılımı

AMELİYATIN TÜRÜ	AZ RİSKLİ		ORTA RİSKLİ		ÇOK RİSKLİ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
DENEY	6	10.00	16	26.66	8	13.33	30	50.00
KONTROL	4	6.66	20	33.33	6	10.00	30	50.00
TOPLAM	10	16.66	36	60.00	14	23.33	60	100.00

Olguların ameliyatların risk derecelerine göre dağılımı araştırıldığında (60 olgu); deney grubu olguların (30 olgu), % 10.00'unun (6 olgu) az riskli ameliyat grubunda, % 26.66'sinin (16 olgu) orta riskli ameliyat grubunda, % 13.33'ünün (8 olgu) çok riskli ameliyat grubunda, kontrol grubu olguların (30 olgu), % 6.66'sinin (4 olgu) az riskli ameliyat grubunda, % 33.33'ünün (20 olgu) orta riskli ameliyat grubunda, % 10'unun (6 olgu) çok riskli ameliyat grubunda yer aldığı saptanmıştır. Her iki grupta da orta riskli olgular % 66.66'lık bir oranla çoğunluğu oluşturmaktadır.

Tablo 8: Ayaa Kalkma Suresi 24 Saati Aşan Olguların Nedenlere Göre Dağılımı

AYAA KALKMA SÜRESİNİN 24 SAATİ AŞMASI	HASTA KORKULARI		HEKİM DİREKTİFİ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
OLGU GRUBU						
DENEY	-	-	20	45.45	20	45.45
KONTROL	1	2.27	23	52.27	24	54.54
TOPLAM	1	2.27	43	97.72	44	100.00

Tablo 7'de de görüldüğü gibi ameliyat sonrası birinci gün ayağa kalkamayan olguların (44 olgu) nedenlerine göre dağılımı araştırıldığında; deney grubu olgularda (20 olgu), hasta korkuları nedeniyle ayağa kalkamayan olgunun hiç saptanmadığı, % 45.45'inin (20 olgu) hekim direktifi sonucu ayağa kaldırılamadığı, kontrol grubu olguların (24 olgu), % 1.27'sinin (1 olgu) hastanın korkuları sonucu, % 52.27'sinin (23 olgu) hekim direktifi sonucu ayağa kalkamadığı saptanmıştır. Her iki grupta da hekim direktifi nedeniyle ayağa kalkamayan olgular % 97.72'ye varan bir oranla çoğunluğu oluşturmaktadır.



Tablo 9 : Olgularda Erken Ameliyat Sonrası Dönemde Görülen Abdominal Sorunların Dağılımı

ABDOMİNAL SORUNLAR GRUBU	SOLJUNUM SORUNLARI		BULANTI		KUSMA		AÇIZDA KURULUK		DİSTANSİYON		İDRAR RETANSİYONU		AKUT MİDE DİLATASYONU		HIÇKIRIK		TOPLAM		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
DENEY	3	2.30	15	11.38	1	0.76	19	14.61	15	11.53	12	9.23	-	-	-	-	-	65	50.00
KONTROL	4	3.07	12	9.23	4	3.07	23	17.69	12	9.23	10	7.69	-	-	-	-	-	65	50.00
TOPLAM	7	5.38	27	20.76	5	3.84	42	32.30	27	20.76	22	16.92	-	-	-	-	-	130	100.00

Batın ameliyatı geçiren ve araştırma kapsamında incelenen olgularda (60 olgu) sorunların dağılımı araştırıldığıında; deney grubu olgularda (30 olgu); % 2.30'unda (3 olgu) solunum sorunları, % 11.38'inde (15 olgu) bulantı, % 0.76'da (1 olgu) kusma, % 14.61'in de (19 olgu) ağızda kuruluk, % 11.53'ün de (15 olgu) abdominal distansiyon, % 9.23'ünde (12 olgu) idrar retansiyonu sorunları, kontrol grubu olgularda (30 olgu); % 3.07'sinde (4 olgu) solunum sorunları, % 9.23'ünde (12 olgu) bulantı, % 3.07'sinde (4 olgu) kusma, % 17.69'unda (23 olgu) ağız kuruluğu, % 9.23'ünde (12 olgu) distansiyon, % 7.69'unda (10 olgu) idrar retansiyonu sorunları görülmüş, her iki grupta da akut mide dilatasyonu ve hiçkırık gibi sorunlara rastlanmamıştır. Araştırma kapsamında incelenen batın ameliyatı geçiren olguların abdominal sorunları içinde çoğunluğu ağız kuruluğu sorununun (% 32.30) oluşturduğu saptanmıştır.

Tablo 10: Olguların Sigara Kullanım Alışkanlıkları ile Solunum Sorunlarının Dağılımı

GİRİŞİM SONUCU OLGU GRUBU	SOLUNUM SORUN- LARI VAR		SOLUNUM SORUN- LARI YOK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
SİGARA KULLANIYOR	3	5.00	18	30.00	21	35.00
SİGARA KULLANMIYOR	4	6.66	35	58.33	39	65.00
TOPLAM	7	11.66	53	88.33	60	100.00

(P > 0.05)

Olguların sigara kullanım alışkanlıklarına solunum sorunları görülme durumu araştırıldığında; sigara kullanım alışkanlığı olan olguların (21 olgu), % 5'inde (3 olgu) solunum sorununun olduğu, % 30'unda (21 olgu) olmadığı, sigara kullanım alışkanlığı olmayan olguların (39 olgu), % 6.66'ında (4 olgu) solunum sorununun olduğu, % 58.33'ünde sorunun olmadığı saptanmıştır. Sigara kullanım alışkanlığı olmayan olguların çoğunluğu oluşturduğu (% 88.33) görülmüştür. Diğer nedenlere bağlı solunum sorunlarının görülme durumunun sigara kullanım alışkanlığı ile fazla bir ilişkisi olmadığı ve sigara içme ya da içmeme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. Değerler yüzde ile ifade edildiğinde sigara kullanmayan ve solunum sorunu olmayan olguların çoğunluğu (% 89.74) oluşturduğu görülmüştür (Fisher, P=0.08, P > 0.05).

Tablo 11: Olguların Ameliyat Risk Derecelerine Göre Ayaa Kalkma Durumunun Karşılaştırılması-  
nın Dağılımı

AYAA KALKMA SÜRESİ	İLK 24 SAAT		24 SAATIN ÜSTÜ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
AMELİYATIN RİSK DERECESİ						
AZ RİSKLİ	5	8.33	5	8.33	10	16.66
ORTA RİSKLİ	9	15.00	27	45.00	36	60.00
ÇOK RİSKLİ	2	3.33	12	20.00	14	23.33
TOPLAM	16	26.66	44	73.33	60	100.00

(P > 0.05)

Olguların ameliyat risk derecelerine göre ayaa kalkma durumunun dağılımı araştırıldığında; az riskli ameliyat grubunda yer alan olguların (10 olgu), % 8.33'ünün (5 olgu) ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde, % 8.33'ünün (5 olgu) 24 saatin üstünde, orta riskli ameliyat geçiren olguların (36 olgu) % 15'inin (9 olgu) ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde, % 4'ünün (27 olgu) 24 saatin üstünde, çok riskli ameliyat geçiren olguların (14 olgu) % 3.33'ünün (2 olgu) ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde, % 20'sinin (14 olgu) 24 saatin üstünde ayaa kalktıkları saptanmıştır. Ayaa kalkma süresi ile risk durumu istatistiksel olarak karşılaştırıldığında bunlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamış ve risk durumunun ayaa kalkma süresinde etkili olmadığı saptanmıştır.

(Fisher, P=0.07, P > 0.05).

Tablo 12: Olgularda Ayağa Kalkma Süresi ile Distansiyon Görülme Durumunun Karşılaştırılması

AYAĞA KALKMA ZAMANI	İLK 24 SAAT		24 SAATİN ÜSTÜ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
DİSTANSİYON SORUNU						
DİSTANSİYON VAR	9	15.00	17	28.33	26	43.33
DİSTANSİYON YOK	8	13.33	26	43.33	34	56.66
TOPLAM	17	28.33	43	71.66	60	100.00

(P > 0.05)

Araştırma kapsamında incelenen olguların (60 olgu) ayağa kalkma zamanına göre distansiyon görülme durumu araştırıldığında, ilk 24 saat içinde ayağa kalkan olguların (17 olgu), % 15'inde (9 olgu) distansiyon olduğu, % 13.33'ünde (8 olgu) distansiyon olmadığı, 24 saatin üstünde ayağa kalkan olgularda ise (43 olgu); % 28.33'ünde (17 olgu) distansiyon geliştiği, % 43.33'ünde (26 olgu) distansiyon olmadığı saptanmıştır.

Distansiyon olan 26 olgunun 9'unun % 15'inin ilk 24 saat içinde ayağa kalktığı, 17'sinin % 28.33'ünün 24 saatin üstünde ayağa kalktığı belirlenmiştir. Erken ya da geç ayağa kalkma durumu istatistiksel olarak araştırıldığında anlamlı bir farklılığın olmadığı ve geç ayağa kalkan hastalarda abdominal distansiyonsorununun daha fazla oluşmadığı saptanmıştır (Ki-kare,  $P=0.4$ ,  $P > 0.05$ ).

Tablo 13: Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Oluşan Solunum Sorunlarının Görülme Durumunun Dağılımı

SOLUNUM SORUNLARI GRUBU	VAR		YOK		TOPLAM		GİRİŞİM SONUCU OLGU GRUBU	OLUMLU		OLUMSUZ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%
DENEY	3	5.00	27	45.00	30	50.00	3	42.85	-	-	3	42.85	42.85
KONTROL	4	6.66	26	43.33	30	50.00	-	-	4	57.14	4	57.14	57.14
TOPLAM	7	11.66	53	88.33	60	100.00	3	42.85	4	57.14	7	100.00	100.00

(P<0.05)

Tablo 13'de de görüldüğü gibi olgularda, ameliyat sonrası erken dönemde oluşan solunum sorunlarının (60 olgu) görülme durumu araştırıldığında; deney grubu olguların (30 olgu), % 5'inde (3 olgu) solunum sorununun olduğu, % 45'inde (27 olgu) solunum sorununun olmadığı, kontrol grubu olguların (30 olgu), % 6.66'sında (4 olgu) solunum sorununun olduğu, % 43.33'ünde (26 olgu) böyle bir sorunun olmadığı, tüm olguların % 11.66'sında solunum sorununun olduğu saptanmıştır.

Solunum sorunu saptanan olgulara (7 olgu) uygulanan hemşirelik bakımının etkinliği araştırıldığında, deney grubu olgularda (3 olgu), % 42.85'inde (3 olgu) uygulanan hemşirelik bakımı ile bu sorunun çözümlendiği, kontrol grubu olgularda ise (4 olgu), % 57.14'ünde (4 olgu) bu sorunun devam ettiği saptanmıştır. Solunum sorunu olan olgulara uygulanan hemşirelik girişiminin etkinliği araştırıldığında iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve verilen hemşirelik bakımı ile deney grubu hastalarda bu sorunun çözümlendiği; görülmüş bakımın olumlu katkısı belirlenmiştir (Fisher, (P=0.0285, P<0.05).

Tablo 14: Solunum Sorunlarında Uygulanan Hemşirelik Bakımının Etkinliğinin Dağılımı

Tablo 15: Olgularda Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Bulantının Görülme Durumlarının Dağılımı

BULANTI OLGU GRUBU	VAR		YOK		TOPLAM	GİRİŞİM SONUCU OLGU GRUBU	OLUMLU		OLUMSUZ		TOPLAM
	n	%	n	%			n	%	n	%	
DENEY	15	25.00	15	25.00	30	DENEY	15	55.55	--	--	15
KONTROL	12	20.00	18	30.00	30	KONTROL	3	11.11	9	83.33	12
TOPLAM	27	45.00	33	55.00	60	TOPLAM	18	66.66	9	33.33	27

Tablo 16: Bulantı Görülen Olgularda Hemşirelik Bakımının Etkinliğinin Dağılımı

(P<0.05)

Olgularda (60 olgu) bulantının görülme durumu incelendiğinde; deney grubu olguların (30 olgu), % 25'inde (15 olgu) bulantının olduğu, % 25' inde (15 olgu) bulantının olmadığı, kontrol grubu olgularda (30 olgu), % 20'sinde (12 olgu) bulantının olduğu, % 30'unda (18 olgu) bulantının olmadığı saptanmıştır. Bulantı, olguların % 45'inde (27 olgu) görülmüştür.

Erken ameliyat sonrası dönemde araştırmamız kapsamında incelenen ve bulantı sorunu olan olgulara (27 olgu) uygulanan hemşirelik bakımının etkinliği araştırıldığında; deney grubu olguların (15 olgu), % 55.55'inde (15 olgu) hemşirelik bakımının sorunu çözümlemeye etkin olduğu, etkin olmayan olguya rastlanmadığı, kontrol grubu olguların (12 olgu), % 11.11'inde (3 olgu) bulantı sorununun çözümlendiği, % 33.33'ünde (9 olgu) sorunun çözümlenmediği saptanmıştır. Her iki grup arasındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde ileri derecede anlamlı bulunmuş ve hemşirelik bakımının bu sorunu çözümlemeye etkin olduğu saptanmıştır (Fisher, P=0.0000479, P<0.05).

Tablo 17: Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Kusmanın Görülme Durumlarının Dağılımı

KUSMA OLGU GRUBU	VAR		YOK		TOPLAM		GİRİŞİM SONUCU OLGU GRUBU		OLUMLU		OLUMSUZ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DENEY	1	1.66	29	48.33	30	50.00	1	20.00	-	-	1	20.00	1	20.00
KONTROL	4	6.66	26	43.33	30	50.00	-	-	4	80.00	4	80.00	4	80.00
TOPLAM	5	8.33	55	91.66	60	100.00	1	20.00	4	80.00	4	80.00	5	100.00

( $P > 0.05$ )

Tablo 17'de görüldüğü gibi, ameliyat sonrası erken dönemde olgularda (60 olgu) kusma sorununun durumu incelendiğinde; deney grubu olguların (30 olgu), % 1.66'sında (1 olgu) kusmanın olduğu, % 48.33'ünde (29 olgu) kusmanın olmadığı, kontrol grubu olguların (30 olgu), % 6.66'sında (4 olgu) kusmanın olduğu, % 43.33'ünde (26 olgu) kusma sorununun olmadığı saptanmıştır.

Kusma sorununun saptandığı olgulara (5 olgu) uygulanan hemşirelik bakımının etkinliği araştırıldığı; deney grubu olguların (1 olgu), % 20'sinde (1 olgu) hemşirelik girişimleri ile kusma sorununun çözümlendiği, kontrol grubunda ise, kusma görülen olguların (4 olgu) % 80'inde (4 olgu) sorunun çözümlenmediği saptanmıştır (Tablo 18). Uygulanan hemşirelik bakımının etkinliğinin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamış, ancak görülen bir hastadaki kusmanın bakım yolu ile giderildiği saptanmıştır (Fisher,  $P=0.20$   $P > 0.05$ ).

Tablo 18: Kusma Görülen Olgularda Hemşirelik Bakımının Etkinliğinin Dağılımı

Tablo 19: Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Ağız Kuruluşunun Görülme Durumlarının Dağılımı

AĞIZ KURULUĞU OLGU GRUBU	VAR		YOK		TOPLAM		GİRİŞİM SONUCU OLGU GRUBU	OLUMLU		OLJMSUZ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%
DENEY	19	31.66	11	18.33	30	50.00	DENEY	19	45.23	-	-	19	45.23
KONTROL	23	38.33	7	11.66	30	50.00	KONTROL	3	7.14	20	47.6	23	54.76
TOPLAM	42	70.00	18	30.00	60	100.00	TOPLAM	22	52.38	20	47.6	42	100.00

Araştırma kapsamına alınan olgulara (60 olgu) ameliyat sonrası erken dönemde ağız kuruluşu olup olmadığı sorulduğunda, deney grubu olguların (30 olgu), % 31.66'sında (19 olgu) ağız kuruluşunun olduğu, % 18.33'ünde (11 olgu) ağız kuruluşunun olmadığı, kontrol grubu olguların (30 olgu) ise, % 38.33'ünde (23 olgu) ağız kuruluşunun olduğu, % 11.66'sında (7 olgu) ağız kuruluşunun olmadığı saptanmış, olguların % 70 (42 olgu) gibi büyük bir çoğunluğunda ağız kuruluşunun olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 19).

Ağız kuruluşu görülen olgulara (42 olgu) uygulanan hemşirelik bakımının etkinliği araştırıldığıında; deney grubu olguların (19 olgu), % 43.23'ünde (19 olgu) uygulanan hemşirelik bakımı sorunu çözümlemeye etkili olmuş, sorunu çözümlemeyen olguya rastlanmamıştır. Kontrol grubu olgularda (23 olgu), % 7.14'ünde (3 olgu) sorunun çözümlendiği, % 47.6'sında (20 olgu) çözümlenmediği görülmüştür. Tablo 20'de de görüldüğü gibi ağız kuruluşunda uygulanan hemşirelik bakımının etkinliği istatistiksel açıdan incelendiğinde sonuç ileri derecede anlamlı bulunmuş ve hemşirelik bakımının bu sorunu çözümlemedeki etkinliği açıkça ortaya çıkmıştır (Fisher,  $P=0.00000003$ ,  $P<0.05$ ).

Tablo 20: Ağız Kuruluşu Görülen Olgularda Hemşirelik Bakımının Etkinliğinin Dağılımı

GİRİŞİM SONUCU OLGU GRUBU	OLUMLU		OLJMSUZ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
DENEY	19	45.23	-	-	19	45.23
KONTROL	3	7.14	20	47.6	23	54.76
TOPLAM	22	52.38	20	47.6	42	100.00

( $P<0.05$ )



Tablo 21: Ameliyat Sonrası Erken Dönemde İdrar Retansiyonu Görülme Durumunun Dağılımı

İDRAR RETANSİYONU OLGU GRUBU	VAR		YOK		TOPLAM		GİRİŞİM SONUCU OLGU GRUBU		OLUMLU		OLUMSUZ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DENEY	12	20.00	18	30.00	30	50.00	DENEY	12	54.54	-	-	12	54.54	
KONTROL	10	16.66	20	33.33	30	50.00	KONTROL	10	45.45	-	-	10	45.45	
TOPLAM	22	36.66	38	63.63	60	100.00	TOPLAM	22	100.00	-	-	22	100.00	

Ameliyat sonrası erken dönemde idrar retansiyonu sorunu araştırıldığında; deney grubu olguların (30 olgu), % 20'sinde (12 olgu) idrar retansiyonu olduğu, % 30'unda (30 olgu) bu sorunun olmadığı, kontrol grubu olguların (30 olgu), % 16.66'sında (10 olgu) idrar retansiyonunun olduğu % 33.33'ünde (20 olgu) olmadığı saptanmıştır. Olguların % 36.66'sında (22 olgu) idrar retansiyonu belirlenmiştir. (P > 0.05)

İdrar retansiyonu sorunu saptanan olgulara (22 olgu) uygulanan hemşirelik bakımının etkinliği incelendiğinde; deney grubu olguların (12 olgu) % 54.54'ünde (12 olgu) uygulanan hemşirelik bakımının etkin olduğu ve sorunun ortadan kalktığı, etkin olunamayan olgunun bulunmadığı, kontrol grubu olgularda (10 olgu), % 45.45'inde (10 olgu) sorunun çözümlendiği, sorunu çözümlenemeyen olgunun olmadığı saptanmıştır. İdrar retansiyonu görülen olgulara uygulanan hemşirelik bakımının etkinliği araştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış, her iki grupta da ister hemşirelik bakımı ister tıbbi bakım yoluyla bu sorunun çözümlendiği görülmüştür (Fisher, P=0.518, P > 0.05).

Tablo 22: İdrar Retansiyonu Görülen Olgularda Hemşirelik Bakımının Etkinliğinin Dağılımı

Tablo 23: Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Abdominal Distansiyon Görülme Durumunun Dağılımı

DİSTAN- SİYON OLGU GRUBU	VAR		YOK		TOPLAM		GİRİŞİM SONUCU OLGU GRUBU		OLUMLU		OLUMSUZ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DENEY	15	25.00	15	25.00	30	50.00	15	55.55	0	0	15	55.55	0	0
KONTROL	12	20.00	18	30.00	30	50.00	7	25.92	5	18.51	13	48.14	5	18.51
TOPLAM	27	45.00	33	55.00	60	100.00	22	81.48	5	18.51	27	100.00	5	18.51

(P < 0.05)

Olgularda (60 olgu) abdominal distansiyon durumu araştırıldığında: Deneysel gruba olguların % 25'inde (15 olgu) distansiyon olduğu, % 25'inde (15 olgu) distansiyon olmadığı, kontrol grubu olgularda ise % 20'sinde (12 olgu) distansiyon olduğu, %30'unda (18 olgu) distansiyon olmadığı saptanmıştır.

Ameliyat sonrası erken dönemde distansiyon sorunu saptanan olgularda (27 olgu) uygulanan hemşirelik bakımının etkinliği araştırıldığında; deney grubu olgularda (15 olgu), % 55.55'inde (15 olgu) uygulanan hemşirelik bakımının sorunu çözümlemeye etkin olduğu, etkin olunamayan olgunun bulunmadığı, kontrol grubu olgularda (12 olgu), % 25.92'sinde (7 olgu) sorunun çözümlendiği, % 18.15'inde (5 olgu) sorunun çözümlenmediği belirlenmiştir. Distansiyon sorununun çözümlenmesi için uygulanan hemşirelik girişiminin etkinliğinin istatistiksel değerlendirilmesi yapıldığında farkın anlamlı olduğu hemşirelik bakımının distansiyonu gidermede olumlu sonuç verdiği saptanmıştır (Fisher, P=0.036, P < 0.05).

Tablo 24: Distansiyon Görülen Olgularda Hemşirelik Bakımının Etkinliğinin Dağılımı

## TARTIŞMA

Ameliyat geçirmek üzere hastaneye yatan hastada, cerrahi yolla yapılacak tedavinin başarısı teknik bilgi ve beceri kadar aynı ölçüde hemşireler tarafından verilen ameliyat öncesi ve sonrası bakımın kusursuz olmasına bağlıdır (2,18).

Ameliyat öncesi hazırlıkların amacı, hastadaki patolojik olayın gün ışığına çıkarılması, uygulanan hemşirelik bakımı ile hastayı maksimum bir güvenlik içinde en iyi psikolojik, fiziksel ve sosyal durumda ameliyat ile karşı karşıya getirmek olduğu kadar, ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkması olası komplikasyonları önleyecek önlemlerin alınmasını da içerir (2).

Kişiler hastalandıklarında, çevrelerinde hastalıkları konusunda bilgi sahibi olan ve girişimlerde bulunabilen kişilere bağımlı hale gelirler. Bu bağımlılık kişinin kendi gereksinimlerini karşılamak için yapacağı hareketlere sınırlılık getiren erken ameliyat sonrası dönemde daha da artmaktadır. Bu dönemde hastanın yaşamını sürdürmesi için gerekli olan solunum, beslenme, artık ürünlerin atılımı gibi fizyolojik gereksinimlerin yanı sıra sevilme, güven duyma, kendine saygı duyulması, kabul edilme gibi ruhsal gereksinimlerinin karşılanma gereksinimi daha da artmaktadır (2,27).

Ameliyat sonrası erken dönemde hastanın bu gereksinimlerinin karşılanmasını içeren kapsamlı hemşirelik bakımının planlanmasında, geliştirilmesinde, uygulanmasında,

uygulama sonuçlarının değerlendirilmesinde ve sonuçların rapor edilmesinde cerrahi hemşiresinin önemli rolü vardır. Uyguladığı kapsamlı hemşirelik bakımı sonucu hasta bireye hastalığı ve hastalığının yarattığı güçlüklerle başa çıkma- da yardımcı olmaktadır (23,28).

Ameliyat sonrası erken dönemde yaş, kilo, alışkanlık- ları, anestezi, ameliyat girişimi, travmanın özellikleri gi- bi nedenlerden dolayı çeşitli sorunlarla karşılaşabilir. Bu sorunlar, batin ameliyatı geçiren hastalarda daha sık gözlenen, abdominal insizyona bağlı solunum güçlükleri, bu- lantı, kusma, ağızda kuruluk, idrar retansiyonu, distansi- yon, akut mide dilatasyonu, hıçkırık gibi abdominal sorun- lar bunun yanı sıra yara infeksiyonları, dolaşım sistemi ve diğer sistemlere ilişkin sorunlar (9).

Erken ameliyat sonrası dönemde bakım veren hemşire bu sorunların belirtilerini gözleyebilir, tanımlayabilir, tıbbi direktifler ışığında girişimlerde bulunarak bilgi ve becerilerini bakım vermede, hasta ve hasta ailesini eğitme- de kullanarak çözümleyici rol oynayabilir.

Batin ameliyatı geçiren hastalarda karşılaşılan bu sorunların çözümlenmesinin, bu sorunlardan oluşabilecek (bu- lantı ve kusmada aspirasyon pnomonisi, atalektazi, distan- siyon, eviserasyon, idrar retansiyonunda mesane ruptürü ve infeksiyon) sekonder komplikasyonların önlenmesi açısından önemi tartışılmaz.

Bu çalışmada, batin ameliyatı geçiren hastalarda, oluşabilecek abdominal sorunların çözümlenmesinde kapsamlı hemşirelik bakımının ne denli etkin olabileceğini vurgulama- yı amaçladık.

Araştırma kapsamına giren olgular 20-60 yaş arasında dağılım göstermektedir. Olguların % 40 gibi bir oranla büyük bir bölümü 51-60 yaş arasında yoğunlaşmaktadır. Hastalıkların ortaya çıkmasında olduğu kadar ameliyat sonrası sorunların oluşmasında da yaş faktörünün önemi her vesile ile belirtilmiştir. Genellikle canlıların takvim yaşı ile biyolojik yaşı arasında bir uyum olduğundan, bu uyumun kişiler arasında değişim göstermesinin yanısıra yaşı ilerleyen hastalarda dejeneratif ve destrüktif olayların genç yaşlara oranla görülme olasılığının fazla olduğundan söz edilmektedir (7,8,9).

Olguların öğrenim durumları incelendiğinde % 6.66'sının okur yazar olmadığı, % 25'inin ilk öğrenim, % 11.66'sinin orta öğrenim gördükleri belirlenmiş, yüksek öğrenim gören olgu yüzdesinin okur-yazar olmayanlarla aynı olduğu saptanmıştır.

Hastaya yapılan eğitim ve açıklamaların doğru anlaşılması ve değerlendirilmesinin öğrenim düzeyi ile paralellik göstermesi doğal bir sonuçtur. Ancak ülkemiz koşullarında öğrenim düzeyinin düşük olması hastanın ameliyat öncesi ve sonrası eğitimini engelleyici bir unsur olarak gösterilebilir (20).

Öğrenim düzeyi ile paralellik gösteren meslek gruplarında, genellikle olguların % 46.67'sini oluşturan kadın hastalarda çoğunluğu ev hanımları, % 53.33'ünü oluşturan erkek hastalarda da memurlar ön sırayı almaktadır. Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ülkemizde, geleneksel uygulama kadının evde, çocuklarının yanında rol almasıdır. Buna bağlı olarak da her araştırmada kadın hastaların büyük bir oranının ev hanımı olması doğal bir sonuçtur.

Sigara içme alışkanlığının hastalıkların oluşmasında olduğu kadar özellikle ameliyat sonrası dönemde, solunum sorunlarını ortaya çıkarıcı predispozan bir faktör olduğu, bu konuya ilişkin yapılan tüm araştırmalarda saptanmıştır. Hastalarımızın % 65'inin sigara kullanma alışkanlığının olmaması sevindirici bir sonuç olarak görülmekte ve bunda son yıllarda gerek yayın organları gerekse radyo ve televizyonla yapılan uyarıların etkili olduğu düşüncesini akla getirmektedir (8).

Ameliyat sonrası erken ayağa kalkmanın, ameliyat sonrası komplikasyonların oluşması açısından önemi tartışılmaz. Erken ayağa kaldırma açısından özellik gösteren bazı durumlar dışında, hastanın ameliyatın ertesi günü ayağa kaldırılmasının önemi tüm literatürlerde vurgulanmaktadır (21).

Erken ambulasyonun kan dolaşımının normale dönmesi, solunum sorunlarının çözülmesi, tromboflebit, abdominal sorunlar ve gerek idrar gerekse defekasyon sorunlarının çözümünde oldukça etkili olduğu, önlenmesi ya da azaltılmasında önemli rol oynadığı bilinmektedir (21).

Olgularımızın % 26.66'sının ameliyatın birinci günü, % 71.66'sının ameliyatın ikinci günü, % 1.66'sının ameliyatın üçüncü günü ayağa kaldırıldıkları saptanmış olup, büyük bir çoğunluğunun ameliyatın ikinci günü ayağa kalktıkları gözlenmiştir. Erken ayağa kaldırmanın önemli olduğu cerrahi hastalarında, bu 24 saatlik gecikme, hastalarımızın bu konuda isteksizliklerine ve hekim söylemeden ayağa kalkmalarının herhangi bir sorun çıkarabileceğini düşünmelerine bağlanabilir.

Nitekim olgularımızda 24 saatin üstünde ayağa kalkma ile ilgili nedenler araştırıldığında, hastanın korkması ve hekim direktifinin ikinci 24 saat için verilmesi gelmektedir.

Ameliyat türü ve uygulanan cerrahi girişim hastadaki ameliyat sonrası komplikasyonlar üzerinde etkilidir. Özellikle, batin ameliyatı geçiren hastalarda karın kaslarına ilişkin bir insizyon söz konusu olduğunda gerek ayağa kalkma, gerek derin solunum yapma ve öksürme, gerekse barsak aktivitelerini gerçekleştirme açısından, acı verici olduğu için zorlanması doğal karşılanmalıdır. Tüm olgularımızın batin ameliyatı geçirmeleri nedeniyle çeşitli abdominal sorunlara rastlanmıştır.

Hastaların ayağa kaldırılmalarında risk önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Olgularımızın büyük bir çoğunluğunun ikinci 24 saatte ayağa kalkmış olması ile orta derecede risk gösteren hastaların % 60 gibi bir oranda olması paralellik göstermekte ve ayağa kalkma ile ameliyatın türü arasındaki ilişkiyi açıkça sergilemektedir.

Ameliyat geçiren hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde en önemli gereksinim soluk alma gereksinimidir. Soluk alıp vermede sorunun varlığı, erken, doğru ve her durumda yeterli olabilecek bir bakıma ihtiyaç göstermektedir. Ameliyat öncesi dönemde yapılan solunum eğitiminin ve egzersizlerinin ameliyat sonrası dönemde solunum komplikasyonları üzerinde etkili olduğu her zaman vurgulanmaktadır (21, 25).

Eser'in yaptığı bir çalışmada, deneye grubu hastalara ameliyat öncesi solunum eğitimi ve egzersizleri öğretilmiş, kontrol grubuna ise rutin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Solunum sorunlarından biri olan atelettazinin deney grubunda, kontrol grubuna oranla azaldığı saptanmış ve erken ameliyat sonrası dönemde çıkabilecek solunum sorunlarının engellenmesinde ameliyat öncesi eğitimin etkili olduğu sonucuna varılmıştır (13).

Çalışmamızda erken ameliyat sonrası solunum sorunları görülen deney grubu olgulara (3 olgu) kapsamlı hemşirelik bakımı verilmiş, kontrol grubu olgulara ise (4 olgu) rutin hemşirelik bakımı verilmiştir. Sonuçta deney grubu olgularımızda solunum sorunlarının giderildiği, kontrol grubunda ise bu sorunların devam ettiği görülmüştür. Uygulanan kapsamlı hemşirelik bakımının solunum sorunlarının giderilmesinde etkin olduğu gözlenmiş, istatistiksel değerlendirmede sonuçlar arasındaki anlamlı bir farklılığın olduğu kapsamlı hemşirelik bakımı verilen hastaların solunum sorunlarının çözümlendiği görülmüştür.  $P=0.02$ ,  $P < 0.05$ ). Çalışmamız Eser'in yaptığı çalışma ile paralellik göstermiştir.

Bulantı, batin ameliyatı geçiren hastalarda erken dönemde sık karşılaşılan sorunlardan biridir. Bulantı hastayı ameliyat sonrası erken dönemde yoran, ağrı ve acı veren, istenmeyen bir sorundur (7,12,21,23).

Araştırmamız kapsamında bulantı sorunu görülen deney grubu olgulara (15 olgu) kapsamlı hemşirelik bakımı uygulanmış, kontrol grubu olgulara ise (12 olgu) rutin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Uygulanan hemşirelik bakımının sonucunun istatistiksel değerlendirmesinde sonuç ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Fisher,  $P=0.00004$ ,  $P < 0.05$ ). Deney grubuna uygulanan kapsamlı hemşirelik bakımı bulantı sorununun çözümlenmesinde etkin olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sorunun ameliyat sonrası olgunun genel durumuna göre devam ettiği gözlenmiştir. Bu sonuç literatür bilgisini doğrulayıcı özellik göstermektedir.

Ameliyat sonrası erken dönemde olgularda, anestezi esnasında yutulan sekresyonların midede birikmesi ve bunların çıkartılma isteği, hastanın ameliyat sonrası kusacağını bilmesi gibi faktörler kusmaya neden olur (5,7,9,24,37).



Batın ameliyatı geçiren ve araştırmamız kapsamında kusma görülen deney grubu olgulara (1 olgu) kapsamlı hemşirelik bakımı, kontrol grubu olgulara ise (4 olgu) rutin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Sonuç, kapsamlı hemşirelik bakımı sonucu bulantı sorununun çözümlenmesi açısından değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunamamıştır (Fisher,  $P=0.20$ ,  $P > 0.05$ ). Bu da kusma sorununun deney grubu olgularda çok az görülmesine bağlanabilir. Ancak kusulan materyalin aspirasyonu sonucu hayati önem taşıyan sorunların önlenmesinde, hastaya güvenli ve temiz bir ortamın sağlanmasında hemşirenin önemli rolü olduğu tartışılmaz.

Dumas ve Leonard'ın yaptıkları bir çalışmada 660 olgunun 3/2'si deney grubu seçilmiş ve ameliyat öncesi dönem ile ameliyat sonrası erken dönemde kapsamlı hemşirelik bakımı uygulayarak psikolojik destek sağlamışlardır. Kontrol grubu olgulara ise rutin bakım uygulamışlar. Her iki grubun ameliyat sonrası kusmanın görülme sıklığı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde sonucu anlamlı bulmuşlar ( $P=0.01$ ,  $P < 0.05$ ) ve veriler kapsamlı hemşirelik bakımının ameliyat sonrası dönemde görülen kusmayı olumlu bir biçimde etkilediğinden, insidansının azaldığından söz etmişlerdir (10).

Çalışmamızda ameliyat sonrası erken dönemde ağız kuruluğu bulunan deney grubu olgulara (19 olgu) kapsamlı hemşirelik bakımı, kontrol grubu (23 olgu) rutin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Uygulanan hemşirelik bakımı ağız kuruluğu sorununu çözümlenmesi açısından değerlendirildiğinde sonuç, ileri derecede anlamlı bulunmuş ve hemşirelik bakımının etkin olduğu görülmüştür (Fisher,  $P=0.000000348$ ,  $P < 0.05$ ).

Uludamar'ın yaptığı bir çalışmada da erken ameliyat sonrası dönemde ağız kuruluğu bulunan olgulardan deney grubuna % 5 NaCl, kontrol grubu olgulara musluk suyu ile ağız

bakımı verilmiş, iki grup sonuçları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde % 5 NaCl'le verilen ağız bakımının sorunu çözümlenmede daha etkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamız sonucu ile birbirini doğrulayıcı nitelikte olduğu görülmüştür (35).

İdrar retansiyonu erken ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek hastayı oldukça fazla rahatsız edici diğer bir sorundur. Fizyolojik ve psikolojik nedenler, anestezi, alışkanlıkların yerine getirilmemesi ameliyat sonrası erken dönemde hastaların idrar yapmada sorunla karşılaşmalarına neden olmaktadır.

Araştırmamız kapsamında yer alan ve idrar retansiyonu sorunu olan deney grubu olgulara (12 olgu) kapsamlı hemşirelik bakımı, kontrol grubu olgulara (10 olgu) rutin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Uygulanan hemşirelik bakımının sonucu istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunamamıştır (Fisher,  $P=0.15$ ,  $P > 0.05$ ). Deney grubuna uygulanan hemşirelik bakımı ile kontrol grubuna hekim direktifi sonucu uygulanan idrar sondası işlemi sorunu çözümlenmede eşit derecede etkin olmuşlardır. Fakat klinik uygulamalarda idrar retansiyonu sorununun çözümlenmesinde kullanılan kateterizasyon işleminin üriner infeksiyon oluşturma riski unutulmamalıdır.

Hatipoğlu yaptığı bir çalışmada üretral kateterizasyon işleminde kullanılan ve steril olduğu kabul edilen araç ve gereçlerin yeterince steril olmadığını, üretral kateterizasyonda olduğu sürece görülen bakteriürinin ilk üç günde en yüksek oranda olduğunu saptamıştır (18).

Bu çalışma hastaya uygulandığında hiç bir yan etkisi olmayan ve en az kateterizasyon işlemi kadar çözümleyici rol oynayan kapsamlı hemşirelik bakımının önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Ameliyat sonrası abdominal distansiyonun önlenmesi oluşabilecek diğer sorunların (eviserasyon, solunum güçlüğü vd.) önlenmesi açısından önemlidir. Abdominal distansiyon sorunu saptanan ve araştırma kapsamında yer alan deney grubu olgulara (15 olgu) kapsamlı hemşirelik bakımı, kontrol grubu olgulara ise (13 olgu) rutin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Uygulamaların sonucu sorunun çözümlenmesi açısından istatistiksel olarak değerlendirildiğinde, kapsamlı hemşirelik bakımının distansiyon sorununu çözümlenmede etkin olduğu saptanmıştır (Fisher,  $P=0.036$ ,  $P < 0.05$ ). Distansiyonun giderilmesinde bir hemşirelik bakım girişimi olan hastayı erken ayağa kaldırma ile Atalay'ın yaptığı bir çalışmada olguların çoğunda distansiyonun giderildiği vurgulanmıştır (3).

Çalışmamız Atalay'ın yaptığı çalışma ile paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak batın ameliyatı geçiren hastaların erken ameliyat sonrası dönemde karşılaştıkları abdominal sorunların çözümlenmesinde, kapsamlı hasta bakımı uygulamalarının önemli derecede rol oynadığı belirlenmiştir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Çeşitli batın ameliyatlarında karşılaşılan solunum sorunları, bulantı, kusma, ağızda kuruluk, idrar retansiyonu, distansiyon, akut mide dilatasyonu, hıçkırık gibi abdominal sorunların çözümlenmesinde hemşirenin rolünü belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızda;

Erken ameliyat sonrası dönemde gelişen, önemli bir sorun, solunumun çeşitli nedenlerle engellenmesidir. Olgularımızın % 5.38'igibi az bir grubunda bu sorun gelişmiştir. Bu % 88.33 oranında sigara içmeyen olgu grubunun araştırma kapsamında yer almasıyla bağdaşmaktadır. Bu sorunun çözümlenmesinde uygulanan hemşirelik bakımı çözümleyici rol oynamış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.05$ ).

Erken ameliyat sonrası dönemde çok sık karşılaşılan sorunlardan biri de bulantıdır. Olgularımızın % 20.76'sında bulantı sorunu gelişmiş ve deney grubu olgularda bu sorun hemşirelik girişimleri sonucunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde giderilmiştir ( $P < 0.05$ ).

Kusma erken ameliyat sonrası sekonder komplikasyon geliştirme olasılığı fazla olan bir sorundur. Araştırmamız kapsamında incelenen olguların % 3.84'ünde bu sorun gelişmiş ve hemşirelik girişimleri ile kusma sorununun giderilmesinde yeterince etkin olunamamıştır ( $P > 0.05$ ).

Erken ameliyat sonrası dönemde idrar retansiyonu gelişebilecek bir diğer önemli komplikasyondur. Olgularımızın % 16.92'sinde idrar retansiyonu gelişmiştir. Giderilmesinde

ise hemşirelik girişimleri, tıbbi bakım girişimleri ile eşit derecede etkin olmuştur ( $P > 0.05$ ).

Olgularımızın % 20.76'sında gelişen abdominal distansiyon erken ameliyat sonrası dönemin rahatsız edici ve sekonder sorunlara yol açabilecek önemli komplikasyonlarından-  
dır. Çözülmesinde hemşirelik girişimleri etkin rol oynamış, girişim sonuçları istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.05$ ).

Olgularımızın yüzdelenmesinde büyük bir çoğunluğu oluşturan ağız kuruluğu erken ameliyat sonrası dönemin rahatsız edici bir sorunudur. % 32.30 oranında rastlanılan bu sorunu çözmek için uygulanan hemşirelik bakımının ileri derecede etkin olduğu istatistiksel olarak da saptanmıştır ( $P < 0.05$ ).

Bu çalışmanın sonuçlarına göre erken ameliyat sonrası dönemde gelişebilen abdominal sorunların çözülmesi ya da en aza indirgenmesi için öneriler şöyle sıralanabilir:

- Hastaların erken ameliyat sonrası dönemlerini geçirdikleri ünitelerde çalışan hemşirelerin sayıca fazla olması ve bu hemşirelerin gelişebilecek komplikasyon belirtilerini iyi gözlemleyebilmeleri, gözlem sonuçlarını doğru yorumlayabilmeleri, çabuk ve doğru girişimlerde bulunabilmeleri için kuramsal ve uygulamalı, geniş içerikli ve uzun süreli görev içi eğitim programına tutulmalıdırlar.

- Cerrahi hastasının bakımı bir bütün olarak düşünülmesi ve ameliyat sonrası bakıma verilen önem kadar ameliyat öncesi de dikkatli hemşirelik bakımı uygulanarak, ameliyat sonrası bakım gerekleri konusunda eğitim ve uygulamalar yaptırılmalıdır.

- Sorunların çözümlenmesinde hemşire ameliyat öncesi dönemde hasta kabulünden başlayarak, hasta ile terapötik iletişim kurmalı ve güvenini kazanarak, ameliyat sonrası dönemde sorunların çözümlenmesinde sağlıklı hasta-hemşire işbirliğini sağlamalıdır.

- Erken ameliyat sonrası dönem ünitesinde çalışan hemşireler, batın ameliyatı geçiren hastalarda gelişebilecek abdominal sorunların giderilmesinde uygun hemşirelik bakımının seçilmesi uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesinde etkin olmalı ve tıbbi bakımın yanısıra hemşirelik bakımının önemi konusunda duyarlı olmalıdır.

## Ö Z E T

Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Servislerine değişik nedenlerle batin ameliyatı geçirmek üzere yatan 30'u deney, 30'u kontrol grubunda 60 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Solunum sorunları, bulantı, kusma, ağız kuruluğu, akut mide dilatasyonu, idrar retansiyonu, hıçkırık ve distansiyon gibi abdominal sorunların çözümlenmesinde, hemşirenin rolünü araştırma amacı ile deney grubu hastalar erken ameliyat sonrası dönemde bu sorunlar açısından gözlenmiş ve kapsamlı hasta bakımı uygulanmış, kontrol grubu hastalara ise rutin servis bakımı verilmiştir.

Sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde, erken ameliyat sonrası dönemde verilen kapsamlı hemşirelik bakımının, solunum sorunları, bulantı, ağız kuruluğu ve distansiyonu çözümlenmede etkin olduğu, idrar retansiyonu sorununu çözümlenmede ise hemşirelik girişimlerinin tıbbi bakım- la eşit derecede etkin olduğu saptanmış ve hastalara erken ameliyat sonrası dönemde uygulanan kapsamlı hemşirelik bakımının sorunları minimuma indirgemedede etkili olduğu gözlenmiştir.

## S U M M A R Y

This research was realized on 60 patients, who underwent abdominal operations of different reasons in General Surgical Clinics of Cerrahpaşa Medical Faculty University of Istanbul. 30 of the patients belonged to the control group and the other 30 patients were in the research group.

In order to search for the role of the nurse in solving the abdominal problems such as dyspnea, nausea, vomiting, hiccup, dry mouth, acute stomach dilatation, abdominal distention etc., the experimental group was observed in the early postoperative period and underwent intensive patient care.

Statistical results suggest, that intensive nurse care in the early postoperative period was effective in solving the problems of dyspnea, nausea, dryness and abdominal distention. Concerning the urine retention, equal results came out by the medical and the nursing care. It has been observed, that intensive nursing care is effective in reducing the problems in reducing the problems in the early postoperative period.



## K A Y N A K L A R

- 1- Aksoy, G.: Ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımında psikososyal etkenlerin rolü ve hemşirelik hizmetlerinin yeri. İ.Ü.Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, 1984 (Doktora Tezi).
- 2- Aksoy, G.: Cerrahi Hemşireliği. İ.Ü. Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Cerrahi Hemşireliği Ders Notları, İstanbul, 1987.
- 3- Atalay, M.: Ameliyat sonrası erken devrede görülen distansiyonun önlenmesinde hastayı erken ve planlı hareket ettirmenin etkisine ilişkin karşılaştırmalı bir çalışma, Ankara, 1976 (Yüksek Lisans Tezi).
- 4- Brunner, L.S., Suddarth, S.S.: Textbook of Medical-Surgical Nursing. J.B. Lippincolt Company. 3 th.ed., Philadelphia, 1975.
- 5- Brune, D., Sholtis, L., Suddarth, S.: The Lippincolt Manual of Nursing Practice. J.B.Lippincolt Company, Philadelphia, Toronto, 1974.
- 6- Charles, K., Hofling, M.O., Leininger, M.: Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar. Çeviri: A.Kumral, Vehbi Koç Vakfı, İstanbul 1981.
- 7- Değerli, Ü.: Genel Cerrahi. İ.Ü.Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1970.
- 8- Değerli, Ü.: Genel Cerrahi. İ.Ü.Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1975.

- 9- Değerli, Ü.: Genel Cerrahi. Fatih Gençlik Matbaası, İstanbul, 1976.
- 10- Dumas, R.G., Leonard, C.R.: The effect of nursing on the incidence of postoperative vomiting. Nursing Research, 2: 1: 1963.
- 11- Dyer, M., King, E., Wieck L.: Hemşireliğin Temel İlkeleri. Çeviri: K. Babadağ, Vehpi Koç Vakfı, İstanbul, 1981
- 12- Eliason's: Surgical Nursing. J.B.Lippincolt Company, 11 th.ed., Montreal, Philadelphia, 1959.
- 13- Eser, G.: Torokotomi ve göbek altı üstü laparotomi ameliyatı geçiren hastalarda preoperatif dönemde yapılan solunum eğitimi ve egzersizlerinin, erken dönemde çıkabilecek solunum komplikasyonlarına etkisine ilişkin karşılaştırmalı bir çalışma. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, 1988 (Yüksek Lisans Tezi).
- 14- Fıstıkçıoğlu, A.: Kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin kanser ağrısı hakkında bilgilerinin araştırılması. İstanbul, 1985 (Yüksek Lisans Tezi).
- 15- Fuerst, E.V., Weitzel, M.H., Wolf, L.: Hemşireliğin Temel İlkeleri. Çeviri: R.Avery, S.Bezmez, M.Yaylalı, Vehbi Koç Vakfı, İstanbul, 1979.
- 16- Gasterton, S.B. Gruendermann, B.J.: The Surgical Patient. The C.U.Mosby Company, 2 nd.ed., St.louis, 1977.
- 17- Hallaç, P.: Sindirim Sistemi Fizyolojisi. İ.Ü. Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1980.
- 18- Hatipoğlu, Sevgi.: Üretral katater uygulanmasında işlem süresince kullanılan araç ve gereçlerin üriner enfeksiyonla ilişkisini saptamaya yönelik karşılaştırmalı bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, 1978 (Doktora Tezi).

- 19- Henderson, V., Nite, G.: Principles and Practice of Nursing. Publishing MacMillan Company. 6 th ed, New York, 1978.
- 20- Kannan, N.: Preoperatif eğitimin postoperatif ağrı algılamasına olan etkisi. İ.Ü.Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, 1985 (Yüksek Lisans Tezi).
- 21- Kathleen, N.S.: Tıbbi ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Çeviri: E.Kum, Mateksan Limited Şirketi, İstanbul, 1962.
- 22- Kayabalı, İ.: Genel Şirürji Ders Kitabı. Ankara Üniversitesi Basım Evi, Ankara, 1975.
- 23- \*Kum, N.: İletişimin amacı. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni, 10:3, Ankara, 1977.
- 24- Mason, A.M.: Basic-Medical Surgical Nursing. Collier Mac Millan Publishing Ca.Inc., London, 1974.
- 25- Minkari, T., Ünal, G.: Mide Tümörleri ve Cerrahisi. Kayıt ve Basım İşleri A.Ş., İstanbul, 1976.
- 26- Okumuş, H.: Hemşirelik Süreci konulu seminer özeti. Türk Hemşireler Dergisi, 3: 25, 1980.
- 27- Özcan, A.: Hasta Hemşire İlişkileri. Türk Hemşireler Dergisi, 43: 4, 1976.
- 28- Saydanlı, Ş.: Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin uyguladıkları fiziksel bakımın belirlenmesine ilişkin bir çalışma. İ.Ü.Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, 1988.
- 29- Sorenson ond Luckmann: Basic Nursing A. Psydnophysiologic Approad. 2 rd.ed., Saunders Company Philadelphia, 1986.

- 30- Stockard, N.: Ameliyat sonrasında hastaların adım adım izlenmesi ve verilerin toplanması, Ulusal Cerrahi Hemşirelik Dergisi, 1:1, 1988.
- 31- Şentürk, S.E.: Hemşirelik Tarihi. Can Kitapçılık Pazarlama Yayınları, İstanbul, 1985.
- 32- Tamer, G.: Dış hastalıkları hemşireliği ve hasta hemşire ilişkileri, Türk Hemşireler Dergisi, 1, 1970.
- 33- Türkel, N.: Ameliyat öncesi hastanın derisinin hazırlanması. Ulusal Cerrahi Hemşirelik Dergisi, 1:1, 1988.
- 34- Tuncel, Ş.: Genel Cerrahi. Sermet Matbaası, İstanbul, 1976.
- 35- Uludamar, N.: Susuzluğun giderilmesinde NaCl'ün etkisi ile ilgili karşılaştırmalı bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, 1971 (Yüksek Lisans Tezi).
- 36- Velioglu, P.: Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru. Bozok Matbaası, İstanbul, 1985.
- 37- West, N.P.: Nursing Care of the Surgical Patient. The MacMillan Company, New York, 1951.
- 38- Yıldırım, A.: Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin hizmetlerinde yer alması gereken hemşirelik işlevleri hakkında bilgi düzeylerinin araştırılması. İstanbul, 1988 (Yüksek Lisans Tezi).

Ek: 1

### ARAŞTIRMA TAKİP FORMU

KOD NO :

HASTANIN ADI SOYADI :

YAŞI : 1-( ) 0-30 yaş grubu  
2-( ) 31-40 yaş grubu  
3-( ) 41-50 yaş grubu  
4-( ) 51-60 yaş grubu

CİNSİ : 1-( ) Kadın  
2-( ) Erkek

MESLEĞİ : 1-( ) Memur, 2-( ) İşçi, 3-( ) Serbest  
4-( ) Ev hanımı, 5-( ) Öğrenci,  
6-( ) İşsiz

EĞİTİM DURUMU : 1-( ) Okur yazar değil  
2-( ) İlk öğrenim  
3-( ) Orta öğrenim  
4-( ) Yüksek öğrenim ve üstü

MEDENİ DURUM : 1-( ) Bekar  
2-( ) Evli

ALİŞKANLIKLARI : 1-( ) Sigara kullanıyor  
2-( ) Önceden sigara kullanıyor  
3-( ) Sigara kullanmıyor

TEŞHİS :

AMELİYATIN TÜRÜ : 1-( ) Az riskli  
2-( ) Orta riskli  
3-( ) Çok riskli

AYAĞA KALKMA ZAMANI : 1-( ) Birinci gün (24 saat)  
2-( ) İkinci gün (48 saat)  
3-( ) Üçüncü gün (72 saat)  
4-( ) Dördüncü gün ve üstü

AYAĞA KALKMA ZAMANI 24 SAATİ AŞIYORSA NEDENİ?

VAKAYA AİT ÖNEMLİ NOTLAR

Ek: 2

SORUN	HEMŞİRELİK GİRİŞİMİ	SONUÇ
I- Ağızda kuruluk	<p>( ) 1- Hastaya bu sorunun nedenleri ve yapılacak uygulamalar hakkında açıklama yapılması.</p> <p>( ) 2- Hastanın hekim direktifine göre yeterli sıvı alıp almadığının kontrolü.</p> <p>( ) 3- Limonlu su veya gliserin ilave edilmiş su ile ağız içinin çalkalatılması.</p> <p>( ) 4- Dudakların normal su veya vazelin ya da benzeri krem ile nemlendirilmesi.</p> <p>( ) 6- Limonlu ılık çay veya benzeri ılık sıvıları yudum yudum vermek.</p> <p>( ) 7- Hastayla konuşarak psikolojik destek sağlanması.</p>	<p>( ) 1- Olumlu</p> <p>( ) 2- Olumsuz</p>
II- Bulantı	<p>( ) 1- Hastaya bu sorunun nedenleri ve yapılacak uygulamalar hakkında açıklama yapılması.</p> <p>( ) 2- Yastığının alınması, başının yana çevrilmesi.</p> <p>( ) 3- Varsa sık sık NGT'nin aspirasyonu.</p> <p>( ) 4- Temiz hava, derin nefes alımının sağlanması.</p> <p>( ) 5- Varsa antiemetik direktifinin uygulanması.</p> <p>( ) 6- Hastayla konuşarak psikolojik destek sağlanması.</p>	<p>( ) 1- Olumlu</p> <p>( ) 2- Olumsuz</p>
III- Kusma	<p>( ) 1- Hastaya bu sorunun nedenleri ve yapılacak uygulamalar hakkında açıklama yapılması.</p> <p>( ) 2- Yastığının alınıp, başının yana çevrilmesi.</p>	<p>( ) 1- Olumlu</p> <p>( ) 2- Olumsuz</p>

SORUN

HEMŞİRELİK GİRİŞİMİ

SONUÇ

- ( ) 3- Odanın havalandırılması.
- ( ) 4- Varsa sık sık NGT'nin aspirasyonu ve aspire edilen mayinin kontrolü.
- ( ) 5- Ağız bakımının verilmesi.
- ( ) 6- Abdominal distansiyon, hıçkırık, gastirik retansiyonun araştırılıp çözümlenmesi.
- ( ) 7- Tolere edebiliyorsa gazoz gibi karbonatlı içecekler veya limonlu çayın yudumlatılması.
- ( ) 8- Varsa antiemetik direktifinin uygulanması.
- ( ) 9- Hastayla konuşarak psikolojik destek sağlanması.

V- İdrar Retan-  
siyonu.

- ( ) 1- Hastaya bu sorunun nedenleri ve yapılacak uygulamalar hakkında açıklama yapılması.
- ( ) 2- Ağrı ve korkunun en aza indirilmesi.
- ( ) 3- Yatak içinde pozisyon değişikliğinin yapılması.
- ( ) 4- Hastanın başının yükseltilmesi.
- ( ) 5- Hipogastrium bölgesine sıcak termofor uygulanması.
- ( ) 6- Hastayla konuşarak rahatlatılması ve bu işlemler esnasında hastanın yalnız bırakılması.
- ( ) 7- Hekime rapor edilip idrar sondasının uygulanması.

( ) 1-Olumlu  
( ) 2-Olumsuz

Distansiyon

- ( ) 1- Hastaya bu sorunun nedenleri ve yapılacak uygulamalar hakkında açıklama yapılması.
- ( ) 2- Varsa sık sık NGT'nin aspirasyonu.

( ) 1-Olumlu  
( ) 2-Olumsuz

SORUN

HEMŞİRELİK GİRİŞİMİ

SONUÇ

- ( ) 3- Hastaya yatak içinde aktif pasif hareketler yaptırılması.
- ( ) 4- Abdominal bölgeye sıcak termafor uygulanması.
- ( ) 5- Pozisyon değişikliği, mümkünse ayağa kaldırılması.
- ( ) 6- Rektal tüp uygulanması.
- ( ) 7- Hastanın anksietesinin en aza indirgenmesi.

VI- Diğer nedenlere Bağlı Solunum Sorunları.

- ( ) 1- Hastaya bu sorunun nedenleri ve yapılacak uygulamalar hakkında açıklamalar yapılması.
- ( ) 2- Ağrının en aza indirgenmesi.
- ( ) 3- Yatağının baş ucunun yükseltilmesi.
- ( ) 4- Derin solunum ve öksürme egzersizlerinin her saat başı yaptırılması.
- ( ) 5- Varsa abdominal distansiyonun ortadan kaldırılması.
- ( ) 6- Yatakta aktif pasif hareketlerin yaptırılması.
- ( ) 7- Hastanın erken ayağa kaldırılması.
- ( ) 8- Oda havasının nemlendirilmesi.

- ( ) 1-Olumlu
- ( ) 2-Olumsuz

VII-Akut Mide Dilatasyonu.

- ( ) 1- Hastaya gerekli açıklamanın yapılması ve sakinleşmesinin sağlanması.
- ( ) 2- Sık sık pozisyon değiştirmek.
- ( ) 3- NGT uygulanmasının sağlanması ve sık sık aspirasyonu.
- ( ) 4- Ağızdan hiç bir şey alınmamasının sağlanması.
- ( ) 5- Günlük kalori, protein, sıvı ihtiyacının oral yol dışında alınmasının sağlanması.

- ( ) 1-Olumlu
- ( ) 2-Olumsuz



SORUN	HEMŞİRELİK GİRİŞİMİ	SONUÇ
	( ) 6- Hastanın erken ayağa kaldırılması.	
VIII-Hıçkırık	( ) 1- Hastaya 5-10 bir kese kağıdına teneffüs ettirerek kendi CO <sub>2</sub> 'nin alımının sağlanması.	( ) 1-Olumlu ( ) 2-Olumsuz
	( ) 2- Varsa sedatif direktifinin uygulanması.	
	( ) 3- Nedenin araştırılması için hekimin uyarılması.	

## ÜMMÜ YILDIZ'ın ÖZGEÇMİŞİ

1963 yılında Balıkesir Bigadiç'de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Balıkesir'de tamamladı.

1982-83 akademik ders yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'na girmiş; 1985-86 akademik ders yılında mezun olmuştur. Aynı yıl, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nde süpervisor hemşire olarak görev almış; bu görevde 2.5 yıl çalıştıktan sonra aynı hastanenin Acil Birimleri Başhemşireliğine atanmış olup halen bu görevini sürdürmektedir.

Türk Hemşireler Derneği'ne üye olan Ümmü YILDIZ hemşirelik ile ilgili birçok kongre, simpozyum ve seminerlere katılmıştır. Ümmü YILDIZ bekar olup, İngilizce bilmektedir.