



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSTE AKUT KARIN ÖN TANISIYLA
İZLENEN HASTALARIN TANI, TEDAVİ VE
HEMŞİRELİK BAKIMLARINA YÖNELİK
UYGULAMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

CANAY ÇAKIR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
ACİL HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
PROF. DR. DENİZ ŞELİMEN

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Tez Sahibi : Canay ÇAKIR

Tez Başlığı : Acil Serviste Akut Karin Ön Tanisiyla İzlenen Hastaların Tanı, Tedavi Ve Hemşirelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Sınav Yeri : Haydarpaşa Kampüsü

Sınav Tarihi : 04/02/2011

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Kurumu

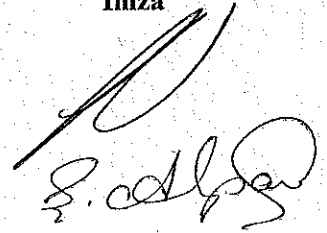
İmza

Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN

**Sınav Jüri Üyeleri (Unvan,
Adı, Soyadı)**

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

M.Ü. S.B. F. Hemş. Böl.




Yard. Doç. Dr. Aysel GÜRKAN

M.Ü. S.B. F. Hemş. Böl.



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 24.1.2011 tarih ve 31. sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

I. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih

.../.../.....

“Canay ÇAKIR”

(İmza)

II. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince sabırla mesleki gelişimime katkıda bulunan danışmanım Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN'e,

Değerli hocalarım Yrd. Doç. Aysel GÜRKAN ve Ar. Gör. Işıl IŞIK' a,

Çalışmamda bana her zaman destek olan babam Halil ÇAKIR, annem Ayten ÇAKIR ve kardeşlerim Aysun ve Yeşim ÇAKIR' a,

Çalışmamda yardımlarını esirgemeyen Acil Servis Şefi Dr. Mehmet TOPUZLAR' a, Servis Sorumlu Hemşirem Semra TOPUZLAR' a ve değerli iş arkadaşlarıma,

Bilgilerini paylaşan ve bu süreçte hep yanımda olan yakın dostlarım Sevim ŞEN, Buket TÜTÜNCÜ ve Süheyla KUVVETTAŞ' a teşekkür ederim.

III. İÇİNDEKİLER

I.BEYAN	I
II.TEŞEKKÜR	II
III.İÇİNDEKİLER	III
IV.KISALTMALAR	VI
V.TABLO LİSTESİ	VII
VI.GRAFİK LİSTESİ	IX
1 ÖZET	1
2 SUMMARY	2
3 GİRİŞ VE AMAÇ	3
4 GENEL BİLGİLER	5
4.1. Karın Anatomisi	5
4.2. Hasta Öyküsü	5
4.3. Karın Muayenesi	6
4.4. Ağrının Özellikleri	7
4.4.1. Ağrının Lokalizasyonu	7
4.4.2. Ağrının Kronolojisi	10
4.4.3. Ağrının Şiddeti ve Karakteri	10
4.4.4. Ağrıyı Hafifleten ve Şiddetlendiren Etkenler	11
4.4.5. Abdominal Ağrı Tipleri	11
4.4.5.1. İnflamatuar Tipte Ağrı	11
4.4.5.2. Kolik Tarzda Ağrı	12
4.4.5.3. İskemik Ağrı	12
4.4.5.4. Perforasyon Ağrısı	12
4.4.5.5. Birleşik Ağrı	13
4.5. Ağrı İle Birlikte Görülen Semptomlar	13
4.5.1. Şok Bulguları	13
4.5.2. Bulantı ve Kusma	13
4.5.3. Barsak Alışkanlıkları	13
4.5.4. Ürolojik Bulgular	14
4.5.5. Jinekolojik Bulgular	14
4.6. Tanılama Yöntemleri	14

4.7.	En Sık Rastlanan Akut Karın Tabloları	15
4.7.1.	İnflamatuvar Durumlar	15
4.7.1.1.	Akut Apandisit	15
4.7.1.2.	Akut Kolesistit	16
4.7.1.3.	Akut Divertikülit	16
4.7.1.4.	Akut Gastroenterit	16
4.7.1.5.	Akut Pankreatit	17
4.7.1.6.	Peritonit	17
4.7.1.7.	Hepatit	17
4.7.1.8.	İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Pyelonefrit	18
4.7.2.	İçi Boş Organ Tıkanıklık ve Perforasyonları	18
4.7.2.1.	Peptik Ülser	18
4.7.2.2.	Kolon Perforasyonları	18
4.7.2.3.	Biliyer Kolik	19
4.7.3.	Mekanik Bağırsak Tıkanıklıkları	19
4.7.4.	Vasküler Hastalıklar	19
4.7.4.1.	Abdominal Aort Anevrizması	19
4.7.4.2.	İntestinal İskemi	20
4.7.4.3.	Gastrointestinal Kanamalar	20
4.8.	Yaşlı Erişkinlerde Akut Karın Tablosu	20
4.9.	Tanı ve Tedavi	21
4.10.	Hemşirelik Bakımı Yaklaşımları	21
5.	GEREÇ VE YÖNTEM	24
5.1.	Araştırmanın Şekli	24
5.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
5.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
5.4.	Verin Toplaması	24
5.5.	Verilerin Değerlendirilmesi	25
5.6.	Araştırmanın Sınırlılıkları	25
5.7.	Araştırmanın Etik Yönü	25
6.	BULGULAR	26
6.1.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	26
6.2.	Hastaların Tanı ve Tedavilerine İlişkin Bulgular	29

6.3.	Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bulgular	40
7.	TARTIŞMA VE SONUÇ	43
7.1.	Tartışma	43
7.1.1.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	43
7.1.2.	Hastaların Tanı ve Tedavilerine İlişkin Özellikleri	47
7.1.3.	Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Özellikler	57
7.2.	Sonuç	60
8.	KAYNAKLAR	63
9.	EKLER	68
10.	ÖZGEÇMİŞ	71

IV. KISALTMALAR

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

NSKA: Nonspesifik Karın Ağrısı

EKG: Elektrokardiyografi

PID/PIH: Pelvik İnflamatuvar Hastalık

İYE: İdrar Yolları Enfeksiyonu

GİS: Gastrointestinal Sistem

ADKG: Ayakta Direkt Karın Grafisi

ACG: Akciğer Grafisi

USG: Ultrasonografi

BT: Bilgisayarlı Tomografi

DÜSG: Direkt Üriner Sistem Grafisi

V. TABLO LİSTESİ

Tablo a.	Yaygın Karın Ağrısının Nedenleri	8
Tablo b.	Ağrı Lokalizasyonlarına Göre Olası Tanılar	9
Tablo c.	Karın Ağrısının Tip ve Yansıdığı Yerleri	10
Tablo d.	Ağrı Karakterine Göre Olası Hastalıklar	11
Tablo 1.	Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	26
Tablo 2.	Hastaların Yaş Gruplarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	26
Tablo 3.	Hastaların Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	26
Tablo 4.	Hastaların Alışkanlıklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	27
Tablo 5.	Hastaların Alışkanlıklarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı	27
Tablo 6.	Hastaların Önceden Geçirilmiş Operasyon Durumuna Göre Dağılımı	27
Tablo 7.	Hastaların Önceden Geçirilmiş Operasyon Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	27
Tablo 8.	Hastaların Önceden Geçirilmiş Operasyon Durumlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	28
Tablo 9.	Hastaların Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı	28
Tablo 10.	Kronik Hastalıkların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	28
Tablo 11.	Kronik Hastalıkların Cinsiyete Göre Dağılımı	29
Tablo 12.	Hastaların Sürekli Kullanılan İlaç Durumunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	29
Tablo 13.	Hastaların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	30
Tablo 14.	Hastaların Tanılarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı	30
Tablo 15.	Sindirim Sistemi Hastalıklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	31
Tablo 16.	Bağırsak Hastalıklarının Dağılımı	31
Tablo 17.	Hastalara Yapılan Konsültasyonların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	32
Tablo 18.	Hastalara Yapılan Konsültasyonların Cinsiyetlere Göre Dağılımı	33
Tablo 19.	Hastaların Yatış Oranının Konsültasyonlara Göre Dağılımı	33
Tablo 20.	Servislere Yatırılan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	34
Tablo 21.	EKG Çekiminin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	35
Tablo 22.	Hastaların Semptomlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	36

Tablo 23.	Hastaların Semptomlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı	37
Tablo 24.	Ameliyat Olma Durumunun Tanılara Göre Dağılımı	39
Tablo 25.	Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bulgular	40
Tablo 26.	Damar Yolu Açılma Durumunun Tanıya Göre Dağılımı	40
Tablo 27.	Analjezik Uygulama Durumunun Tanıya Göre Dağılımı	41
Tablo 28.	Ölen Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	42
Tablo 29.	Ölen Hastaların Tanılarının Dağılımı	42

VI. GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1.	Hastaların Tanılarının Dağılımı	29
Grafik 2.	Hastaların Sindirim Sistemi Tanılarının Dağılımı	31
Grafik 3.	Hastalara Yapılan Konsültasyonların Dağılımı	32
Grafik 4.	Hastalara Yapılan Laboratuar Tetkiklerinin Dağılımı	34
Grafik 5.	EKG Çekimi Dağılımı	35
Grafik 6.	Hastalara Yapılan Görüntüleme Yöntemlerinin Dağılımı	35
Grafik 7.	Hastaların Ağrı Dışındaki Semptomlarının Dağılımı	36
Grafik 8.	Hastaların Acil Serviste Kalış Süresinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	37
Grafik 9.	Hastaların Acil Serviste Kalış Süresinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı	38
Grafik 10.	Hastaların Acil Servisten Çıkış Şekline Göre Dağılımı	38
Grafik 11.	Hastaların Yatırılan Servislere Göre Dağılımı	38
Grafik 12.	Hastaların Yapılan Operasyonlara Göre Dağılımı	39
Grafik 13.	Hastaların Lavman Uygulamasının Tanıya Göre Dağılımı	41

1.ÖZET

Acil tıbbi durumlar; beklenmedik bir zamanda ortaya çıkıp, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını bozabilir ve yaşamı tehdit edebilirler. Acil tıbbi durumların %5-10'unu akut karın oluşturur. Akut karın; karın iç organlarından herhangi birinde veya bir kaçında aniden ortaya çıkan ve yaşamı tehdit edecek kadar ciddi sonuçlara neden olan hastalıklar olarak tanımlanır.

Bu araştırma acil serviste akut karın ön tanısı ile izlenen hastaların; tanı, tedavi ve hemşirelik uygulamalarının incelenmesi amacıyla; tanımlayıcı tipte, kesitsel retrospektif bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17.0 programı kullanılmıştır.

Çalışmamızın yapıldığı hastanenin acil servisine başvuran ve akut karın ön tanısı ile izlenen hastaların %62,9'u genç hastadır (19-44 yaş). 539 hastanın oluşturduğu çalışmanın %29,1'ine nonspesifik karın ağrısı tanısı konmuştur. Karın ağrısından sonra en çok görülen semptomlar bulantı ve kusmadır. Hastaların %30,1'i Genel Cerrahi Servisine yatırılmıştır. Hastaların %97,6'sının yaşam bulguları sadece bir kez ölçülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda karın ağrısının acil servis kabulleri arasında büyük yer tuttuğu görülmektedir. Bu nedenle akut karın tablosu olan hastaların acil serviste izlemleri süresince tedavi ve hemşirelik bakımını geciktirmemek amacıyla; bireysel özellikleri, tıbbi geçmişleri ve başvuru yakınmaları göz önünde bulundurularak hemşirelik izlemi yapılmalıdır. Hemşirelik izleminin belirli aralıklarla yapılması ve kaydedilmesi hastanın tüm sağlık ekibi tarafından rahatlıkla değerlendirilebilmesinin yanı sıra mesleki gelişime de katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akut karın, hemşirelik izlemi.

2. SUMMARY

Evaluation of diagnosis, treatment and nursing care of the patients who were observed with acute abdomen in the emergency service

Emergency medical conditions can occur in unexpected times, deteriorate the individual's physical and psychological health, place the individual's life in serious jeopardy. Acute abdomen forms 5-10 % of emergency medical conditions. Acute abdomen refers to disorders which emerge suddenly in internal organs and threaten the individual's life seriously.

This study has been planned as an identifying, cross-sectional and retrospective study for the evaluation of diagnosis, treatment and nursing applications of the patients who were observed with acute abdomen preliminary diagnosis in emergency service. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17.0 was used for the analysis of the findings of the study.

62.9 % of the participants who were observed in the emergency service of our hospital for acute abdominal pain preliminary diagnosis were of the young patient (aged between 19-44) group. In the present study which consists of 539 patients, 29.1 % of the patients were diagnosed as nonspecific abdominal pain. Nausea (27.6 %) and vomiting (21.5 %;) were the most common complaints after abdominal pain. 30.1 % of the patients were hospitalized in the General Surgery Service. Vital signs were measured just once in 97,6 % of the patients.

The results show that abdominal pain occupies a major place in emergency service admissions. Therefore, during the observation process of the patients who have acute abdomen in emergency service; personal characteristics, medical history and complaints of the patients should be taken into consideration and nursing observation should be carried out in order not to delay treatment and nursing care. Carrying out and recording the nursing observation at regular intervals will contribute greatly to the evaluation of the patients by the staff along with professional development.

Key words: Acute abdomen, nursing care.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil tıbbi durumlar; beklenmedik bir zamanda ortaya çıkıp, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını bozabilir ve yaşamı tehdit edebilirler (French et al. 2006, Stalnicowicz et al. 2005, McAloon et al. 2003). Acil sağlık hizmetleri; kişinin yer ve zaman belli olmaksızın ani olarak karşılaştığı, oluşturabileceği ciddi sonuçlar nedeni ile anında girişimde bulunulması gereken sağlık sorunlarını çözmeye yönelik bir hizmetler dizisidir (Ceylan ve ark. 2001).

Acil tıbbi durumlar, acil servise başvuru nedenleridir. Cerrahi başvuruların yaklaşık %50'sini akut cerrahi aciller ve bunların da yarısını abdominal semptomlar; özellikle de karın ağrısı oluşturmaktadır. Akut karın ağrısı tüm acil servis başvurularının %5'ini oluşturmaktadır (Kelso et al. 1997, Core et al. 2008, Ducharme 2005, French et al. 2006, Stalnicowicz et al. 2005, McAloon et al. 2003). Karın ağrısı ile izlenen hasta grubunun; %30-40'ına acil girişim yapılmakta ya da yakın tarihte girişim planlanmaktadır. Hastaların %34-53'ünde ise önemli bir neden bulunamamakta ve son tanı spesifik olmayan karın ağrısı (NSKA) olmaktadır (Özgüç ve ark. 2008, Chang et al. 2007).

Akut karın; acil serviste yaygın olarak görülen, karın içi organların herhangi birinde veya bir kaçında aniden ortaya çıkan, nedeni bilinmediği için karar verme sürecinde dikkatli olunması gereken, ölüme neden olabilen ve 24 saatten az bir süre içerisinde oluşan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Atmaca ve ark. 2007, Chang et al. 2007, Core et al. 2008, Flasar et al. 2006, Turan ve ark. 2002, Ertekin 2002).

Tanı koymak için; iyi bir öykü alınması, fizik muayene yapılması, yaşam bulgularının ölçülmesi, hastanın genel görünümünün ve sistemlerinin değerlendirilmesi ve tanıya yardımcı tetkiklerin yapılması gerekmektedir (Core et al. 2008, Ceylan ve ark. 2001, Turan ve ark. 2002). Hastalar acil servise başvurduğunda tüm semptom ve bulgular acil girişim yapmayı gerektirecek kadar belirgin olabilmekte ya da hastalık tablosunun başlangıç döneminde olması nedeniyle hastaların bir süre gözlem altında tutulması gerekebilmektedir. Bu gözlem süreci içerisinde hastalar en çok acil servis hemşireleri ile iletişim içerisindeyler. Hemşireler hastayı yaşam bulguları ve ağrı, bulantı, kusma, gaz

ve dışkı çıkışı gibi semptomlar açısından değerlendirilirler (Çöçelli ve ark. 2008). Acil servis hemşireleri aynı zamanda tüm tetkiklerin ve görüntüleme işlemlerinin zamanında ve eksiksiz olarak yapılması ile sorumludurlar (Çöçelli ve ark. 2008).

Bu çalışma ile acil serviste akut karın ön tanısıyla izlenen hastaların acil servise başvurularından ilgili servise yatırılana veya acil servisten taburcu edilene kadar geçen süreç içerisinde; demografik özelliklerinin, ağrı ile beraber görülen semptomların, yapılan tanılama yöntemlerinin, hemşirelik uygulamalarının ve tanılarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Karın Anatomisi

Abdominal hastalıklar karın boşluğundaki bir veya daha fazla organı kapsayabilmektedir. Bu nedenle akut karında tanı, tedavi veya bakımdan önce karın içi organların anatomi, fizyoloji ve oluşabilecek patolojilerinin bilinmesi gerekmektedir. Karın insan vücudunun en geniş hacimli bölümü olup içinde yaşamsal öneme sahip birçok organ bulunmaktadır. Karnın içinde sindirim, üriner ve genital sistemlere ait önemli organlar bulunmaktadır. Karnın median hattın, symphysis pubisin ortasından, göbekten ve omurganın ortasından geçtiği düşünülen bir çizgi ve göbeğin ortasından yatay olarak geçtiği düşünülen bir çizgi ile sağ üst ve alt; sol üst ve alt kadrana ayırdığı düşünülmektedir. Abdominal boşlukta iç organ ve dokuları saran periton adı verilen kalın bir zar bulunmaktadır. Böbrekler ve üreterler intraperitoneal organların arkasında yer almaktadırlar ve onların pozisyonu retroperitoneal olarak tanımlanmaktadır. Mesane ve üreme organları alt abdomende pelvis içinde yer almaktadırlar (Cole et al. 2006, Gökmen 2003). Bu organ ve dokuları örten fasiolar, kaslar, visseral ve paryetal periton bulunmaktadır (Arıncı 2005, Gökmen 2003, Williams et al. 1980).

4.2. Hasta Öyküsü

Doğru ve tam olarak alınmış öykü tek başına tanı koymak için gerekli bilgilerin %70'ini sağlayabildiği için acil servise başvuran hastalardan ayrıntılı öykü alınmalıdır (Core et al. 2008). Hastanın yaşı ve cinsiyeti ayırıcı tanıda oldukça önemlidir (Ceylan ve ark. 2001). Yaşlılar, çocuklar ve doğurganlık çağındaki kadınların farklı tanıları alabileceği düşünülmelidir. Yaşlı hastalarda abdominal hastalıklar normalin dışında seyretmektedir. Dünya nüfusu yaşlandıkça abdominal ağrı yakınmasıyla değerlendirilen yaşlı hastaların sayısı da artmaktadır. Kronik hastalık varlığı ve bu nedenle kullanılan ilaçların çokluğu, duyma güçlüğü gibi durumlar bu hastalardan tam öykü elde etmeyi ve tanılamayı zorlaştırmaktadır (Core et al. 2008). Kronik hastalıklar nedeniyle kullanılan ilaçlar bazı bulguları gölgeleyebilmektedir. Hastanın daha önce aynı

sebepden acil servise baş vurup vurmadığı, karın ile ilgili ameliyat olup olmadığı, alkol, sigara, ilaç veya madde bağımlılığının olup olmadığı da sorgulanmalıdır. Bazen narkotik madde bağımlılarında yoksunluk durumu akut karın tablosuna neden olabilmektedir. Öykü alma sürecinde hemşire aile üyelerinden bilgi alma gereksinimi duyabilmektedir. Hasta öyküsünün eksiksiz alındığından emin olabilmek için standart bir form oluşturularak acil olan ve olmayan durumların belirlenmesi sağlanabilir (Core et al. 2008).

Akut karın tablosunun değerlendirilmesinde; öykü ve fizik muayene en önemli bölümü oluşturur. Akut karın tablosundaki hastalar en sık karın ağrısı yakınması ile acil servise başvurumaktadırlar. Hastalara;

- Ağrının lokalizasyonu, şekli, yayılması, süresi ve şiddeti,
- Daha önce böyle bir ağrısının olup olmadığı,
- Ağrıyı arttıran veya azaltan durumların olup olmadığı,
- Ağrı kesici kullanıp kullanmadığı kullandıysa ne zaman aldığı,
- Ağrıya eşlik eden bulguların varlığı sorgulanmalıdır.

Karın ağrısı olan hastaları doğru değerlendirebilmek için; ağrı mekanizması ve fizyolojisinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Visseral ağrı ile paryetal ağrı birbirlerinden ayırt edilmelidir (Görmüş 2007). Akut karında önce visseral daha sonra ise paryetal ağrı meydana gelmektedir. Hasta değerlendirilirken karın içi patolojilerin yanı sıra akut karını taklit edebilecek miyokard infarktüsü ya da pnömotoraks gibi karın dışı hastalıklarında gözönünde bulundurulması gerekmektedir (Atmaca ve ark. 2007, Tsipouras 2008). Ayrıca tekrarlayan karın ağrıları ailevi Akdeniz ateşi veya endometriozis nedeniyle olabildiği gibi; pankreatit ve apandisitte aynı ağrılar daha öncede görülmüş olabilmektedir (Hamzaoğlu 2002, Kavak ve ark. 2003).

4.3.Karın Muayenesi

Akut karın ön tanısı ile acil serviste izlenen hastaların fizik muayeneleri tüm hastalarda olduğu gibi bir bütün olarak değerlendirilmeli ve baş, boyun, göğüs, sırt, karın ve ekstremiteler muayene edilmeli ve bu işlem sırasında hastanın konfor düzeyine dikkat edilmelidir. Karın muayenesi ilk olarak gözle

(*inspeksiyon*) yapılmaktadır. İnspeksiyonda; distansiyon, fıtıklar, karında pulsasyon, kitle, renk değişimi olup olmadığı, ve karnın solunuma eşlik edip etmediği görülebilmektedir. İkinci olarak karnın steteskop aracılığı ile dinlenmesi (*oskültasyon*) barsak sesleri hakkında bilgi vermektedir. Barsak seslerinin artması, azalması ve yokluğu özellikle intestinal tıkanıklıklarda önemli bulgulardır. Üçüncü sırada karın duvarına parmakla kısa ve ani darbeler vurularak oluşan sesin hissedilmesi ve dinlenmesi (*perküsyon*) yoluyla karında asit saptanabilmektedir. Karaciğer matitesinin kaybolması karın içerisinde serbest hava varlığını göstermektedir. Son olarak karın küçük kuvvetler uygulayarak el ile muayene (*palpasyon*) edilmelidir. Sağ alt kadranda palpasyon sırasında elle basınç uygulandıktan sonra ani olarak basıncın ortadan kaldırılması sonucunda ağrı duyulması “*rebound hassasiyeti*” olarak adlandırılmaktadır. Palpasyon sırasında abdominal kasların palpasyona direnç göstermesi durumuna “*müsküler defans*” denmektedir (Atmaca ve ark. 2007, Kelso et al. 1997, Town 1997, Görmüş 2007). Ceylan ve arkadaşları 2001’de yaptıkları çalışmada en sık akut karın tanısı koyduran ve servislere yatış nedeni olan fizik muayene bulgularının karında hassasiyet ve/veya defans ve rebound olduğunu saptamışlardır (Ceylan ve ark. 2001).

4.4. Ağrının Özellikleri

Ağrının yeri ve tipi oluşan veya oluşmak üzere olan hastalık hakkında bilgi verir. Ducharme mezuniyet öncesi öğrencilere ağrıya karşı bakış açısı kazandırılması gerekliliği üzerinde durmuştur (Ducharme 2005). French ve arkadaşları da yaptıkları araştırmada ağrı değerlendirmesi eğitim programından geçen sağlık çalışanlarının ağrılı hastaya yaklaşımları ve ağrı dindirme konusunda daha başarılı olduğunu göstermişlerdir (French et al. 2006).

4.4.1. Ağrının Lokalizasyonu

Akut karın ağrısı ile başvuran hastalar sıklıkla ağrının yerini gösterememektedirler. Viseral ağrının lokalizasyonu; ilgili organ hakkında fikir verebilmektedir. Özefagus, mide, duodenum, pankreas, safra sistemi ağrısı epigastriumda algılanırken, ince barsak, appendiks, çıkan kolon ağrısı göbek

etrafında, transfer ve inen kolon ağrısı simfizis üzerinde hissedilmektedir (Erzin 2004). Tablo a'da yaygın karın ağrısının klasik ve nadir görülen nedenleri, Tablo b'de ağrı lokalizasyonlarına göre olası tanılar, Tablo c'de ise değişik hastalıklarda görülen ağrı tipleri ve ağrının yansıdığı yerler hakkında bilgi verilmektedir.

Tablo a: Yaygın Karın Ağrısının Nedenleri

YAYGIN KARIN AĞRISI	
Klasik Nedenler	Diğer Nedenler
Gastroenterit	Kanser
Peritonit	Toksinler
İntestinal obstrüksiyon	Üremi
Apandisit erken dönem	Pnömoni
Volvulus	Mesane hastalıkları
İnflamatuvar Barsak hastalığı	Miyokard infarktüsü
Mezenter embolisi	
İnkarsere inguinal herni	
Pankreatit	
Aort disseksiyonu	
Diabetik ketoasidoz	
Gastrit	
Abdominal aort anevrizması	
Peptik ülser	

*Sözür, E.M.: 'Acil Serviste Akut Karın Ağrılı Hastaya Yaklaşım', 3.Acil Tıp Sempozyumu, *Acil Tıp Dergisi*, Ekim, (2002) 229-237

Tablo b: Ağrı Lokalizasyonlarına Göre Olası Tanılar

Sağ üst kadrın	Bilyer: Kolesistit, Kolelitiyazis, Kolanjit Kolonik: Kolit, Divertikülit Hepatik: Abse, Hepatit, Kitle Pulmoner: Pnömoni, Emboli Renal: Nefrolitiyazis, Pyelonefrit
Epigastrik	Bilyer: Kolesistit, Kolelitiyazis, Kolanjit Kardiyak: Myokard İnfarktüsü, Perikardit Gastrik: Özofajit, Gastrit, Peptik Ülser Pankreatik: Pankreatit, Kitle Vasküler: Mezenterik İskemi, Aort Disseksiyonu
Sol üst kadrın	Kardiyak: Angina, Myokard İnfarktüsü, Perikardit Gastrik: Özofajit, Gastrit, Peptik Ülser Pankreatik: Pankreatit, Kitle Renal: Nefrolitiyazis, Pyelonefrit Vasküler: Mezenterik İskemi, Aort Disseksiyonu
Periumbilikal	Kolonik: Erken Appendisit Gastrik: İnce Barsakta Kitle-Obstrüksiyon, Özofajit, Gastrit, Peptik Ülser Vasküler: Mezenterik İskemi, Aort Disseksiyonu
Sağ alt kadrın	Kolonik: Appendisit, Diğer İleit/ Kolit Sebepleri, Divertikülit, İrritable Bağırsak Sendromu (IBS) Jinekolojik: Ektopik Gebelik, Fibroidler, Over Kitleleri, Torsiyon; Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PİH/PID) Renal: Nefrolitiyazis, Pyelonefrit
Suprapubik	Kolonik: Appendisit, Kolit, Divertikülit, IBS Jinekolojik: Ektopik Gebelik, Fibroidler, Over Kitleleri, Torsiyon, PİH Renal: Sistit, Nefrolitiyazis, Pyelonefrit
Sol alt kadrın	Kolonik: Diğer Kolit Sebepleri, Divertikülit, IBS Jinekolojik: Ektopik Gebelik, Fibroidler, Over Kitleleri, Torsiyon, PİH Renal: Nefrolitiyazis, Pyelonefrit
Herhangi yer	Karın duvarı: Herpes Zoster, Kas Gerilmesi, Herni Diğer: Barsak Obstrüksiyonu, Mezenterik İskemi, Peritonit, Narkotik Eksikliği, Porfiri, Orak Hücre Krizi, Ağır Metal Zehirlenmesi

*Beşişik, F.: 'İnflamatuvar Barsak Mı? Akut Batın Mı?', Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, (2009) 170-171

Tablo c: Karın Ağrısı Tipleri ve Yansıdığı Yerler

Hastalık	Visseral Ağrı	Ağrının Yansıdığı Yer
Abdominal Aort Anevrizması	Karın ortası ve sırt	Sırt
Apendisit	Göbek çevresi sağ alt kadrana kadar	Sağ omuz
İnce barsak obstrüksiyonu	Epigastrik veya göbek çevresinde ağrı	Bel ortasında
A.kolesistit	Epigastrik ağrı	Sağ omuz / skapula
Divertikül	Sol alt kadrana	
Mezenterik iskemi	Yaygın karın ağrısı	
Nefrolitiazis	Kasık ve bel ağrısı	
A.Pankreatit	Epigastrik ve göbek çevresinde ağrı	Sırt, sol kaburga altı ve sol omuz
Pelvik İnflamatuvar Hastalık	Alt karın ağrısı	
Peptik Ülser	Üst karın epigastrik ağrı	Sırt ağrısı

*Bartley, M.K.: 'Acute Abdominal Pain', *The Nurse Practitioner*, 33 (2008) 34-39

4.4.2. Ağrının Kronolojisi

Ağrının başlangıcı ani (saniye ve dakikalar içinde), hızla artan (1-2 saat içinde) ya da yavaş gelişen (saatler içinde) şekilde olabilmektedir. Bu süreç patolojilerin ayırt edilmesinde en önemli yardımcı unsurlardan biridir. Ani ağrı aort anevrizması, ektopik gebelik rüptürü, ülser perforasyonu gibi ciddi hastalıkları düşündürmeli ve hemen değerlendirilmeleri sağlanmalıdır. Hızlı gelişen ağrıda pankreatit, kolesistit, biliyer kolik, mezenter iskemisi, divertikülit, intestinal tıkanıklık düşünülmelidir. Daha yavaş gelişen ağrılar da ise distal intestinal tıkanıklık, appendisit gibi hastalıklar akla gelmelidir (Erzin 2004).

4.4.3. Ağrının Şiddeti ve Karakteri

Ağrının karakteri ve şiddeti farklı hastalıkları düşündürmektedir. Ani başlayan ve hızla gelişen şiddetli ağrıda perfore peptik ülser ya da mezenter iskemisi ve nekrozu akla gelirken; zaman içinde artan ve azalan kolik tarzında ağrı lokalizasyonunda destekliyorsa renal kolik düşünülmektedir. Safra sistemi problemlerinde ağrının şiddeti hızla artmakta ve en üst seviyede sabit hale gelmektedir. Ani başlayan yırtılma tarzında ağrıda ise aort disseksiyonu düşünülmektedir. Özellikle yemeklerden 0,5-2 saat sonra başlayan ağrıda, hasta yaşlıysa ve aterosklerozu varsa, kronik mezenter iskemisi düşünülmektedir (Erzin 2004). Tablo 4.4'de ağrı karakterine göre olası hastalıklar hakkında bilgi verilmektedir.

Tablo d: Ağrı Karakterine Göre Olası Hastalıklar

Ani başlangıç	İntermittent ağrı	Zamanla artan
Perforasyon	Peptik ülser	Apandisit
Volvulus	Crohn hastalığı	Divertikülit
Renal kolik	Kronik pankreatit	Kolesistit
Biliyer kolik	Endometriozis	İntestinal obstrüksiyon
Mezenter arter oklüzyonu	Kolelitiazis	Endometriozis
Aort anevrizma rüptürü		Gastroenterit
Dış gebelik rüptürü		Pankreatit
Over torsiyonu		Salpenjit
Over kist rüptürü		Pyelonefrit
Miyokard infarktüsü		Pnömoni
Porfiria		Hepatit

*Atmaca, B.; Atmaca, M.: 'Aile Hekimliğinde Akut Karın Ağrılı Erişkin Hastaya Yaklaşım', *Aile Hekimliği Dergisi*,13 (2007) 50-54

4.4.4. Ağrıyı Hafifleten ve Şiddetlendiren Etkenler

Ağrıyı hafifleten ve şiddetlendiren pozisyonlar ya da ilaçlar tanıda yardımcı olabilmektedir. Epigastriumda orta şiddette ağrı ile başvuran hastanın antiasitler kullanılarak rahatlaması peptik ülser ağrısını düşündürürken, şiddetli ağrıya başvuran hastanın hiç hareket edememesi peritoniti, öne eğilmekle rahatlaması, sırt üstü yatmakla rahatsız olması pankreas hastalıklarını, dışkılamayla rahatlaması kolonik bir problemi düşündürmektedir (Erzin 2004).

4.4.5. Abdominal Ağrı Tipleri

Ağrının tipini anlamak vaka hakkında bilgi verebilmekte, gerekli tedavi ve bakımın zamanında yapılabilmesini sağlamaktadır (Erzin 2004).

4.4.5.1. İnflamatuvar Tipte Ağrı

Bu tip ağrılar inflamatuvar sürecin seyrine uygun olarak yavaş yavaş şiddetlenerek artmaktadırlar. Başlangıç noktasında önce giderek yayılan bir seyir çizer daha sonra da lokalize olur. Başlangıçta belirli aralıklarda olan ağrı, sürecin tepe noktasına ulaştığında sabitlik ve süreklilik kazanmaktadır. İnflamasyon devam ettiği sürece ağrı şiddetli olarak devam etmektedir. İnflamasyon ortadan kalktığında ise ağrı hafiflemekte ve kaybolmaktadır. (Miller et al. 2006). Akut

karın tablosu oluşturan %80'i inflamatuvar ağrı modeli ile ortaya çıkmaktadır (Ertekin 2002)

4.4.5.2. Kolik Tarzında Ağrı

Bu tip ağrı içi boş organların tıkanması sonucunda oluşmaktadır. Tıkanmayı aşmaya çalışan düz kas spazmı sonucunda ağrı oluştuğundan, ağrının önemli karakteri devamlı olmayıp aralıklarla ortaya çıkmasıdır. Tıkanma hızla oluştuğundan ağrının şiddeti kısa sürede en yüksek noktaya ulaşmakta, tepe noktasında birkaç dakika kadar kaldıktan sonra biraz azalmakta ve ağrısız bir dönem oluşmaktadır. Bu süreç belirli aralıklarla tekrarlanmaktadır (Miller et al. 2006).

4.4.5.3. İskemik Ağrı

Bu ağrının özelliği; arter tıkanmış andan itibaren ağrının birden en yüksek seviyeye çıkmasıdır. Organ iskemisi devam ettiği sürece aynı şiddette ağrı devam etmektedir. Venöz sistemde oluşacak tıkanmalarda ise önceleri staza bağlı olarak karında bir huzursuzluk başlamakta, arterler basıya uğradığında iskemik ağrı karakterine dönüşmektedir (Miller et al. 2006).

4.4.5.4. Perforasyon Ağrısı

İçi boş organların perforasyonu ile oluşan ağrıdır. Perforasyon travma veya tıkanıklık nedeniyle olmaktadır. Perforasyon anında ağrı şimşek çakar gibi çok şiddetli olarak ortaya çıkmakta bir süre sonra şiddeti azalmakta ve başlangıçtaki şiddetinde olmayan bir ağrı olarak devam etmektedir. İlerleyen süreçte peritonit gelişeceğinden inflamatuvar ağrı karakterinde devam etmektedir (Miller et al. 2006).

4.4.5.5. Birleşik Ağrı

Bu durumda birkaç ağrı tipinin aynı anda varlığı söz konusudur (Miller et al. 2006). Akut apandisitte önce inflamatuvar tipte ağrı oluşup sonrasında perfore olursa perforasyon ağrısı görülebilir (Miller et al. 2006).

4.5. Ağrı İle Birlikte Görülen Semptomlar

4.5.1. Şok Bulguları

Akut karın tablosunda damarsal hasarlara bağlı hastalıklarda kan hacmindeki hızlı kayıp nedeniyle hematojenik şok gelişebilmektedir. Bu hastalarda karın ağrısının yanı sıra deride solgunluk, soğukluk, terleme, taşikardi, takipne, heyecan ve huzursuzluk gibi semptomlar görülmektedir. (Erdil 2001, Core et al. 2008).

4.5.2. Bulantı ve Kusma

Bulantı ve kusma sıklıkla akut abdominal ağrıyla birlikte görülmektedir. Kusmanın sıklığı ve kusmuğun içeriği, miktarı, rengi, yoğunluğu tanı koymada yardımcı bilgilerdir (Cole et al 2006, Core et al. 2008). Bunlarla beraber hastanın en son yemek yeme zamanı; iştahsızlık, yutma güçlüğü, karında şişkinlik veya dolgunluk ve midede ekşime gibi bulguların varlığı sorgulanmalıdır. Kilo kaybı ve iştahsızlık ciddi ve sıklıkla malign abdominal rahatsızlıklarda görülen semptomlardır (Core et al. 2008).

4.5.3. Barsak Alışkanlıkları

Barsak alışkanlıklarındaki değişiklikler ishal veya kabızlık şeklindedir. Karın ağrısıyla beraber görülen ishal bağırsakta infeksiyon veya inflamasyondan kaynaklanabilmektedir. Kabızlık; kodein gibi ilaçların alınması, anoreksia ya da dehidratasyon nedeniyle olabilmektedir. Bu aynı zamanda karsinom veya cerrahi yapışıklıklar nedeniyle oluşan bağırsak tıkanıklıklarından da

kaynaklanabilmektedir. Dışkı içerik olarakta incelenmelidir. Dışkıda açık renk kan görülmesi alt intestinal kanama veya inflamasyonu, koyu renk kan ise üst intestinal kanamayı göstermektedir. (Cole et al 2006).

4.5.4. Ürolojik Bulgular

Alt abdominal ağrı, şiddetli bel ağrısı, sık idrara çıkma, hematüri ve disüri ürolojik semptomlardır ve gerekirse üroloji servisinde ayrıntılı olarak incelenmelidirler (Cole et al 2006).

4.5.5. Jinekolojik Bulgular

Kadınlarda alt abdominal ağrı jinekolojik nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Bayan hastaların değerlendirilmesi sırasında son adet tarihi ve şimdiki ya da önceki gebeliğini de içeren bilgileri, rahim içi araç veya oral kontraseptif kullanıp kullanmadığı sorgulanmalıdır. Bu hastalarda mutlaka kadın hastalıkları ve doğum servisinden konsültasyon alınmalıdır (Cole et al 2006, Altınok 2008).

4.6. Tanılama Yöntemleri

Akut karın olgularının 2/3 kadarına iyi bir anamnez ve fizik muayene sonrasında tanı konulabilmektedir. Akut karın tanısında tanılama yöntemi kullanılması tanının kesinleşmesinde şarttır. Özellikle yaşlı ve karmaşık klinik tablo sergileyen olgularda tanılama yöntemlerine gereksinim duyulmaktadır. Yaşlı hastalarda durumu çok kritik olsa da laboratuvar testlerinin sonuçlarının normal sınırlarda olabileceği unutulmamalıdır (Chang et al. 2007). Akut karın olgularında gereksiz testler yapılmamalı, yapılacak testin hastaya verebileceği zarar ve tanıya sağlayabileceği katkı tam olarak bilinmelidir. Bunlardan daha önemlisi test yaparken gereksiz zaman kaybına neden olunmamalıdır. Akut karın olgusunda yapılması gereken tetkikler; tam kan sayımı, tam idrar analizi, akciğer grafisi (ACG), ayakta ve yatarak direk karın grafileri (ADKG) ve 40 yaş üzerindekiilere elektrokardiyografidir (EKG) (Chang et al. 2007).

Tanısal amaçlı yapılan tetkikler ise adım adım gereksinime yönelik olmalı, kan, idrar ve dışkı analizlerinin zamanında gecikmeden yapılması sağlanmalıdır. Tam kan sayımı; eritrosit, lökosit ve trombosit sayısı ile hemglobin ve hemotokrit oranları hakkında önemli bilgi vermektedir. Kırmızı küre sayısında azalma hastada kanama odağının olabileceğini göstermektedir (Chang et al. 2007).

İdrarda şeker, aseton, protein, ürobilinojen bakılmalıdır. İdrarda şeker bulunması diyabet olduğu bilinmeyen bir hastaya tanı konulmasının ilk basamağı olabilmekte veya diyabetli bir hastada kontrolü sağlamaktadır. Hastanın dolaşımdaki kan glikoz düzeyinin beklenenden daha yüksek olması diyabetin yanı sıra pankreatiti düşündürmektedir (Chang et al. 2007).

Radyolojik incelemeler akut karının nedeninin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. X-Ray, ultrasound (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) en sık kullanılan radyolojik inceleme yöntemleridir (Core et al. 2008, Ceylan ve ark. 2001, Turan ve ark. 2002, Sözüer 2002).

Akut karın öntanısı ile izlenen 40 yaş üstü tüm hastalara EKG çekilmelidir. Ayrıca ailesinde kalp hastalığı öyküsü olan 30 yaş üstü akut karın ağrısı olan hastalar da EKG çekilerek kardiyolojik açıdan değerlendirilmelidirler. Akut karın ağrısı şikayetiyle gelen Miyokart İnfarktüsü olguları olduğu bilinmektedir (Core et al. 2008). Hastalar acil hekimleri tarafından değerlendirildikten sonra malpraktislerin önlenmesi amacıyla gerekiyorsa ilgili uzman konsültasyonu istenmelidir (Core et al. 2008).

4.7. En Sık Rastlanan Akut Karın Tabloları

4.7.1. İnflamatuvar Durumlar

4.7.1.1. Akut Apandisit

Apandisit en sık karşılaşılan ve acil cerrahi girişim gerektiren akut karın tablosudur (Çelik ve ark. 2004). Apandisit apandiksin inflamasyonudur ve

inflatuar süreç başladığında göbek etrafında ve epigastriumda kolik tarzda ağrı olmaktadır. Bununla birlikte inflamasyon artar peritonu kapsarsa ağrı sağ alt kadrana taşınabilmektedir. Beraberinde görülen bulgular ise iştah kaybı, kusma, kabızlık ve bazen de ishal şeklindedir (Chang et al. 2007, Flasar et al. 2006). Tedavi çoğunlukla ameliyat olsa da medikal tedavi ile de düzelebilmektedir (Turhan 2006)

4.7.1.2. Akut Kolesistit

Akut kolesistit safra kesesinin safra taşları, bakteriler, tümör veya darlıklar, torsiyon ve iskemi gibi nedenlerle oluşan akut veya kronik inflamasyondur (Akçal 2002). Kadınlarda, obezlerde ve yaşlılarda daha sık görülür (Salmanzade ve ark. 2006) . Ağrı kolik veya sabit olabilmekte ve çoğunlukla sağ üst kadranda lokalize olmaktadır (Turan ve ark. 2002).

4.7.1.3. Akut Divertikülit

Bağırsak duvarının dışarıya doğru kesecik şeklinde yaptığı çıkıntılar olan divertiküllerin enflamasyonuna divertikülit denir (Kasapoğlu ve ark. 2009). Sıklıkla tıkanıklık sonrası gelişmektedir. Hastalar sol alt kadranda ağrısı ile başvurmakta; bulantı, kusma, anemi, melena, hematokezya, kabızlık ve ishal olabilmektedir. Fizik muayenede ateş, abdominal distansiyon ve sol alt kadranda hassasiyet ve kitle saptanabilmekte, perforasyon gelişmişse peritonit bulguları gelişebilmektedir (Yavuz 2004, Turan ve ark. 2002).

4.7.1.4. Akut Gastroenterit

Bir enfeksiyon nedeniyle sindirim sisteminde görülen yaygın inflamasyondur. Semptomlar bulantı, kusma, diyare ve yaygın kolik abdominal ağrıdır. Hastalar genellikle bu semptomları kolay tolere edebilmelerine karşın ağır vakalarda hastalarda ateş ve dehidratasyon olabilmektedir (Chang et al. 2007).

4.7.1.5. Akut Pankreatit

Pankreasın akut inflamasyonu olan akut pankreatitin nedenleri arasında alkolizm ve safra taşlarını sayabiliriz. Ağrı karnın ortasında aşamalı bir şekilde veya aniden başlayıp epigastriuma ve sırta yayılmakta, sabit ve şiddetli hale gelmektedir. Beraberinde görülen bulgular kusma ve hastanın cildinin soğuk, nemli görülmesidir. Akut pankreatitli hastalarda serum amilaz seviyesinde yükselme görülmektedir. (Chang et al. 2007, Flasar et al. 2006, Keşkek ve ark. 2002).

4.7.1.6. Peritonit

Peritonit peritonun enfeksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Kan yolu ile gelen bakteriler nedeniyle oluşmuş ise primer, sindirim sistemi organlarındaki hastalıklar nedeniyle oluşmuşsa sekonder peritonit olarak adlandırılır (Kalafat 2002). Sıklıkla periton enfeksiyonu etkilenmiş bölgede lokalizedir, bununla birlikte yayılabilmekte ve genel olabilmektedir. Hastalar şiddetli karnın ağrısından yakınmakta fizik muayenelerinde defans görülebilmektedir. Herhangi bir iç organın ani perforasyonu yaşamı tehdit edici yaygın peritonite neden olabilmektedir (Chang et al. 2007).

4.7.1.7. Hepatit

Hepatit karaciğeri etkileyen enflamatuvar bir tablodur. Hepatit A enfeksiyonu enfekte gıda, su, dışkı ve idrar yoluyla; diğerleri ise kan, delici aletler ve cinsel ilişki ile bulaşmaktadır. Hastalar abdominal ağrı ve/veya sağ üst kadranda ağrı, iştah kaybı, sarılık, koyu renk idrar ve renksiz dışkı, hepatomegali, splenomegali, ateş ve ürtiker ile başvururlar (Tabak 2002). Sigara kullanıcıları tipik olarak sigara içmekten zevk almadığını, bulgular başladığından beri sigara içmediğini söylemektedirler (Chang et al. 2007).

4.7.1.8. İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Pyelonefrit

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) özellikle kadınlarda yaygındır. Yaşlılarda her iki cinstede görülme sıklığı artmaktadır (Ekinçi ve ark. 2004). Birçok kadın yaşamları boyunca birden fazla kez İYE olmaktadır. İYE'lerin çoğu mesaneye üretra yoluyla geçen organizmalar nedeniyle olmaktadır. Organizmanın renal sisteme üreterler yoluyla geçmesi akut veya kronik pyelonefrit ile sonuçlanabilmektedir. İYE suprapelvik ağrı ile karakterizedir, disüri, pollakiüri, hematüri, aniden sıkıştıran ve bulanık idrar görülebilmektedir. Pyelonefrit sırt ve bel ağrısıyla karakterizedir. Hastalarda görülen diğer bulgular ateş, bulantı ve kusmadır (Chang et al. 2007).

4.7.2. İçi Boş Organ Tıkanıklık ve Perforasyonları

4.7.2.1. Peptik Ülser

Peptik ülser mide asidi ve pepsin gibi faktörler ile mukozal savunma arasındaki dengesizlikten kaynaklanan bir hastalıktır. Peptik ülser komplikasyonları kanama ve perforasyondur. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır (Özer 2010). Ani başlayan şiddetli ağrı, peritoneal boşlukta serbest hava ve tahta karın gibi bulguları vardır. Peptik ülser asit-pepsin içeren mide sıvısının, nonsteroid antiinflamatuvar, Helicobacter pylori enfeksiyonu ve sigara gibi bazı kolaylaştırıcı faktörler nedeni ile başlıca mide ve duodenumda oluşturduğu ve müköler mukozayı içine alan sınırları belirli doku kaybıdır (Akkaya 2008, Flasar et al. 2006).

4.7.2.2. Kolon Perforasyonları

İnce ve kalın bağırsakların herhangi bir yerinde tıkanıklığa neden olabilecek tümör, invajinasyon gibi hastalıklar sonrasında ikincil olarak gelişen kolon dejenerasyonudur. Acil cerrahi girişim yapılmazsa yaygın peritonite neden olabilmektedir (Chang et al. 2007).

4.7.2.3. Biliyer Kolik

Biliyer kolik; sistik kanalın aralıklı veya safra kanalının yaygın olarak safra taşlarıyla tıkanması nedeniyle oluşan semptomların tümüdür. Hastalar çoğunlukla kadın ve aşırı kiloludur. Ağrı genellikle aniden başlayan, şiddetli ve kolik tarzda olup; sağ üst kadranda ve epigastriumda başlayıp sırta yansımaktadır. Bu hastalarda en sık görülen bulgu kusmadır (Chang et al. 2007).

4.7.3. Mekanik Bağırsak Tıkanmaları

İnce ve/veya kalın bağırsak içeriğinin ilerleyişi lokal veya sistemik bir nedenle engele uğradığında ortaya çıkan tabloya barsak tıkanması denmektedir (Gözü 2006). Hastalar iştahsızlık, kusma sonrası rahatlama, kolik abdominal ağrı ve abdominal distansiyondan yakınabilmektedirler. Tıkanıklıklarda çınlama şeklinde bağırsak sesleri görülebilmektedir. Tıkanıklık durumuna göre bazı hastalar sadece kabız olurken, bazıları bunun yanı sıra gaz çıkaramazlar. Tıkanıklığın yeri abdominal x-ray ile belirlenebilmektedir. Kalın bağırsak tıkanıklıklarının nedenleri arasında sıkışmış dışkı, tümör ve valvul (bağırsağın kendi etrafında döndüğü yer) vardır. İnce bağırsak tıkanıklıklarının nedenleri ise yapışıklıklar, Crohn hastalığı, tümörler ve yutulmuş yabancı maddelerdir (Chang et al. 2007).

4.7.4. Vasküler Hastalıklar

4.7.4.1. Abdominal Aort Anevrizması

Anevrizmalar arter duvarının elastin ve kollejeninin dejenerasyonu nedeniyle olmaktadır. Abdominal aort anevrizmaları daha çok 70 yaş üzerindeki erkeklerde görülmektedir. Elektif cerrahi %5'ten az ölüm oranına sahiptir ve bununla birlikte rüptür sonrası ölüm oranı %50'den fazladır (Özkan ve ark 2007). Bu hastaların karın ortasında ani şiddetli ağrı ile başvurdukları ve bazılarında bir haftadan beri olan sırta yayılan karın ağrısının olduğu görülür (Chang et al. 2007).

4.7.4.2. İntestinal İskemi

Bağırsaklarda oluşan damarsal hastalıklar nedeniyle oluşan kanlanma bozukluğu tablosudur. Bu tabloya neden olan faktörler arasında en sık görüleni akut arteriyel trombozudur. Akut intestinal iskemi meydana gelen kişilerde başlıca yakınma karın ağrısıdır. Fizik muayenede genellikle abdominal distansiyon, müköler defans ve barsak peristaltizminde azalma görölmektedir (Turan ve ark. 2002, Chang et al. 2007).

4.7.4.3. Gastrointestinal Kanamalar

Gastrointestinal sistem (GİS) kanaması olan hastalar hematemez veya melena ile başvururlardır. Peptik ülser perforasyonu gastrointestinal kanamanın en yaygın sebebidir. Dispeptik ağrı, kusma, epigastriumda hassasiyet peptik ülserin en önemli bulgularıdır (Chang et al. 2007).

4.8. Yaşlılarda Akut Karın Tablosu

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı; "*Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması*" olarak tanımlamıştır (Kutsal 2009). Yaşlı hastalar acil servislere her geçen yıl daha fazla başvururlardır (Ünsal ve ark. 2003, Consult 2005). Hemşirelerin, yaşlılardan duyma gücölüğü gibi yaşlanmaya bağlı fizyolojik değışimler nedeniyle iyi bir öykü almaları zorlaştırabilmektedir. Yaşlı hastaların hastaneye başvuruları çoğunlukla geç ve tipik olmayan bulgularla olup, problemlerini şiddetlendiren çok sayıda ilaç alıyor olabilmektedirler (Hui et al. 2002, Lyon et al. 2006). Yaşlıların kullandıkları ağrı kesiciler ya da kronik hastalıklar ile beraber gelişen nöropati gibi nedenlerle değışmiş ağrı algıları olabilir. Bu nedenle akut acil durumun varlığını hafif bir rahatsızlık şeklinde algılayabilirler. Bu nedenle ağrıyı tanımlamada ve yerini göstermede zorluk çekebilmektedirler. Yaşlı erişkinlerde abdominal ağrıyla acil servise başvuran diğer hastalardan daha fazla tetkik ve tanılama yöntemi kullanılması gerektirebilir (Strange et al. 1998, Ağalar ve ark. 1999). Yaşlı hastaların acil serviste kalma süreleri bu nedenden dolayı aynı yakınmalarla gelen genç hastalara göre %20 daha fazladır (Martinez et al. 2006, Durukan ve ark. 2005).

Chang'ın yaptığı çalışmada acil servise NSKA ile başvuran yaşlı hastaların %10'una 1 yıl içerisinde kanser tanısı konulduğu belirtilmiştir. Şüpheli bir ağrı ile birlikte; barsak alışkanlıklarında değişiklikler, kilo kaybı, iştahsızlık ve rektal kanama varsa bu hastalar kanser yönünden değerlendirilmelidir (Chang et al. 2007, Burg et al. 2005).

4.9.Tanı ve Tedavi

Hastalarda ilk olarak yaşamı tehdit eden abdominal aort anevrizma rüptürü olup olmadığı anlaşılmalıdır. Daha önceden bilinen bir abdominal aort anevrizması veya sırt ağrısı ve hipotansiyonu olan hastada aort anevrizma rüptürü görülebilmektedir. Bu hastaların ani kan kaybına karşı, geniş lümenli kateterle hızla bir şekilde damar yolu açılıp acil ameliyata alınmaları gerekebilir. Hastanın hipotansiyonunu düzeltmek için beklemek hastanın tedavisini geciktireceği gibi kanamanın derecesini de arttırabilmektedir. Acil serviste teşhis ve tedavide olabilecek gecikmeler ölüm ve sakatlık oranını arttırmaktadır (Core et al. 2008, Guerlain et al. 2001). Hastada kanayan abdominal aort anevrizması olmadığı anlaşıldıktan sonra hastaya ileri tetkikler yapılmalıdır (Görmüş 2007). Hastaya; semptomlarına göre tetkikleri planlanıp, sonuçlarına göre tanı konulabilir ya da ileri tetkikler yapılabilir. Tanı konulduğunda tedavisi planlanarak reçete ve önerilerle taburcu edilebileceği gibi, hastanın durumuna göre ameliyat veya medikal tedavi amacıyla hastaneye yatması da gerekebilir. Tanı konulamıyorsa ve hasta stabil değil ise cerrahi girişimler uygulanmaktadır. Hastalarda akut karın ağrısına karın dışı hastalıkların da neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Görmüş 2007).

4.10. Hemşirelik Girişimleri

Hemşire acil servise başvuran hastanın en uzun süre iletişim kurduğu sağlık personeli (Ateşkan 2003). Bu nedenle eğitimli bir sağlık profesyoneli olan acil servis hemşiresi, akut karın ön tanısı konmuş hastaları bakım standartlarına göre nasıl ve ne sıklıkla izlemesi gerektiğini, yapılabilecek uygulamaları bilmelidir. Acil servis hemşiresinin hastalara standartlara göre bakım vermemesi ihmalkarlık olarak değerlendirilebilir (Constantino et al. 2008).

Hastaların muayene sırasında gizliliği sağlanmalı, psikolojik ve fiziksel gereksinimleri karşılanmalıdır. Hastaya yapılan her işlem öncesinde açıklama yapılmalı sonrasında ise bilgi vermelidir. Bu şekilde korku ve endişe içindeki hastanın yapılan uygulamalara ve sağlık ekibine uyumu kolaylaşmaktadır (Teke ve ark. 2007). Hastanın gereksinimlerini belirleyebilmek amacıyla öyküsü alınmalıdır. Yapılan her işlem kaydedilmelidir (Cole et al. 2006). İyi bir gözlem ile zamanında girişim yapılması sağlanabilmekte, hastanın yakınmalarının kısa sürede giderilmesi ile acil servisin hasta için kötü bir anı olmaması sağlanabilmektedir. Yakınmalarının giderilmesi hasta konforunu arttırmakta, hemşirelerin iş yükünü de azaltmaktadır. Ayrıca iyi bir gözlem ile hastalarda ani gelişebilecek değişiklikler görülebilmekte ve gerekli işlemlerin zamanında yapılması sağlanabilmektedir (Cole et al. 2006).

Acil servis hemşiresi ilk olarak hastanın yaşam bulgularının ölçümü ile izleme başlamalıdır, gerekli ise hasta monitörize edilmelidir. Akut karın tablosu olan yaşlı hastalarda en önemli fizik muayene yaşam bulgu ölçümleridir (Chang et al. 2007). Hipotermi intraperitoneal kanamanın, hipertermi ise enfeksiyon ve dehidratasyonun habercisi olabilmektedir (Core et al. 2008). Taşikardi ağrı, korku, enfeksiyon ve hipovolemik veya septik şok göstergesi olabilmektedir. Yaşlılarda taşikardi aldığı ilaçlardan veya sinir sistemindeki anormalliklerinden kaynaklanabilmektedir (Martinez et al. 2006). Hipertansiyon ağrı ve anksiyete varlığını gösterebilmektedir (Turan ve ark. 2002). Normal kan basıncı; kronik hipertansif olan bir hasta için hipotansiyon bulgusu olarak kabul edilebilmektedir (Martinez et al. 2006). Solunum hızında artış hipovolemik şok veya şiddetli dehidratasyon nedeniyle olan bir artışı işaret edebilmektedir. Takipne taşikardiyle beraber şokun erken duyarlı göstergesidir. Kardiyak monitörizasyon ve pulse oksimetre ile oksijen seviyesi izlemi yaşlı hastalarda çok önemlidir (Chang et al. 2007). Ağrının yeri ve şiddeti sık aralıklarla sorgulanmalıdır. Ağrı nedeniyle solunum zorluğu olan hastalarda uygun oksijen saturasyonunu devam ettirmek için oksijen terapisinden yararlanılmaktadır. Kapiller geri dolum zamanı ölçümü 2 saniyeden fazla ise hipovolemi veya şiddetli dehidratasyondan kaynaklanan zayıf periferik perfüzyon düşünülmektedir (Bryan, E.D.: “Abdominal Pain In Elderly Persons”, <http://www.emedicine.medspace.com/776663-print> (25.11.2009), Şen 2010).

Akut karın öntanısı ile izlenen hastaların ağrı ile birlikte yüksek ateş, taşikardi, yüksek beyaz küre sayısı, periton bulguları olması veya yaşların 65'in üstünde olması cerrahi girişim riskinin yüksek olduğunu gösterir. Bu bulguların her birinin karın ağrısı ile birlikte görülmesi sık hemşirelik izlemini gerektirir (Rice 1999).

Tüm abdominal ağrılı hastalarda hızlı sıvı uygulaması gereksinimi ve acil cerrahi girişim riski nedeniyle kalın lümenli kateter ile damar yolu açılmaktadır (Core et al. 2008). Tetkikler için gerekli kan alındıktan sonra hastada akut kan kaybı varsa hızlı intravenöz hidrasyon ve kan transfüzyonu yapılmaktadır (Chang et al. 2007). Aldığı-çıkardığı izlemi gerekiyorsa üriner kateter takılmaktadır (Turan ve ark. 2002). Hastanın bulantı ve kusması varsa kusmanın sıklığı, rengi, ağrı ile olan ilişkisi tanı koymada yardımcı bilgilerdir (Core et al. 2008). Antiemetik tedavisi sonrası sık aralarla bulantısının geçip geçmediği izlemi; ileri tetkiklerin yapılması veya farklı ilaç uygulama gereksinimi açısından önemlidir (Cole et al. 2006). Hastada cerrahi bir hastalığın olmadığı görülene kadar ağızdan bir şey almaması önemlidir ancak hastanın rahat etmesi için ağızını su ile çalkalanmasına izin verilebilmektedir (Town 1997).

5.GEREÇ YÖNTEM

5.1.Araştırmanın Şekli:

Araştırma; acil serviste akut karın ön tanısı ile izlenen hastaların tanı, tedavi ve hemşirelik bakımı uygulamalarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte kesitsel retrospektif bir çalışma olarak planlandı.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:

Araştırma, 16 Haziran - 31 Temmuz 2010 tarihleri arasında; İstanbul Anadolu yakasındaki bir askeri hastanenin acil servisinde yapıldı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnelemi:

Araştırmanın evrenini 1 Ocak - 31 Aralık 2009 tarihleri arasında; çalışmanın yapıldığı hastanenin acil servisinde akut karın ön tanısıyla izlenen 19 yaş ve üzerindeki hastalar oluşturdu. Yaş sınırlı Dünya Sağlık Örgütünün erişkin insan tanımlamasından yola çıkılarak belirlendi. Akut karın ön tanısıyla izlenen hasta sayısı 539 olarak belirlendi. Çalışma tüm bu hastaların bilgileri kullanılarak yapıldı. Örneklem evreni temsil etmektedir.

5.4.Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler; literatür incelemesi, uzman görüşleri ve araştırmacının bilgi ve gözlemleri doğrultusunda geliştirilen “ Veri Toplama Formu” aracılığı ile toplanmıştır. Veri toplama formu; hastaların demografik özellikleri, semptom ve bulguları, tanılama yöntemleri, tedavi ve hemşirelik bakımı hakkındaki bilgileri içermektedir.

Veriler hastaların başvuruları ile taburcu veya yatışları arasındaki acil serviste kalma süreci içerisinde acil servis protokol defterlerine, hemşire izlem formlarına ve otomasyon sistemine kaydedilen bilgilerden toplandı. Hastaların bireysel özelliklerine ilişkin veriler acil servis protokol defter kayıtlarından;

tedavi ve hemşirelik bakımına ilişkin veriler hemşire izlem formlarından, tüm tetkik, tanılama yöntemi gibi veriler ise hastane otomasyon sistemindeki dosyalarından toplanıp araştırmacı tarafından formlara kaydedildi.

5.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, gruplar arası karşılaştırmalarında bağımsız örnekler (Independent samples) t testi kullanıldı. İki'den fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey testi kullanıldı.

4.6.Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın yapıldığı hastanenin acil servisine gelen hasta profilinin çoğunlukla çalışan ve emekli askeri personel ve yakını olması, çalışmanın yapıldığı kurumun askeri hastane olması nedeniyle sivil hastalar (diğer sağlık güvencesi olan hastalar) tarafından tercih edilmemesi sınırlılık olarak kabul edildi.

4.7. Araştırmanın Etik Yönü

- Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden araştırmanın uygulanması için gerekli izin alındı.
- Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığı'ndan araştırmanın uygulanması için gerekli izin alındı.
- Araştırmada tıbbi bilgileri kullanılan hastaların kimlik bilgileri alınmadı.

6.BULGULAR

Acil serviste akut karın ön tanısıyla izlenen hastaların tanı, tedavi ve hemşirelik girişimine yönelik uygulamaların değerlendirilmesi amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular üç bölüm halinde ele alındı:

1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular,
2. Hastaların tanı ve tedavilerine ilişkin bulgular,
3. Hemşirelik uygulamalarına ilişkin bulgular.

6.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1: Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		N	%
Yaş	19-44	339	62,9
	45-64	91	16,9
	65 ve Üzeri	109	20,2
Cinsiyet	Kadın	224	41,6
	Erkek	315	58,4
Statü	Askeri Memur ve Aileleri	156	32,1
	Sivil Hasta	66	12,2
	Emekli Askeri Memur ve Ailesi	154	28,6
	Er	146	27,1
Toplam		539	100

Hastaların %62,9 (n=339)'u genç ve %58,4 (n=315)'i erkektir.

Tablo 2: Hastaların Yaş Gruplarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	19-44		45-64		65 ve üzeri		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kadın	107	31,6	52	57,1	65	59,6	224	41,6
Erkek	232	68,4	39	42,9	44	40,4	315	58,4
Toplam	339	100	91	100	109	100	539	100

(ki-kare=37,70; p<0,05)

Hastaların %68,4 (n=232)'ü genç erkek hastalardır.

Tablo 3: Hastaların Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Alışkanlık	N	%
Sigara	176	33
Alkol	15	3
Alkol ve Sigara	5	1
İlaç	3	0
Yok	340	63
Toplam	539	100

Hastaların %32,7 (n=176)'si sigara kullanmaktadır.

Tablo 4: Hastaların Alışkanlıklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Alışkanlık	14-44		45-64		65 yaş ve üzeri		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sigara	113	33	22	24	41	38	176	33
Alkol	9	3	4	4	2	2	15	3
Alkol ve Sigara	4	1	0	0	1	1	5	1
İlaç	3	1	0	0	0	0	3	0
Yok	210	62	65	72	65	59	340	63
Toplam	339	100	91	100	109	100	539	100

Tablo 5: Hastaların Alışkanlıklarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Alışkanlık	Kadın		Erkek		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Sigara	65	29	111	35,2	176	33
Alkol	3	1,3	12	3,8	15	3
Alkol ve Sigara	1	0,4	4	1,3	5	1
İlaç	2	0,9	1	0,3	3	0
Yok	153	68,3	187	59,4	340	63
Toplam						

Tablo 6: Hastaların Önceden Geçirilmiş Operasyon Durumuna Göre Dağılımı

Geçirilmiş operasyon	N	%
Abdominal operasyon geçirenler	47	8,7
Abdomen dışı operasyon geçirenler	23	4,3
Operasyon geçirmemiş olanlar	469	87
Toplam	539	100

Hastaların %87 (n=469)'sinin öyküsünde daha önceden geçirdiği hiçbir operasyon olmadığı görülmektedir.

Tablo 7: Hastaların Önceden Geçirilmiş Operasyon Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Geçirilmiş operasyon	14-44		45-64		65 yaş ve üzeri		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Abdominal operasyon geçirenler	26	7,7	8	8,8	13	11,9	47	8,7
Abdomen dışı operasyon geçirenler	5	1,5	7	7,7	11	10,1	23	4,3
Operasyon geçirmemiş olanlar	308	90,9	76	83,5	85	78	469	87
Toplam	339	100	91	100	109	100	539	100

Tablo 8: Hastaların Önceden Geçirilmiş Operasyon Durumlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Geçirilmiş operasyon	Kadın		Erkek		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Abdominal operasyon geçirenler	24	10,7	23	7,3	47	8,7
Abdomen dışı operasyon geçirenler	7	3,1	16	5,1	23	4,3
Operasyon geçirmemiş olanlar	193	86,2	276	87,6	469	87
Toplam	224	100	315	100	539	100

Tablo 9: Hastaların Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		N	%
Kronik hastalık	Kardiyovasküler Sistem	74	13,7
	Endokrin Sistem	30	5,6
	Sindirim Sistemi	22	4,1
	Kanser	14	2,6
	Diğer	24	4,5
	Yok	375	69,6
Toplam		539	100

Hastaların %69,6 (n=375)'sında kronik hastalık görülmezken en sık rastlanan kronik hastalıkların kardiyovasküler sistem hastalıkları olup, %13,7 (n=74) oranında olduğu görülmektedir.

Tablo 10: Kronik Hastalıkların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellik	19-44		45-64		65 Ve Üzeri		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	18	5,3	23	25,3	33	30,3	74	13,7
Endokrin Sistemi Hastalıkları	13	3,8	7	7,7	10	9,2	30	5,6
Sindirim Sistemi Hastalıkları	13	3,8	4	4,4	5	4,6	22	4,1
Kanser	4	1,2	4	4,4	6	5,5	14	2,6
Diğer	18	5,3	2	2,2	4	3,7	24	4,5
Yok	273	80,5	51	56	51	46,8	375	69,6
Toplam	339	100	91	100	109	100	539	100

Kardiyovasküler sistem hastalıkları %30,3 (n=33) oranında yaşlı hastalarda görülmektedir.

Tablo 11: Kronik Hastalıkların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellik	Kadın		Erkek		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	41	18,3	33	10,5	74	13,7
Endorin Sistemi Hastalıkları	15	6,7	15	4,8	30	5,6
Sindirim Sistemi Hastalıkları	7	3,1	15	4,8	22	4,1
Kanser	4	1,8	10	3,2	14	2,6
Diğer	9	4	15	4,8	24	4,5
Yok	148	66,1	227	72,1	375	69,6
Toplam	224	100	315	100	539	100

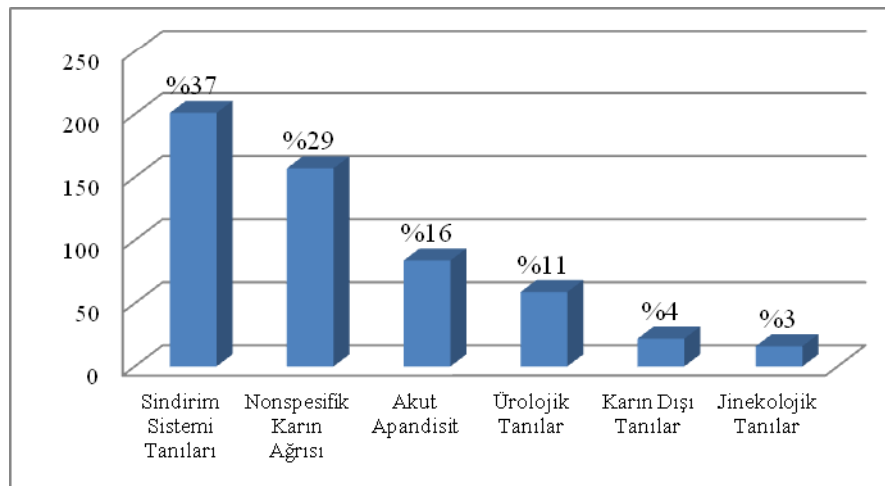
Kardiyovasküler sistem hastalıkları %18,3 (n=41) oranında kadınlarda görülmektedir.

Tablo 12: Hastaların Sürekli Kullanılan İlaç Durumunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Sürekli kullanılan ilaç sayısı	19-44		45-64		65 Ve Üzeri		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 tane	9	2,7	5	5,6	7	6,4	21	3,9
2 tane	20	2,7	9	10	17	15,6	46	8,6
3 tane	15	4,4	11	12,2	16	14,7	42	7,8
4 tane	0	0	7	7,8	8	7,3	15	2,8
5 tane	1	0,3	2	2,2	5	4,6	8	1,5
Kullanmayan	294	86,7	56	62,2	56	51,4	406	75,5
Toplam	339	100	91	100	109	100	539	100

Hastaların %75,5'inin (n=406) sürekli ilaç kullanmadığı saptandı.

6.2. Hastaların Tanı ve Tedavilerine İlişkin Bulgular



Grafik 1: Hastaların Tanılarının Dağılımı

Tanıların %37,3 (n=201) oranında sindirim sistemi hastalıkları olduğu belirlendi.

Tablo 13: Hastaların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tanı		Yaş			Toplam
		19-44	45-64	65 ve üzeri	
Sindirim Sistemi Hastalıkları	N	89	49	63	201
	%	26	53,8	57,8	37,3
Nonspesifik Karın Ağrısı	N	110	19	28	157
	%	32,4	20,9	25,7	29,1
Akut Apendisit	N	73	6	5	84
	%	21,5	6,6	4,6	15,6
Ürolojik Hastalıklar	N	41	10	8	59
	%	12,1	11	7,3	10,9
Karın Dışı Tanılar	N	13	4	5	22
	%	3,8	4,4	4,6	4,1
Jinekolojik Tanılar	N	13	3	0	16
	%	3,8	3,3	0	3
Toplam	N	339	91	109	539
	%	100	100	100	100

(Ki-kare=60,75; p<0,05)

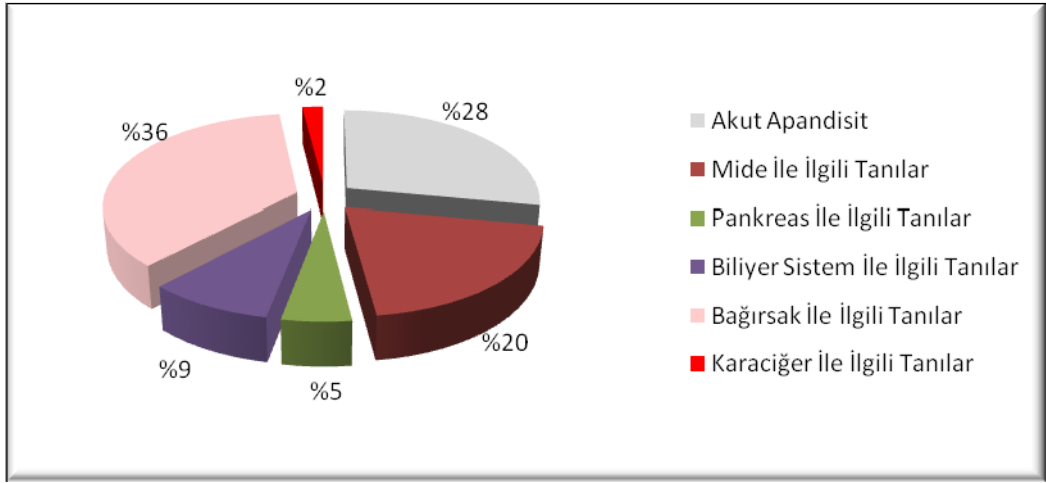
Genç hastalarda akut apandisit %21 (n=73) oranında, nonspesifik karın ağrısı ise %32,4 (n=110) oranında görülürken orta yaşlı (%53,8; n=49) ve yaşlı (%57,8; n=63) hastalarda sindirim sistemi hastalıkları daha fazla görülmektedir.

Tablo 14: Hastaların Tanılarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Tanı		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
Sindirim Sistemi Hastalıkları	N	101	100	201
	%	45,1	31,7	37,3
Nonspesifik Karın Ağrısı	N	53	104	157
	%	23,7	33,0	29,1
Akut Apendisit	N	19	65	84
	%	8,5	20,6	15,6
Ürolojik Hastalıklar	N	25	34	59
	%	11,2	10,8	10,9
Karın Dışı Tanılar	N	10	12	22
	%	4,5	3,8	4,1
Jinekolojik Tanılar	N	16	0	16
	%	7,1	0	3,0
Toplam	N	224	315	539
	%	100	100	100

(Ki-kare=45,24; p<0,05)

Akut apandisit %20,6 (n=65) oranında genç hastalarda görüldüğü belirlendi



Grafik 2: Hastaların Sindirim Sistemi Tanılarının Dağılımı

Sindirim sistemi hastalıkları arasında %36 (n=103) oranında bağırsaklarla ilgili tanılar %28 (n=84) oranında akut apandisit olduğu belirlendi.

Tablo 15: Sindirim Sistemi Hastalıklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

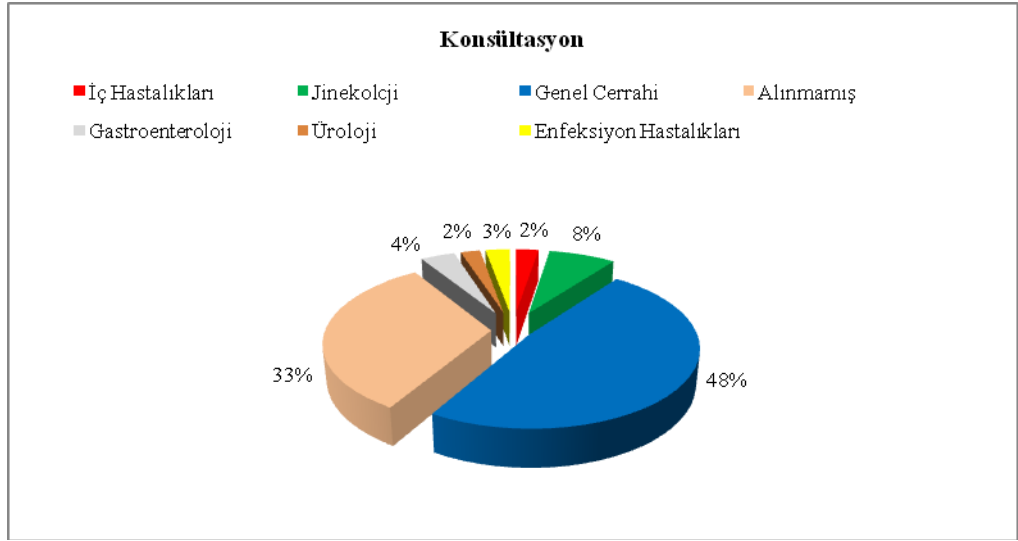
Tanı	19-44		45-64		65 ve Üzeri		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bağırsak Hastalıkları	50	31	27	49	24	36	101	36
Akut Apendisit	73	45	6	11	5	7	84	29
Mide Hastalıkları	30	18	11	20	16	24	57	20
Biliyer Sistem Hastalıkları	5	2,5	8	14	11	16	25	9
Pankreas Hastalıkları	3	2	1	2	9	13	12	4
Karaciğer Hastalıkları	1	1,5	2	4	3	4	6	2
Toplam	162	100	55	100	68	100	285	100

(Ki-kare=50,85; p<0,05)

Sindirim sistemi hastalıklarının genç hastalarda en sık akut apandisit (%45; n=73), orta yaşlı (%49; n=27) ve yaşlı (%36; n=24) hastalarda ise bağırsak hastalıkları olduğu belirlendi.

Tablo 16: Bağırsak Hastalıklarının Dağılımı

Bağırsak Hastalıkları	N	%
Akut Gastroenterit	42	40,7
Meteorizm	22	21,4
Konstipasyon	19	18,5
Bağırsak Tıkanıklığı	9	8,8
Divertikülit	5	4,9
Kolon Kanseri	4	3,8
Crohn Hastalığı	2	1,9
Toplam	103	100



Grafik 3. Hastalara Yapılan Konsültasyonların Dağılımı

Konsültasyonların %48 (n=260) oranında cerrahi uzmanı tarafından yapıldığı belirlendi.

Tablo 17: Hastalara Yapılan Konsültasyonların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tam		Yaş			Toplam
		19-44	45-64	65 Ve Üzeri	
Genel Cerrahi	N	152	41	67	260
	%	44,8	45,1	61,5	48,2
Kadın Doğum	N	31	4	6	41
	%	9,1	4,4	5,5	7,6
İç Hastalıkları	N	6	4	4	14
	%	1,8	4,4	3,7	2,6
Gastroenteroloji	N	13	3	5	21
	%	3,8	3,3	4,6	3,9
Üroloji	N	9	2	1	12
	%	2,7	2,2	0,9	2,2
Enfeksiyon Hastalıkları	N	9	5	1	15
	%	2,7	5,5	0,	2,8
Konsültasyon Yapılmayanlar	N	119	32	25	176
	%	35,1	35,2	22,9	32,7
Toplam	N	339	91	109	539
	%	100	100	100	100

(Ki-kare=19,47; p>0,05)

Konsültasyonların %61,5 (n=67) oranında yaşlı hastalar için cerrahi uzmanları tarafından yapıldığı saptandı.

Tablo 18: Hastalara Yapılan Konsültasyonların Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Konsültasyon		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
Genel Cerrahi	N	86	174	260
	%	38,4	55,2	48,2
Kadın Doğum	N	41	0	41
	%	18,1	0	7,6
İç hastalıkları	N	5	9	14
	%	2,2	2,9	2,6
Gastroenteroloji	N	7	14	21
	%	3,1	4,4	3,9
Üroloji	N	1	11	12
	%	0,4	3,5	2,2
Enfeksiyon Hastalıkları	N	6	9	15
	%	2,7	2,9	2,8
Konsültasyon Yapılmayanlar	N	79	97	176
	%	35,3	30,8	32,7
Toplam	N	224	315	539
	%	100	100	100

(Ki-kare=67,70; p<0,05)

Konsültasyonların genel cerrahi uzmanı tarafından %55,2 (n=174) erkek hastalara yapıldığı belirlendi.

Tablo 19: Hastaların Yatış Oranının Konsültasyonlara Göre Dağılımı

Konsültasyon	Yatış		Taburcu		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Genel Cerrahi	123	38	137	63,4	260	48,2
Kadın Doğum	28	8,7	13	6	41	7,6
İç Hastalıkları	7	2,2	7	3,2	14	2,6
Gastroenteroloji	15	4,6	6	2,8	21	3,9
Üroloji	10	3,1	2	0,9	12	2,2
Enfeksiyon Hastalıkları	10	3,1	5	2,3	15	2,8
Konsültasyon Yapılmayanlar	130	40	46	21,3	176	32,7
Toplam	323	100	216	100	539	100

(Ki-kare:37,42; p<0,05)

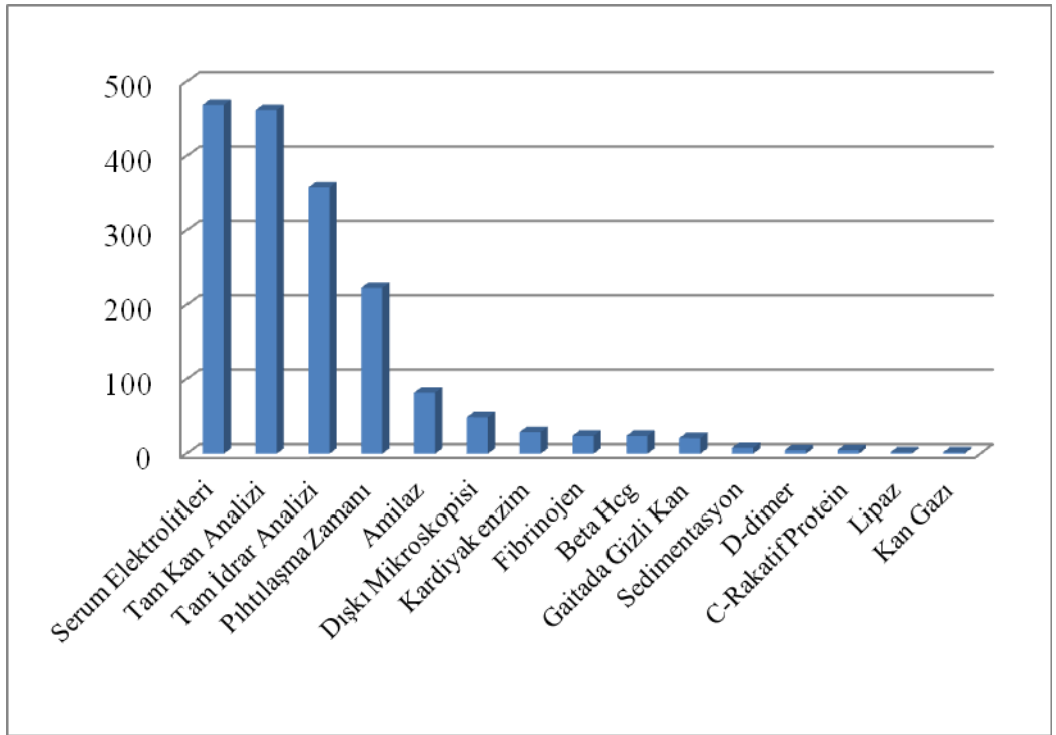
Genel cerrahi uzmanı tarafından yapılan konsültasyonlarda hastaların %38 (n=123)'i hastaneye yatırıldı ve bu yatışların tüm yatışların %48,2 (n=260)'sini oluşturduğu belirlendi.

Tablo 20: Servislere Yatırılan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş		Yatırılan	Taburcu Edilen	Toplam
19-44	N	128	211	339
	%	59,3	65,3	62,9
45-64	N	28	63	91
	%	13,0	19,5	16,9
65 ve üzeri	N	60	49	109
	%	27,8	15,2	20,2
Toplam	N	216	323	539
	%	100	100	100

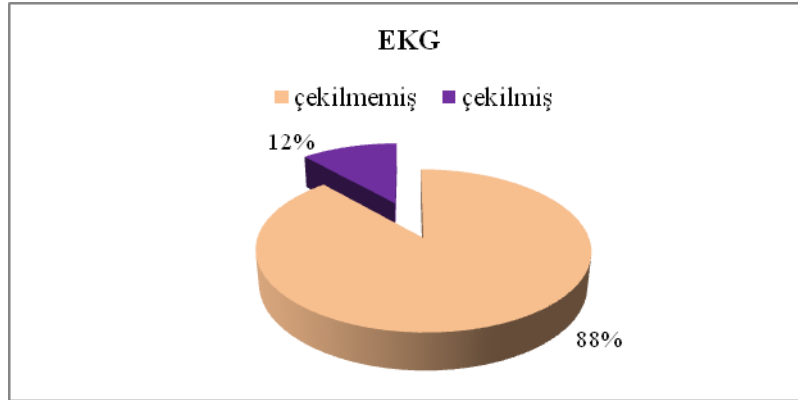
(Ki-kare:13,37; p<0,05)

Yatırılan hastaların %59,3 (n=128)'ünün genç hasta olduğu belirlendi.



Grafik 4: Hastalara Yapılan Laboratuvar Tetkiklerinin Dağılımı

Hastaların 469 (%87,3)'una serum elektrolitleri analizi, 462 (%85,9)'sine tam kan sayımı yapıldığı belirlendi.



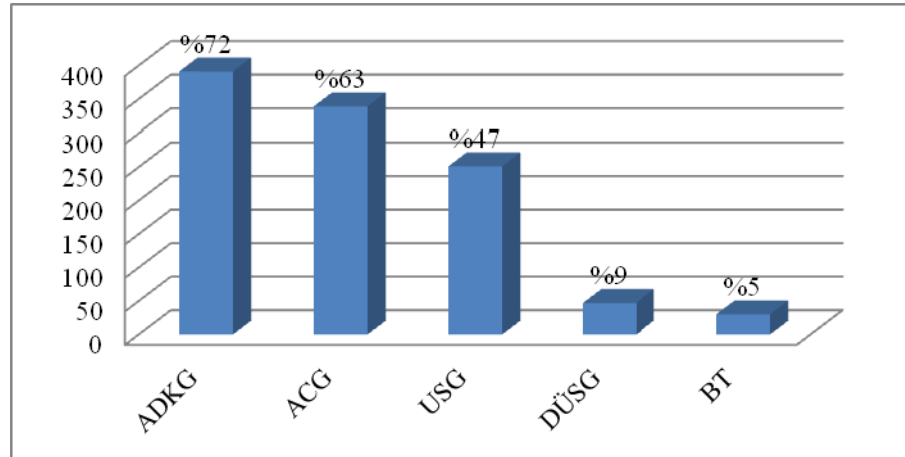
Grafik 5: EKG Çekimi Dağılımı

Hastaların %12 (n=62)'sine EKG çekildiği belirlendi.

Tablo 21: EKG Çekiminin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

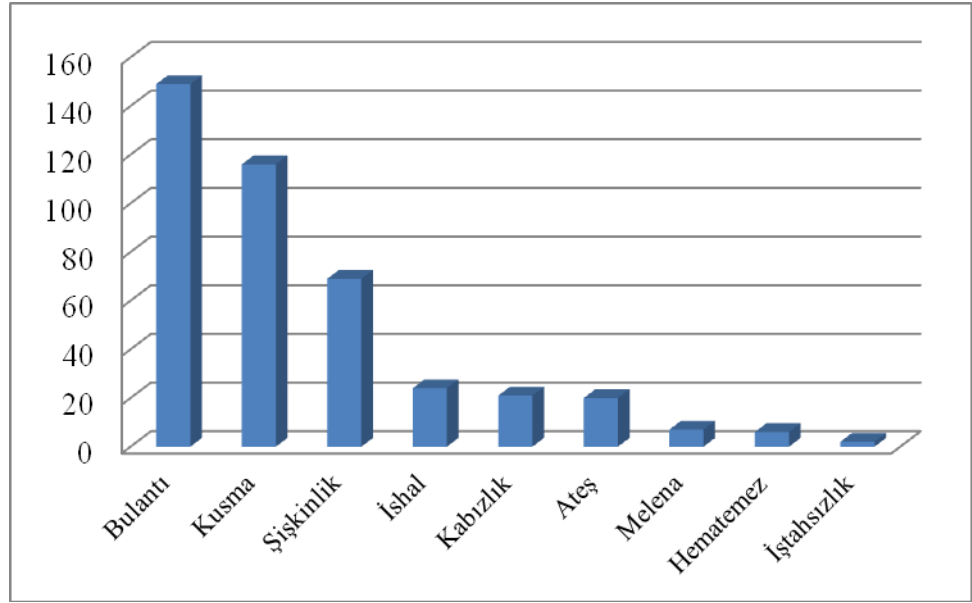
Yaş	EKG					
	Hayır		Evet		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
19-44 yaş	325	68	14	23	339	62,9
45-64 yaş	72	15	19	31	91	16,9
65 yaş ve üzeri	80	17	29	47	109	20,2
Toplam	477	100	62	100	539	100

EKG çekiminin %47 (n=29) oranında yaşlı hastalara yapıldığı belirlendi.



Grafik 6: Hastalara Yapılan Görüntüleme Yöntemlerinin Dağılımı

Hastaların 391'ine (%72,5) ayakta direkt karın grafisi çekildiği belirlendi.



Grafik 7: Hastaların Ağrı Dışındaki Semptomlarının Dağılımı

Hastaların 149 (%27,6)'unun bulantısı, 116'sının (%21,5) kusması olduğu görülmektedir.

Tablo 22: Hastaların Semptomlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

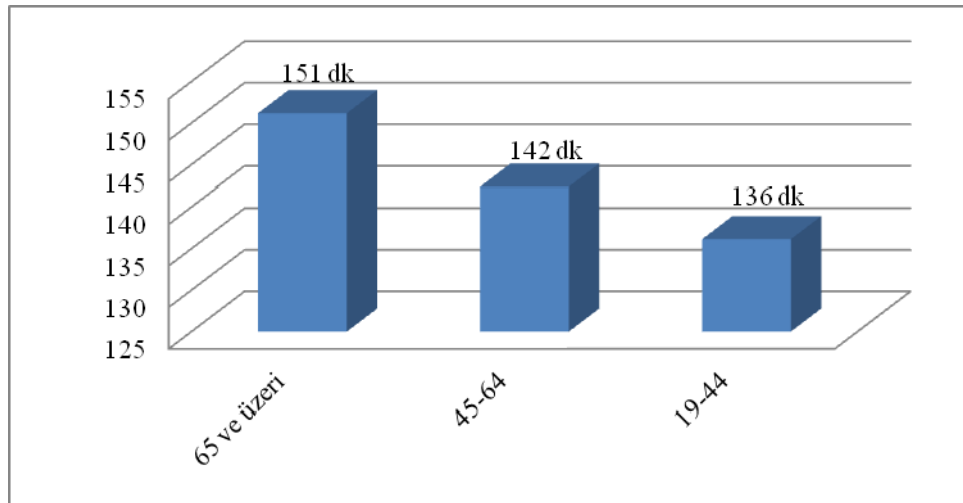
Semptom		Yaş			Toplam
		19-44	45-64	65 Ve Üzeri	
Bulantı	N	91	24	34	149
	%	26,8	26,4	31,2	27,6
Kusma	N	80	15	21	116
	%	23,6	16,5	19,3	21,5
Şişkinlik	N	45	11	13	69
	%	13,3	12,1	11,9	12,8
İshal	N	14	3	7	24
	%	4,1	3,3	6,4	4,5
Kabızlık	N	12	5	4	21
	%	3,5	5,5	3,7	3,9
Melena	N	3	3	1	7
	%	0,9	3,3	0,9	1,3
İştahsızlık	N	1	1	0	2
	%	0,3	1,1	0	0,4
Ağrı Dışında Yakınması Olmayan	N	93	29	29	151
	%	27,4	31,9	26,6	28
Toplam	N	339	91	109	539
	%	100	100	100	100

(Ki-kare=10,54; p>0,05)

Tablo 23: Hastaların Semptomlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

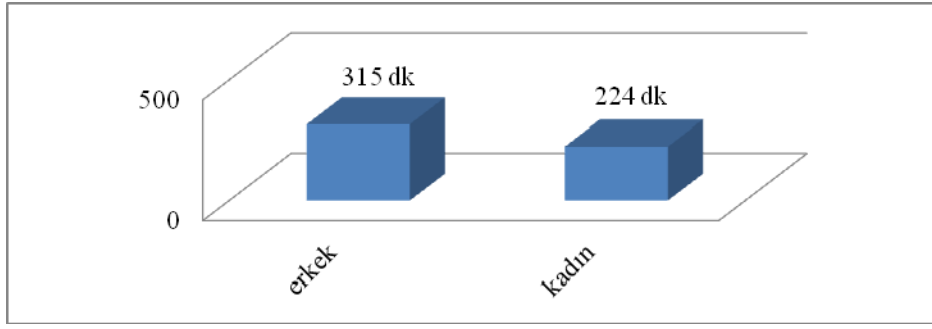
Semptom	Cinsiyet		Toplam	
	Kadın	Erkek		
Bulantı	N	64	87	151
	%	28,6	27,6	28
Kusma	N	14	10	24
	%	6,3	3,2	4,5
Şişkinlik	N	68	81	149
	%	30,4	25,7	27,6
İshal	N	44	72	116
	%	19,6	22,9	21,5
Kabızlık	N	0	2	2
	%	0	0,6	0,4
Melena	N	21	48	69
	%	9,4	15,2	12,8
İştahsızlık	N	4	3	7
	%	1,8	1	1,3
Ağrı Dışında Yakınması Olmayan	N	9	12	21
	%	4	3,8	3,9
Toplam	N	224	315	539
	%	100	100	100

(Ki-kare=10,54; p>0,05)



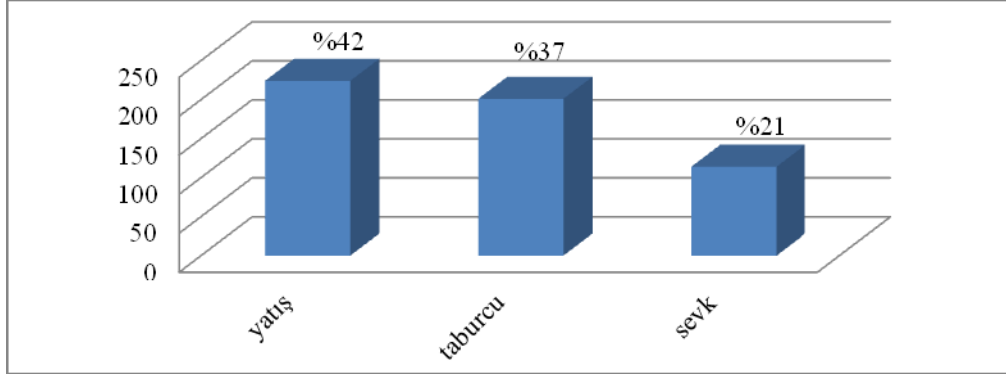
Grafik 8: Hastaların Acil Serviste Kalış Süresinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaşlı hastaların acil serviste kalış süresi ortalama 151 dk iken genç hastaların kalış süresi 136 dk olarak belirlendi (F=1,66; p>0,05).



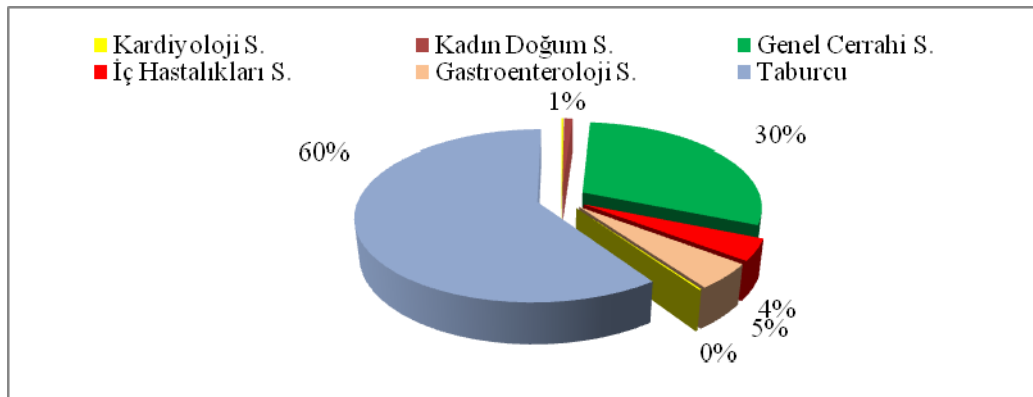
Grafik 9: Hastaların Acil Serviste Kalış Süresinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Hastaların kalış süresi, cinsiyete göre anlamlı değişim göstermektedir. ($t=1,89$; $p<0,05$). Erkek hastaların kalış süresi, kadın hastaların kalış süresinden anlamlı olarak uzun bulunmuştur ($t=-1,89$; $p<0,05$).



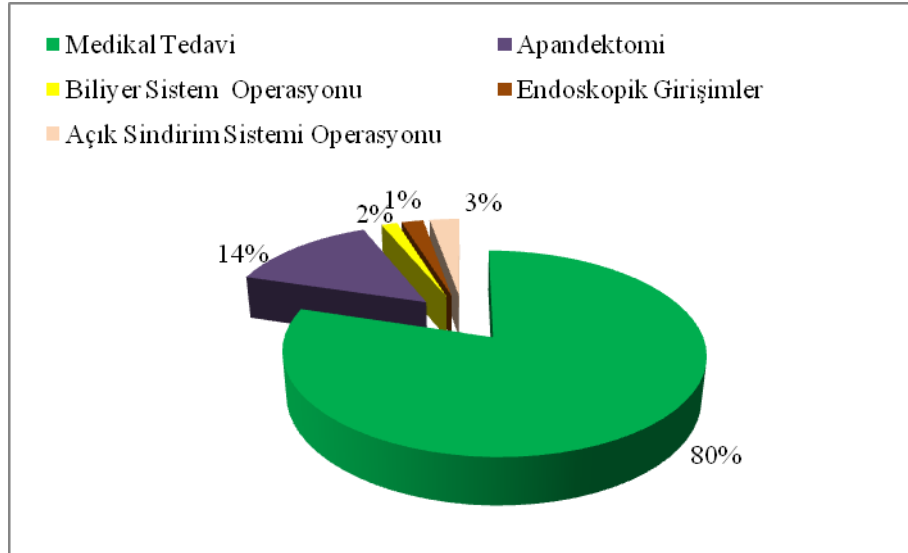
Grafik 10: Hastaların Acil Servisten Çıkış Şekline Göre Dağılımı

201'i (%37) taburcu edilmiş; 224'ü (%42) yatırılmış; 114'ü (%21) ise ileri tetkik ve tedavi için ilgili polikliniklere sevk edildi.



Grafik 11: Hastaların Yatırılan Servislere Göre Dağılımı

Hastaların %30 ($n=162$)'unun genel cerrahi servisinse yatırıldığı belirlendi.



Grafik 12: Hastaların Yapılan Operasyonlara Göre Dağılımı

Hastaların %14 (n=75)'üne apandektomi ameliyatı yapıldığı görülmektedir.

Tablo 24: Ameliyat Olma Durumunun Tanılara Göre Dağılımı

Tanı		Ameliyat		Toplam
		Hayır	Evet	
Sindirim Sistemi Hastalıkları	N	173	28	201
	%	40,3	25,7	37,4
Nonspesifik Karın Ağrısı	N	156	1	157
	%	36,4	0,9	29,2
Akut Apandisit	N	9	74	83
	%	2,1	67,9	15,4
Ürolojik Tanılar	N	59	0	59
	%	13,8	0	11
Karın Dışı Tanılar	N	17	5	22
	%	4	4,6	4,1
Jinekolojik Tanılar	N	15	1	16
	%	3,5	0,9	3
Toplam	N	429	109	538
	%	100	100	100

(Ki-kare=303,29; p<0,05)

Apandisit tanısı konulan hastaların %67,9 (n=74)'üne apandektomi ameliyatı yapıldığı belirlendi.

6.3. Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 25: Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Uygulama		N	%
Damar Yolu Açılması	Açılmış	473	87,8
	Açılmamış	66	12,2
Serum Takılması	Takılmış	242	44,9
	Takılmamış	497	55,1
Analjezik Uygulaması	Uygulanmış	107	19,9
	Uygulanmamış	432	80,1
Analjezik Uygulama Yolu	İntramüsküler	33	30,5
	Serum İçinde	41	39
	İntravenöz	33	30,5
Semptomatik İlaç Uygulaması	Uygulanmış	244	45,3
	Uygulanmamış	295	54,7
Semptomatik İlaç Uygulama Yolu	Serum İçinde	155	28,6
	İntramüsküler	37	6,7
	İntravenöz	42	7,6
	Subcutan	2	0,4
	Sublingual	2	0,4
	Oral	6	1,1
Lavman Uygulaması	Yapılmış	147	27,1
	Yapılmamış	392	72,9
Yaşam Bulgularının Ölçümü	1kez	525	97,6
	1'den Fazla Kez	13	2,4
Nazogastrik Tüp Takılması	Takılmış	8	1,5
	Takılmamış	531	98,5
İdrar Sondası Takılması	Takılmış	4	0,7
	Takılmamış	535	99,3

Tablo 26: Damar Yolu Açılma Durumunun Tanıya Göre Dağılımı

Tanı	Damar Yolu					
	Hayır		Evet		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Sindirim Sistemi Hastalıkları	25	38	176	37	201	37
Nonspesifik Karın Ağrısı	17	26	140	30	157	29
Akut Apandisit	7	11	77	16	84	16
Ürolojik Hastalıklar	8	12	51	11	59	11
Karın Dışı Tanılar	3	4,5	19	4	22	4,1
Jinekolojik Tanılar	6	9,1	10	2,1	16	3
Toplam	66	100	473	100	539	100

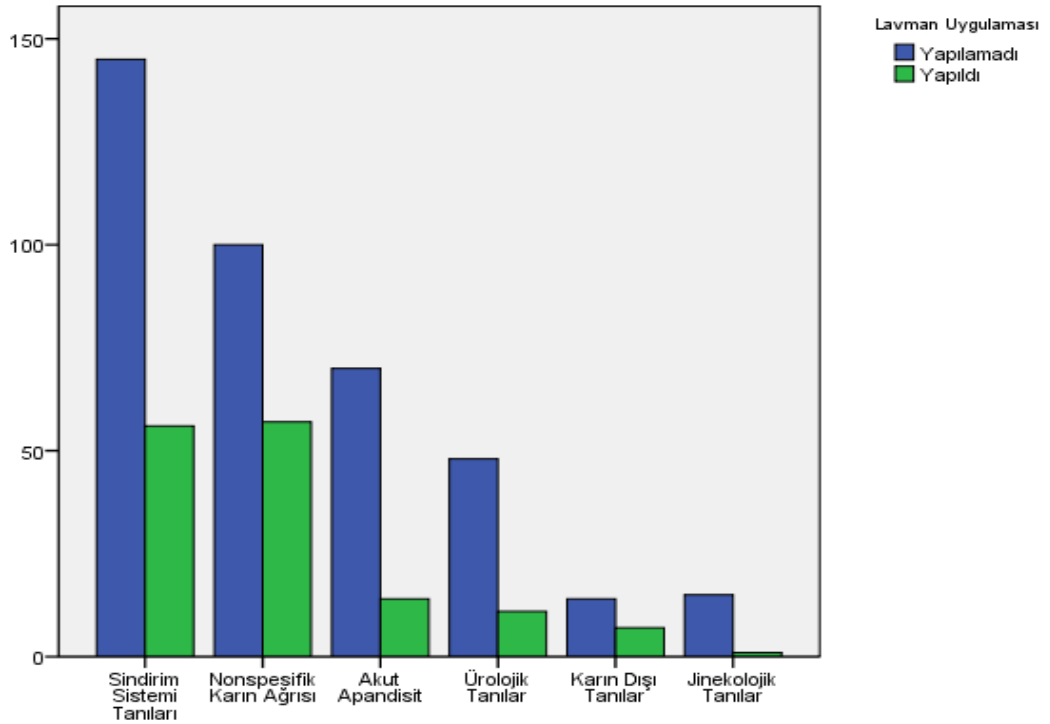
(ki-kare=27,25;p>0,05)

Tablo 27: Analjezik Uygulama Durumunun Tanıya Göre Dağılımı

Tanı	Analjezik					
	Uygulanmadı		Uygulandı		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Sindirim Sistemi Hastalıkları	151	34,8	50	47,6	201	37,3
Nonspesifik Karın Ağrısı	128	29,5	29	27,6	157	29,1
Akut Apandisit	69	15,9	15	14,3	84	15,6
Ürolojik Hastalıklar	53	12,2	6	5,7	59	10,9
Karın Dışı Tanılar	17	3,9	5	4,8	22	4,1
Jinekolojik Tanılar	16	3,7	0	0	16	3
Toplam	434	100	105	100	539	100

(ki-kare=11,25;p<0,05)

Analjezik uygulamasının %47,6 (n=50) oranında sindirim sistemi hastalıklarında uygulandığı saptandı.



Grafik 13: Hastaların Lavman Uygulamasının Tanılara Göre Dağılımı

Lavman uygulanan hastaların tanısı %38,4 (n=56) oranında diğer sindirim sistemi hastalıkları; %39 (n=57) oranında NSKA'dır.

Tablo 28: Ölen Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu		Yaşayan	Ölen	Toplam
19-44	N	339	0	339
	%	65,2	0	62,9
45-64	N	84	7	91
	%	16,2	36,8	16,9
65 ve üzeri	N	97	12	109
	%	18,7	63,2	20,2
Toplam	N	520	19	539
	%	100	100	100

(Ki-kare:34,98; p<0,05)

Ölümlerin %63,2 (n=12)'sinin yaşlı hasta grubunda, %36,8 (n=7)'inin orta yaş grubunda olduğu, genç hasta grubunda ise ölüm olmadığı belirlendi.

Tablo 29: Ölen Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı

Tanı	45-65 yaş		65 yaş ve üzeri	
	N	%	N	%
Bağırsak Obstrüksiyonu	3	44	4	34
Biliyer Sistem Hastalıkları	1	14	1	8
Akut Gastroenterit	1	14	1	8
Karaciğer Kanseri	1	14	1	8
Divertikülit	0	0	2	17
GİS Kanaması	0	0	1	8
Akut Pankreatit	0	0	1	8
Nonspesifik Karın Ağrısı	1	14	1	8
Toplam	7	100	12	100

(Ki-kare:15,65; p<0,05)

Ölen hastaların tanılarının orta yaş grubunda %44 (n=3), yaşlı hasta grubunda %34 (n=4) oranında bağırsak obstrüksiyonundan kaynaklandığı saptandı .

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

7.1.Tartışma

Araştırmamızda acil serviste akut karın ön tanısıyla izlenen hastaların tanı, tedavi ve hemşirelik bakımlarına yönelik uygulamalar incelendi. Çalışmamızın örneklemini oluşturan 539 hastanın bilgileri doğrultusunda elde edilen bulgular literatür ışığında üç bölümde tartışıldı:

1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri,
2. Hastaların tanı ve tedavilerine ilişkin özellikleri,
3. Hemşirelik uygulamalarına ilişkin özellikler.

7.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmamızda hastaların yaş ortalamasının 40.4 ± 21 olduğu, dünya sağlık örgütünün yaş kriterlerine göre belirlenmiş olan genç hasta (19-44 yaş) oranının %62,9 (n=339), orta yaşlı hasta (45-64 yaş) oranının %16,9 (n=91) ve yaşlı hasta (65 yaş ve üzeri) oranının ise %20,2 (n=109) olduğu saptandı. Hastaların %41,6 (n=224)'sının kadın, %58,4 (n=315)'ünün erkek olduğu belirlendi. Satüer incelendiğinde hastaların %27,1 (n=146)'inin er olduğu saptandı (**Tablo 1**).

Özgüç ve arkadaşları (2008) benzer bir çalışmalarında 610 hastayı çalışma kapsamına almış ve hastaların yaş ortalamasını $39,6 \pm 18$ bulmuşlardır. Consult (2005) yaptığı benzer çalışmada yaşlı hasta oranını %23, Strange ve arkadaşları (1998) ise %15,7 bulmuşlardır. Genç ve orta yaşlı hasta oranına ilişkin literatür bilgisine rastlanmamıştır. Uncu ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada kadın hasta oranını %39,9 erkek hasta oranını ise %60,1 olarak belirlemiştir.

Çalışmamızdaki hastaların demografik özelliklerinden yaşlı hasta oranı ve cinsiyet oranları bulgularının literatür bilgileri ile uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Hastaların cinsiyetleri ile yaş grupları karşılaştırıldığında orta yaş ve yaşlı hasta gruplarında kadın hasta sayısı erkek hasta sayısından fazla iken, genç hasta grubunda erkek hasta sayısı kadın hasta sayısından fazla bulundu. Tüm hastaların %58,4 (n=315)'ünün, genç hastaların ise %68,4 (n=232)'ünün erkek olduğu saptandı (**Tablo 2**).

Literatür bulgularında, acil serviste akut karın öntanısıyla izlenen hastalarının, cinsiyetleri ile yaş grupları arasındaki etkileşime ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın askeri hastanede yapılmış olması ve askerliğini yapmakta olan hastaların genç ve erkek olmasından dolayı genç erkek hasta oranının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamız kapsamında incelenen hastaların %63 (n=340)'ünde hiçbir bağımlılığın olmadığı, %33 (n=176)'ünde ise sigara alışkanlığının olduğu saptandı (**Tablo 3**).

Ögel ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada, sigara içme oranını %60,3 bulmuşlardır. Sigara içme oranının literatür bilgilerinin yaklaşık yarı oranında düşük olarak bulunmasının nedeninin kayıtların eksik tutulmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Alışkanlıkların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde yaş faktörünün alışkanlıklar üzerinde istatistiksel olarak bir etkisinin olmadığı saptandı (**Tablo 4**).

Ögel ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada, düzenli sigara içme oranını en yüksek 26-35 yaş grubunda, en düşük ise 55 yaş ve üzerinde olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışmamızda 65 yaş ve üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber diğer yaş gruplarına oranla daha fazla sigara tüketildiği saptanmıştır. Hasta sayısının daha fazla belirlendiği ve alışkanlık kayıtlarının daha iyi tutulduğu bir çalışmada bu oranların değişebileceği düşünülmektedir.

Alışkanlıkların cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde alışkanlıklar ile cinsiyet arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi **(Tablo 5)**.

Ögel ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada, erkeklerin kadınlara oranla daha fazla sigara içtiklerini ve bunun istatistiksel olarak büyük bir fark yaratmadığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içtikleri fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Hasta sayısının daha fazla belirlendiği ve alışkanlık kayıtlarının daha iyi tutulduğu bir çalışmada bu oranların değişebileceği düşünülmektedir.

Acil serviste akut karın ön tanısı ile izlenen hastaların %87 (n=469)'sinin daha önce herhangi bir nedenle ameliyat olmadığı, %8,7 (n=47)'sinin karınla ilgili bir nedenden dolayı ameliyat olduğu görüldü **(Tablo 6)**.

Bartley (2008) önceden geçirilmiş abdominal operasyonlar sonucu oluşan yapışıklıkların akut karın tablosunun nedenlerinden biri olabileceğini belirtmiştir. Flasar ve arkadaşları (2006) ameliyat sonrası yapışıklıkların %40'ının akut karına neden olduğunu belirtmişlerdir. Yavuz ise 2004'te yayınladığı bir makalesinde ince bağırsak tıkanıklıklarının nedenleri arasında abdominal ameliyatlardan sonrası oluşan yapışıklıkların %60'lık bir orana sahip olduğunu bildirmiştir.

Hastaların %8,7'sinin daha önceden abdominal ameliyat geçirmiş olması akut karın nedenlerinden birinin önceki ameliyatlara bağlı yapışıklıklar olabileceğini düşündürmektedir.

Önceden geçirilmiş operasyon durumunun yaş ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da diğer yaş gruplarına oranla daha fazla olduğu saptanmıştır **(Tablo 7)**.

Akut karın nedeni olarak önceden geçirilmiş operasyonların yaş ile ilişkisini inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda belirlenen veriler doğrultusunda yaş arttıkça abdominal operasyonların oranının ve dolayısı ile akut karına neden olma oranının artabileceği düşünülmektedir.

Önceden geçirilmiş operasyon durumunun cinsiyet ile ilişkisi incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (**Tablo 8**).

Literatür kaynaklarında akut karın nedeni olarak önceden geçirilmiş operasyonların cinsiyet ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Hastaların %69,6 (n=375)'sının kronik hastalığı olmadığı, %13,7 (n=74)'sinin ise kardiyovasküler sistem hastalığı olduğu belirlendi. Endokrin sistem hastalıklarının ise %5,6 (n=30) oranında görüldüğü saptandı (**Tablo 9**).

Hui ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları benzer bir çalışmada yaşlı hastalarda kardiyovasküler sistem hastalıklarının oranını %32, endokrin sistem hastalıklarının ise %14 olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda belirlenen kronik hastalık oranlarının literatür bilgilerine oranla daha az olmasının nedeninin kayıtlardaki eksiklikler olabileceği düşünülmektedir.

Kronik hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde kardiyovasküler sistem hastalıklarının %30,3 (n=33) oranında 65 yaş ve üzeri hasta grubunda görüldüğü saptandı (**Tablo 10**).

Ağalar ve arkadaşları (1999) yaptıkları çalışmada yaşlı hastalarda en çok kardiyovasküler sistem hastalıklarının (%48,8) görüldüğünü saptamışlardır. Kutsal (2009) makalesinde yaşlı hastaların %90'ının bir, %35'inin iki kronik hastalığı olduğunu bildirmiştir. Ünsal ve arkadaşları (2003) ise yaptıkları çalışmada yaşlı hastalarda en sık görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda kronik hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı literatür bulguları ile uyum göstermektedir.

Kronik hastalıkların cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde ise kadınlarda %43,9 (n=76) erkeklerde ise %27,9 (n=88) oranda görüldüğü belirlendi. Kadınlarda en çok görülen kronik hastalığın ise kardiyovasküler sistem hastalıkları (%18,3; n=41) olduğu belirlendi (**Tablo 11**).

Uncu ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada kadınlarda görülen kronik hastalıkların erkeklere oranla anlamlı derecede fazla olduğu belirtilmektedir. Ünsal ve arkadaşları (2003) kardiyovasküler sistem hastalıklarının kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir. Çalışmamızda belirlenen kronik hastalıklar ile cinsiyet arasındaki ilişkinin literatür bilgileri ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Kronik hastalığı nedeniyle sürekli ilaç kullananların, yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; hastaların %75,5 (n=406)'inin ilaç kullanmadığı, kullananların ise %40,2 (n=53)'sinin 65 yaş ve üzerinde olduğu belirlendi. Hastaların ortalama 2,5 adet ilaç kullandıkları saptandı (**Tablo 12**).

Ateşkan (2003) benzer bir çalışmada kronik hastalıklar nedeniyle kullanılan ilaç sayısını ortalama 4,5 adet olarak belirlemiştir.

Kronik hastalık oranı %30,4 (n=164) olmasına karşın sürekli ilaç kullanma oranının %24,5 (n=133) olmasının ve kullanılan ortalama ilaç sayısının literatür bulgularının altında olmasının nedeninin kayıtlardaki eksik veya hatalardan kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

7.1.2. 2. Hastaların Tanı ve Tedavilerine İlişkin Özellikleri

Çalışmanın yapıldığı hastanenin acil servisine 1 Ocak - 31 Aralık tarihleri arasında gelen 12.421 hastanın 539 (%4,3)'u akut karın tanısı aldı. Hastaların %52,9 (n=285)'u sindirim sistemine ilişkin tanılar alırken, NSKA oranı %29,1 (n=157) olarak belirlendi (**Grafik 1**).

Akut karın oranını Guerlain ve arkadaşları (2001) ve Özgüç ve arkadaşları (2008) %5, Bartley (2008) %6,5, Tsiouras (2008) %4-8, Consult (2005) ve Core ve arkadaşları (2008) %5-10, Ceylan ve arkadaşları (2001) ise %11,8 olarak belirlemişlerdir. NSKA tanısını Özgüç ve arkadaşları (2008) %18,1, Tsiouras (2008) ve Consult (2005) %40, Kelso ve arkadaşları (1997) %55 olarak bulmuşlardır.

Bu çalışmadaki akut karın öntanısı alan hasta oranı literatürle uyum göstermektedir. Çalışmamızın NSKA oranı literatür bilgilerinden ve literatür bilgilerinin birbirinden farklı olduğu gözlemlendi. Bu farkın kayıtlardaki eksik ve hatalardan kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların tanılarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde yaş faktörünün tanı üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. 19-44 yaş grubunda %32,4 (n=110) ile NSKA ve %21,5 (n=73) ile akut apandisit diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulundu. Akut apandisit dışındaki sindirim sistemi hastalıklarının ise orta yaş (45-64 yaş arası) grubunda %53,8 (n=49) oranında ve ileri yaş (65 ve üzeri) grubunda %57,8 (n=63) oranında olduğu belirlendi (Ki-kare=60,75; p<0,05) (**Tablo 6.13**).

Ağalar ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmada yaşlılarda ilk sırada biliyer sistem hastalıkları (%38) ikinci sırada ise bağırsak tıkanıklıkları (%31) görülmüştür. Yavuz (2004) makalesinde akut apandisit görülme sıklığının 10-30 yaşları arasında en yüksek seviyede olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamızdaki tanıların yaş gruplarına göre dağılımı ile ilgili bulguların literatür bilgileri ile uyum gösterdiği düşünülmektedir.

Hastaların tanılarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde cinsiyetin tanı üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Akut apandisit kadın hastalarda %8,5 (n=19) oranında görülürken erkek hastalarda %20,6 (n=65) olarak belirlendi. Akut apandisit dışındaki sindirim sistemi hastalıklarının kadınlarda %45,1 (n=101) erkeklerde ise %31,7 (n=100) olduğu belirlendi.

NSKA'nın ise erkeklerde %33 (n=104) kadınlarda ise %23,7 (n=53) oranında olduğu belirlendi (Ki-kare=45,24; p<0,05) (**Tablo 14**).

Görmüş (2007) çalışmasında akut apandisit özellikle genç erkeklerde daha fazla olduğunu belirtmektedir. Salmanzade ve arkadaşları (2006) akut kolesistitin yaşlı ve obez kadınlarda daha fazla görüldüğünü belirtmiştir.

Çalışmamızda tanılar ile cinsiyet arasındaki ilişki ile ilgili bulgularının literatür bilgileri ile uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Sindirim sistemi hastalıklarının içinde en yüksek oranda (%36; n=103) bağırsak ile ilgili tanılar ve ikinci sırada ise (%28; n=84) akut apandisit olduğu saptandı (**Grafik 2**).

Yavuz (2004) ve Flasar ve arkadaşları (2006) makalelerinde en sık karşılaşılan akut karın nedeninin akut apandisit olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda sindirim sistemi hastalıkları arasında akut apandisit ikinci sırada yer alırken bağırsak hastalıkları ilk sırada yer almıştır. Bunun nedeninin akut karın öntanısı ile izlenen hastaların son tanıları arasında, bağırsak hastalıkları kapsamında kabızlık ve meteorizm gibi semptomların alınmış olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Sindirim sistemi tanılarının yaşlara göre dağılımı incelendiğinde yaş faktörünün sindirim sistemi tanıları üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Akut apandisit tanısının genç hastaların %45 (n=73)'inde görüldüğü saptandı. Orta yaş hastalarda %49 (n=27) oranında yaşlı hastalarda ise %36 (n=24) oranında bağırsak hastalıklarının olduğu saptandı (Ki-kare=50,85; p<0,05) (**Tablo 15**).

Martinez ve arkadaşları (2006) yaptıkları benzer çalışmada akut apandisit gençlerde yaşlılara oranla 3 kat daha fazla görüldüğünü ve sindirim sistemi hastalıklarının %50 oranında görüldüğünü bulmuştur. Durukan ve arkadaşları (2005) yaşlı hastalarda en sık rastlanan akut karın nedeninin koledok hastalıkları olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızdaki sindirim sistemi hastalıklarının yaş gruplarına göre dağılımına ilişkin bulgular literatür bilgileri ile kısmen uyum gösterdi. Genç hastalarda akut apandisit daha sık görülmesine ilişkin veriler literatür bilgileri ile uyumlu iken yaşlı hastalarda bizim çalışmamızda bağırsak hastalıkları, literatür bulgularında ise çoğunlukla biliyer sistem hastalıkları olduğu görülmektedir.

Sindirim sistemi hastalıkları arasında en yüksek oranda olan bağırsak hastalıklarının %80,6 (n=83) oranında akut gastroenterit, meteorizim ve konstipasyon olduğu belirlenirken bağırsak tıkanıklığı oranının ise %8,8 (n=9) olduğu görüldü (**Tablo 16**).

Ağalar ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmada bağırsak tıkanıklığı oranını %10 olarak belirlemişlerdir. Çalışmamızdaki sindirim sistemi hastalıkları arasında bağırsak tıkanıklığı oranının literatür bilgileri ile uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın yapıldığı hastanenin acil servisinde; acil tıp uzmanı olmadığından, tüm servislerin uzmanlık öğrencileri sırayla nöbet tutmaktadır. Bu nedenle sıklıkla alanları olmayan konularda konsültasyon isteme gereği duyabilmektedirler. Hastaların yapılan konsültasyonlara göre dağılımı incelendiğinde %67,3 (n=363)'üne konsültasyon yapıldığı saptandı. Konsültasyonların en sık genel cerrahi uzmanları (%48,2; n=260) ikinci sırada ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanları (%7,6; n=41) tarafından yapıldığı saptandı (**Grafik 3**).

Cole ve arkadaşları (2006) makalelerinde malpraktisleri önlemek amacı ile ilgili uzman doktorların konsültasyon yapmaları gerekliliği üzerinde durmuşlardır. Çalışmamızda belirlenen konsültasyon oranlarına karşılık literatürde benzer araştırmalara rastlanmamıştır.

Çalışmamızın yapıldığı hastanede acil tıp uzmanının olmamasında dolayı konsültasyon oranının çok yüksek çıktığı, acil tıp uzmanının olduğu acil servislerde konsültasyon oranlarının farklı çıkabileceği düşünüldü. Acil tıp

uzmanının yokluğunun; gereksiz konsültasyonlara, diğer servislerdeki uzman doktorların iş yükünün artmasına, acil serviste hastaların kalış sürelerinin artmasına ve hastaların muayene ve tedavilerinin gecikmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Hastalara yapılan konsültasyonların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde yaş ile konsültasyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Tüm konsültasyonlar yaş gruplarına göre yakın oranlarda alınmasına karşın kadın hastalıkları ve doğum servisinde alınan konsültasyonlar genç yaş grubunda diğer yaş gruplarının 2 katına yakın oranda olduğu göze çarpmaktadır (Ki-kare=19,47; $p>0,05$) (**Tablo 17**).

Literatür kaynaklarında konsültasyonların yaş gruplarına göre oranlarına ilişkin araştırmalara rastlanmamıştır. Çalışmamızdaki konsültasyonların yaş gruplarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde genç kadınlarda yüksek oranda olmasının nedeninin; acil serviste en sık rastlanan jinekolojik akut karın hastalığının ektopik gebelik olması ve doğurganlık çağında görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastalara yapılan konsültasyonların cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde ise cinsiyet ile konsültasyon arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Kadın hastaların konsültasyonlarının %17,9 (n=40) oranında kadın hastalıkları ve doğum uzmanı; %38,4 (n=86) oranında genel cerrahi uzmanı, erkek hastaların konsültasyonlarının ise %55,2 (n=174) oranında genel cerrahi uzmanı tarafından yapıldığı belirlenmiştir (Ki-kare=67,70; $p<0,05$) (**Tablo 18**).

Literatür bilgilerinde konsültasyonlar ile cinsiyet arasındaki etkileşime ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda konsültasyonların kadın hastalarda hem kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hem de cerrah tarafından yapıldığı, erkeklerde ise çoğunlukla sadece cerrahların yaptığı konsültasyonların yeterli görüldüğü saptanmıştır. Bunun nedeninin ise kadın hastalarda yanlış tanı ve tedavilere daha sık rastlanıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların yatış durumları ile konsültasyonlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Genel cerrahi uzmanının yaptığı konsültasyon oranının %48,20 (n=260) olduğu ve konsültasyon sonrası yatış oranının %38,10 (n=123) olduğu belirlendi (Ki-kare:37,42; p<0,05) (**Tablo 19**).

Literatür kaynaklarında konsültasyonlar ile yatırılan klinik arasındaki ilişkiyi sorgulayan çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda acil serviste akut karın öntanısı ile izlenen hastalara; ilk muayeneleri yapıldıktan sonra gerek görülürse ileri değerlendirme için ilgili uzman doktor tarafında konsültasyon yapıldığı görülmektedir. Hastaneye yatırılarak tedavi veya ameliyat olması gerektiği düşünülen hastaların, yatırılabilmesi için; ilgili servis uzman doktorundan onay alınmasının zorunlu olması nedeniyle de konsültasyon oranlarının yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Hastaneye yatırılan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde yaş faktörünün yatırılma durumu üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Genç hastaların %37,8 (n=128)'inin (tüm yatışlar arasında %59,3'ünün) yaşlı hastaların ise %54,6 (n=60)'sının (tüm yatışlar arasında %27,8'inin) hastaneye yatırıldığı saptandı (Ki-kare:13,37; p<0,05) (**Tablo 20**).

Durukan ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları benzer çalışmada yaşlı hastaların %63,2'sinin hastaneye yatırıldığı görülmektedir. Çalışmamızda belirlenen yaş gruplarına göre hastaneye yatırılma oranları literatür bilgisi ile uyum göstermektedir.

Hastalara yapılan laboratuvar tetkikleri incelendiğinde en sık yapılan analizin serum elektrolitleri analizi olduğu ve tüm hastaların %87,3 (n=469)'üne yapıldığı saptandı. Tam kan sayımı tüm hastaların %85,9 (n=462)'una yapılırken, tam idrar analizi ise hastaların %66,4 (n=358)'üne uygulanmıştır. Akut pankreatitte değerli bir bulgu olan amilaz analizi hastaların %15,2 (n=82)'sine yapılmıştır. Akut karın hastaları ameliyat edilme riskleri yüksek olan bir grup oldukları için kanama pıhtılaşma zamanlarının bilinmesi ve

gerektiğinde önlemlerin alınması amacı ile hastaların %41,4 (n=223)'üne Aptt-Ptz bakılmıştır (**Grafik 4**).

Ertekin (2002) kan tetkiklerinin rutin olarak yapılması gerektiğini belirtmiştir. Tam kan sayımının; inflamatuvar hastalıkların düşünülmesi veya kanamaya neden olabilecek hastalıkların göz önünde bulundurulması açısından önemli olduğunun üzerinde durmuştur. Dehidratasyon derecesini ve verilecek sıvıyı belirlenmesi amacıyla elektrolit analizi yapılması gerektiğini bildirmiştir. Acil cerrahi girişim gerektiren hastalar için kanama pıhtılaşma zamanına bakılması gerektiğini bildirmiştir. Ceylan ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada tam kan sayımı hastaların %11,4'üne yapıldığı saptanmıştır.

Çalışmamızda acil serviste akut karın öntanısı ile izlenen hastalara yapılan tetkiklerin literatür bilgileri ile uyumluluk gösterdiği düşünülmektedir.

Çalışmamız kapsamına alınan hastaların %11,5 (n=62)'ine EKG çekildiği belirlendi (**Grafik 5**).

Ceylan ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada EKG çekme oranı %7,4 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda belirlenen EKG çekim oranının literatür bilgileri ile uyumlu olduğu düşünülmektedir.

EKG çekilen hastaların %46,8 (n=29)'inin 65 yaş ve üzeri hastalar olduğu belirlendi (**Tablo 21**).

Bryan (2008) makalesinde akut karın ağrısıyla gelen 40 yaş üzeri tüm yetişkin hastalarda kardiyak nedenleri saf dışı bırakabilmek için EKG çekilmesi gerektiğini belirtmektedir.

Çalışmamızda 40 yaş üstü hasta oranı %41,9 (n=226) iken EKG çekme oranının %11,5 olmasının nedeninin kayıtlardaki eksiklikler olabileceği düşünülmektedir.

Hastalara görüntüleme yöntemlerinden ilk sırada ADKG (%72,5; n=391) ikinci sırada ise ACG (%63; n=339) uygulandığı belirlendi (**Grafik 6**).

Ceylan ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada ACG çekilme oranının %2,7 olduğu belirtilmiştir.

Ceylan ve arkadaşları çalışmalarını yaptıkları hastanede acil servis kayıtlarının iyi tutulmamış olabileceğini bildirmiştir. Çalışmamızda acil servis kayıtlarında akut karın öntanısı ile izlenen hastaları görüntüleme yöntemlerine ilişkin bilgilerin eksiksiz olarak kaydedildiği ve dolayısı ile oranın yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Hastaların acil servise başvurduklarında karın ağrısı dışındaki semptomlara göre dağılımı incelendiğinde %28 (n=151)'inin başka semptomunun olmadığı, %27,6 (n=149)'sının bulantısı ve %21,5 (n=116)'inin kusması olduğu görüldü (**Grafik 7**).

Özgüç ve arkadaşları (2008) bulantı bulgusunu %68,6, kusma bulgusunu ise %19,9 bulmuştur. Ceylan ve arkadaşları (2002) çalışmalarında bulantı ve kusmanın hastaların %19'unda görüldüğünü belirtmişlerdir. Ertekin (2002) akut karın hastalarının 2/3'ünde bulantı ve kusmanın olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda karın ağrısı dışındaki semptomların oranlarının literatür bulguları ile uyum gösterdiği düşünülmektedir.

Hastaların yaş grubu ile ağrı dışında görülen semptomlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Ki-kare=10,54; p>0,05) (**Tablo 22**).

Hui ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmaya göre yaşlı hastaların %43'ünde bulantı görülmüştür. Çalışmamızda belirlenen hastaların yaş grubu ile ağrı dışında görülen yakınması arasındaki etkileşime ilişkin bulgular literatür bilgilerinden göreceli olarak az bulunmuştur. Bunun nedeninin kayıtlardaki eksiklikler olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamız kapsamına alınan hastaların cinsiyeti ile ağrı dışında görülen semptomlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Kikare=10,54; $p>0,05$) (**Tablo 23**).

Literatür bilgilerinde ağrı dışındaki semptomlar ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen veriye rastlanmamıştır.

Hastaların acil serviste kalış süresi ortalama 140.23 dk olarak belirlenmiştir. Kalış süresinin yaşa göre dağılımı incelendiğinde; hastaların kalış süresinin, yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlendi. Yaşlı hastaların kalış süresinin genç hastalara göre %12 daha uzun olduğu belirlendi ($F=1,66$; $p>0,05$) (**Grafik 8**).

Martinez ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada yaşlıların acil serviste kalma süresinin gençlerden %20 daha uzun olduğunu bulmuşlardır.

Yaş arttıkça kalış süresinin göreceli olarak arttığı, vaka sayısının daha fazla belirlenmesi durumunda bu farkın istatistiksel olarak anlam kazanacağı düşünülmektedir.

Acil serviste kalış süresinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde ise kalış süresi, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdi. Erkek hastaların kalış süresi (145 dk; $n=315$), kadın hastaların kalış süresinden (132 dk; $n=224$) anlamlı olarak yüksek bulundu ($t=-1,89$; $p<0,05$) (**Grafik 9**).

Literatür bilgilerinde cinsiyetin acil serviste kalış süresi üzerinde etkisinin olup olmadığını araştıran çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda belirlenen erkek hastaların kalış sürelerinin kadın hastalardan uzun olmasının nedeninin erkek hasta oranının fazla olmasında kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların acil servisten çıkış şekline göre dağılımı incelendiğinde; akut karın öntanısı ile izlenen hastaların, %37 (n=201)'sinin acil servisten tedavisi tamamlanıp taburcu edildiği, %21 (n=114)'inin daha ileri tetkik ve tedavi için ilgili polikliniğe sevk edildiği ve %42 (n=224)'sinin ilgili servise yatışının yapıldığı belirlendi (**Grafik 10**).

Durukan ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada yatış oranı %63 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda yatış oranının az bulunmasının nedeninin; çalışmanın yapıldığı hastanenin askeri hastane olmasından ve acil servise gelen hastaların daha çok genç hasta olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların yatırılan servislere göre dağılımı incelendiğinde hastaların %30,1 (n=162)'inin genel cerrahi servisine yatırıldığı belirlenmiştir (**Grafik 11**).

Chang ve arkadaşları (2007) yaptıkları benzer çalışmada yatış oranını %50 bulurken Ceylan ve arkadaşları (2001) tüm yatışların %29'unun genel cerrahi servisine olduğunu, Durukan ve arkadaşları (2005) ise hastaların %35,8'inin taburcu olduğunu ve %45,3'ünün genel cerrahi servisine yattığını bulmuşlardır.

Çalışmamızda belirlenen akut apandisit oranının yüksek olması nedeniyle genel cerrahi servisine yatış oranı da yüksek olarak belirlendi. Çalışmada bulduğumuz hastaların yatırılan servislere göre dağılım oranlarının literatür bilgileri ile uyum gösterdiği düşünülmektedir.

Yatırılarak tedavi edilen hastaların %80 (n=429)'ine sadece medikal tedavi uygulanırken %13,9 (n=75) gibi büyük bir çoğunluğuna ise apandektomi uygulanmıştır (**Grafik 12**).

Durukan ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada medikal tedavi oranının %52,2, cerrahi girişim oranının ise %47,8 olduğunu bildirmişlerdir. Chang ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada ameliyat oranını %30-40 olarak

belirlemişlerdir. Bryan'ın (2008) yaptığı çalışmada karın ağrılı hastaların %50'sinin yatırıldığı ve bunların %30-40'ının ameliyat edildiği belirtilmektedir.

Çalışmamızda belirlenen apandisit oranının yüksek olması hastaların apandektomi oranının yüksek çıkmasına neden olmuştur. Bulgularımız literatür bilgileri ile uyum göstermektedir.

Hastaların ameliyat çeşitlerinin tanılarına göre dağılımı incelendiğinde tanı ile ameliyat arasındaki ilişki anlamlı bulundu. Ameliyat olmayan hastaların tanılarının %40,3 (n=173) oranında akut apandisit dışındaki sindirim sistemi hastalıkları; %36,4 (n=156) oranında NSKA olduğu belirlendi. Ameliyat olan hastaların tanılarının ise %67,9 (n=74) oranında akut apandisit; %25,7 (n=28) oranında akut apandisit dışındaki sindirim sistemi hastalıkları olduğu belirlendi (Ki-kare=303,29; p<0,05) (**Tablo 24**).

Literatür kaynaklarında akut karın öntanısı ile izlenen ameliyat çeşitleri ile tanıları arasındaki ilişkiye yönelik bilgiye rastlanmamıştır. Çalışmamızda belirlenen ameliyat çeşitleri ile tanıların uyumluluk gösterdiği düşünülmektedir.

7.1.3. Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Acil serviste akut karın ön tanısı ile izlenen hastaların başvuru nedenleri öğrenilip öyküsü alındıktan sonra; % 97,6 (n=525)'sının yaşam bulguları sadece 1 kez ölçülmüş, %2,4 (n=14) ise birden fazla kez ölçülmüştür. Hastaların %87,4 (n=471)'üne damar yolu açılmış, %44,9 (n=242) serum takılmıştır. Tüm hastaların %80,1 (n=432)'ine analjezik uygulanmazken, uygulananlara tanısı koyulduktan sonra analjezik uygulandığı görülmüştür. Analjezik uygulamaları %39 (n=41) oranında serum içerisinde yapılmıştır. Hastaların %45,3 (n=244)'üne bulantı, kusma gibi semptomlarını azaltmak amacıyla ilaç uygulaması yapılmış ve bu ilaçların %28,6 (n=154)'sı serum içerisinde uygulanmıştır. Hastaların %27,1 (n=147)'ine lavman uygulaması yapıldığı belirlenmiştir. Hastaların sadece %1,5 (n=8)'ine nazogastrik tüp ve %0,7 (n=4)'sine idrar sondası takıldığı görülmektedir (**Tablo 25**).

Bryan (2008) akut karın tablosu ile izlenen hastaların geniş lümenli kanülle damar yollarının açılması gerektiğini, IV sıvı verilmesinin uygun olacağını belirtmiştir. French ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada analjezik uygulama oranı %24,5 olarak belirlemişlerdir. Turan ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada hastalara tanıları koyulana kadar analjezik yapılmaması gerektiğini bildirmişlerdir. Bryan (2008) gerekirse foley sonda takılarak aldığı-çıkardığı sıvı dengesinin izlenmesi gerektiğini söylemiştir. Hastada bağırsak obstrüksiyonu veya üst GİS kanaması düşünülüyorsa nazogastrik tüp takılması gerektiğini belirtmiştir. Ceylan ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada damar yolu açma oranı %1,1 olarak belirtmiştir. Chang ve arkadaşlarının (2007) makalelerinde yaşam bulgularının alınması, IV sıvı verilmesi, hastaların gerekirse monitörize edilip idrar çıkışı izlenmesi gerektiğini bildirmişlerdir.

Literatür kaynaklarında hemşirelik uygulamalarının istatistiksel açıdan izlendiğini gösteren verilere rastlanmamıştır. Analjezik uygulama oranı literatür bilgileri ile uyumludur. Ceylan ve arkadaşlarının damar yolu açılma oranını çalışmamızın bulgularından çok az bulmalarının nedeninin; Ceylan ve arkadaşlarının çalışmasını yaptığı hastanedeki kayıtlardaki eksiklerden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Damar yolu açma durumunun tanı ile olan ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (**Tablo 26**).

Literatürde damar yolu açma oranı ile tanıları karşılaştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Damar yolu açma durumunun tanı ile olan ilişkisi bulgusunun anlamlı bulunmamasının nedeninin; akut karın ön tanısı ile izlenen hastaların büyük çoğunluğuna (%87,8; n=471) damar yolu açılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların tanıları ile analjezik uygulamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Akut apandisit dışındaki sindirim sistemi hastalıklarında analjezik uygulama oranı %47,6 (n=50) olarak belirlendi (Ki kare:11,25; $p<0,05$) (**Tablo 6.27**).

Turan ve arkadaşları (2002) hastalara tanıları koyulana kadar hastalık sürecini etkilemesi ve tanılamanın gecikmesine neden olma riskinden dolayı analjezik yapılmaması gerektiğini bildirmişlerdir.

Çalışmamızda hastalara tanıları koyulana kadar analjezik yapılmadığı, tanısı konulduktan sonra servislere yatışı yapılan hastaların analjeziklerinin yatırıldıkları serviste yapıldığı belirlendi.

Lavman uygulamasının yapıldığı hastaların %37 oranında akut apandisit dışındaki sindirim sistemi hastalıkları, %25,5 oranında NSKA tanısı aldığı görüldü (**Grafik 13**).

Turan ve arkadaşları (2002) hastalara tanısı koyulana kadar lavman yapılmaması gerektiğini bildirmişlerdir.

Çalışmamızda hastaların tanıları koyulana kadar lavman yapılmadığı tanılama sonrası hastanın bağırsaklarının boşaltılarak rahatlamasını sağlamak veya preoperatif hazırlık amacı ile lavman yapıldığı düşünülmektedir.

Acil serviste akut karın ön tanısı ile izlenen hastaların ölüm oranı %3,5 (n=19) olarak belirlendi. Bu hastalardan yatırıldıktan sonra ölenlerin %63,2 (n=12)'sinin 65 yaş ve üzeri, %36,8 (n=7)'inin ise 45-64 yaş arasında olduğu saptandı. Ölenlerin yaş ortalamasının 70,89±19 olduğu görüldü. Genç hastaların arasında ölüm olmadığı belirlendi. (**Tablo 28**).

Durukan ve arkadaşları (2005) ölüm oranını %11,9 belirlerken, Ağalar ve arkadaşları (1999) %17,5, Beşışık (2009), Chang ve arkadaşları (2007) ve Bryan (2008) ise %10 olarak bulmuşlardır. Consult (2005) yaşlıların gençlerden 70 kat hızlı öldüklerini söylemektedir.

Çalışmamızda belirlenen ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımına ilişkin verilerin literatür bilgileri ile uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Yaşlı hastaların %34 (n=4), orta yaşlı hastaların ise %44 (n=3) oranında bağırsak obstrüksiyonu nedeni ile öldüğü belirlendi. Pankreatit nedeniyle orta yaş grubunda ölüm olmazken yaşlı hasta grubunda 1 (%8) ölüm olmuştur (**Tablo 29**).

Lyon ve arkadaşları (2006) yaşlılarda ölüm nedeninin %20-25, Keşkek ve arkadaşları (2002) ise %10-15 oranında pankreatitten kaynaklandığını bulmuşlardır. Martinez ve arkadaşları (2006) makalelerinde yaşlı hastalarda ince

bağırsak tıkanıklıklarına bağlı ölüm oranının %14-35 arası, kalın bağırsak tıkanıklıklarına bağlı ölüm oranının ise %40 olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızdaki yaşlı ve orta yaşlı hasta sayısının az olmasından dolayı literatür bilgileriyle kısmen uyumlu olduğu düşünülmektedir.

7.2. Sonuç

Acil serviste akut karın ön tanısı ile izlenen hastaların tanı, tedavi ve hemşirelik bakımlarına yönelik uygulamaları belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmamızın sonuçları bu bölümde sunuldu.

- ❖ Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması $40,4 \pm 21$ bulundu. Genç hasta oranı %62,9 (n=339), orta yaşlı hasta oranı %16,9 (n=91) yaşlı hasta oranı ise %20,2 (n=109) olarak belirlendi.
- ❖ Hastaların %58,4 (n=315)'ünün erkek, %41,6 (n=224)'sının kadın olduğu ve genç hasta grubunda erkek hastaların %68,4 (n=232) olduğu belirlendi.
- ❖ Hastaların %63,1 (n=340)'inde herhangi bir bağımlılığın olmadığı, %33 (n=176)'ünde sigara alışkanlığının olduğu saptandı. Sigara kullanımının yaş grupları ve cinsiyet ile olan ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi.
- ❖ Çalışma kapsamına alınan hastaların %8,7 (n=47)'sinin önceden abdominal ameliyat geçirdiği ve bunun sonucu olarak oluşan yapışıklıkların akut karına neden olabileceği belirlendi. Yaş ve cinsiyetin önceden geçirilmiş ameliyatlara ve akut karın arasındaki ilişki üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi.
- ❖ Hastaların %30,4 (n=164)'ünün kronik hastalığının olduğu belirlendi. En çok görülen kronik hastalıklar kardiyovasküler sistemle ilgili olup %13,7 (n=74) oranında olduğu belirlendi. Kronik hastalıkların en sık yaşlı hasta grubunda görüldüğü ilk sırada ise kardiyovasküler sistem hastalıklarının (%30,3; n=33) olduğu belirlendi. Kronik hastalıklar kadınlarda %43,9 (n=76), erkeklerde ise %27,9 (n=88) oranında görüldüğü belirlendi.
- ❖ Hastaların %24,5'inin sürekli kullandığı en az bir ilaç olduğu, ilaç kullananların %40,2 (n=53)'sinin yaşlı hasta grubunda olduğu ve ortalama kullanılan ilaç sayısı 2,5 olarak belirlendi.

- ❖ Acil servise başvuran hastaların %4,3 (n=539)'ünün akut karın tanısı aldığı, NSKA oranının ise %29,1(n=157) olduğu belirlendi.
- ❖ Yaş faktörünün tanılar üzerinde etkili olduğu genç hasta grubunda akut apandisit diğer yaş gruplarından daha fazla (%21,5; n=73) görüldüğü belirlendi. Aynı zamanda akut apandisit erkeklerde kadınlarda daha fazla (%20,6; n=65) görüldüğü belirlendi.
- ❖ Sindirim sistemi hastalıkları arasında en sık (%36; n=103) bağırsak hastalıklarına rastlandığı belirlendi. Bağırsak tıkanıklığı oranı %8,8 (n=9) olarak belirlendi.
- ❖ Çalışma kapsamına alınan hastaların %67,3 (n=363)'üne konsültasyon yaptığı ve bu konsültasyonların en sık (%48,2; n=260) cerrahi hastalıkları uzmanları tarafından yapıldığı belirlendi. Yaşın konsültasyon üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi. Erkeklerde çoğunlukla sadece genel cerrahi uzmanı (%55,2; n=174) konsültasyon yaparken kadınlarda cerrahların (%38,4; n=86) yanı sıra kadın hastalıkları ve doğum uzmanları (%17,9; n=40) da konsültasyon yapmışlardır.
- ❖ Genel cerrahi uzmanı tarafından yapılan konsültasyon sonrasında hastaların %38,1 (n=123)'inin hastaneye yatışının yapıldığı belirlendi.
- ❖ Çalışma kapsamına alınan genç hastaların %37,8 (n=128)'i hastaneye yatırılırken yaşlı hastaların %54,6 (n=60)'sının yatırıldığı belirlendi.
- ❖ Hastalara yapılan tetkikler arasında %87,3 (n=469) oranında serum elektrolit analizi ve %85,9 (n=462) oranında tam kann sayımının olduğu belirlendi.
- ❖ Hastaların %11,5 (n=62)'ine EKG çekildiği, çekilenlerin %46,8 (n=29)'inin 65 yaş ve üzeri hastalar olduğu belirlendi.
- ❖ Hastaların %72,5 (n=391)'ine ADKG çekildiği belirlendi.
- ❖ Hastalarda ağrıdan sonra en yüksek oranda görülen semptomların bulantı (%27,6; n=149) ve kusma (%21,5; n=116) olduğu belirlendi. Yaş ve cinsiyetin ağrı dışında görülen semptomlar üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi.
- ❖ Hastaların acil serviste ortalama kalma süreleri 140.23 dk olarak belirlendi. Yaşın süre üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi. Cinsiyetin süre üzerindeki etkisinin istatistiksel

olarak anlamlı olduğu, erkeklerin (145 dk) kadınlarda (132dk) daha uzun süre kaldıkları belirlendi.

- ❖ Hastaların %42 (n=224)'sinin hastaneye yatışının yapıldığı belirlendi. Hastaneye yatırılan hastalardan %30,1 (n=162)'inin genel cerrahi servisine yatırıldığı belirlendi.
- ❖ Hastaneye yatırılarak tedavi edilen hastaların %80 (n=429)'i sadece medikal tedavi almış ve %13,9 (n=75)'una apandektomi ameliyatı yapıldığı belirlendi.
- ❖ Hastaların %97,6'sının yaşam bulgularının sadece bir kez ölçüldüğü, %87,4 (n=471)'üne damar yolu açıldığı belirlendi. Hastaların %19,9 (n=107)'una analjezik uygulaması yapıldığı belirlendi. Analjezik uygulamasının %47,6 (n=50) oranında akut apandisit dışındaki sindirim sistemi hastalıklarında yapıldığı belirlendi.
- ❖ Analjezik ve lavman uygulamalarının hastalara tanıları konulduktan sonra yapıldığı belirlendi.
- ❖ Ölüm oranının %3,5 (n=19) olduğu ve ölümlerin %63,2 (n=12)'sinin yaşlı hasta grubunda görüldüğü, genç hasta grubunda ise görülmediği belirlendi.
- ❖ Ölen yaşlı hastaların %34 (n=4)'ünün, orta yaşlı hastaların ise %44 (n=3) tanılarının bağırsak tıkanıklıkları olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ◆ Akut karın ve hemşirelik izlemi ile ilgili kurum acil servis hemşirelerine hizmet içi eğitim ve/veya kursların düzenlenmesi,
- ◆ Hemşire izlem formu ve kayıt tutmanın önemi konusunda farkındalığın artırılmasına yönelik eğitimlerin planlanması,
- ◆ Yaşam bulgularının izleminin önemi ve sıklığı konusunda eğitimlerin planlanması,
- ◆ Acil serviste hastaların eksiksiz ve hatasız izlemi için uygun hemşire izlem formu geliştirilmesi,
- ◆ Acil serviste izlenen hastalardan öykü almanın öneminin kavranması ve standardizasyonun sağlanabilmesi için acil servis hemşire izlem formunda bir bölümün bunun için ayrılması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Ağalar, F.; Özdoğan, M.; Daphan, Ç.E.; Topaloğlu, S.; Sayek, İ.: “Akut Karınla Başvuran Geriatrik Hastalarda Cerrahi Tedavi Ve Sonuçları”, *Turkish Journal Of Geriatrics*, 2 (1999) 1-4.
2. Akçal, T.: “Akut ve Kronik Kolesistit”, *Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları Sempozyum Dizisi No:28*, İstanbul, Türkiye, Ocak, (2002) 141-147
3. Akkaya, N.E.: “Peptik Ülser Perforasyonlarının Graham Rafi İle Onarımında Batın Dreninin Yeri”, Uzmanlık Tezi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye, (2008) 8-14.
4. Altınok, T.: “Pelvik İnflamatuvar Hastalıklar”, *Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi No:61*, İstanbul, Türkiye, Subat, (2008) 201-208.
5. Arıncı, K.: “Kas İskelet Sistemi”, *Anatomi*, İzmir Güven Kitapevi, İzmir, Türkiye, (2005) 1-10.
6. Ateşkan, Ü.: “Geriatrik Aciller”, *Acil İç Hastalıkları*, GATA Etlik Matbaası, Ankara, Türkiye, (2003) 668-675.
7. Atmaca, B.; Atmaca, M.: “Aile Hekimliğinde Akut Karın Ağrılı Erişkin Hastaya Yaklaşım”, *Aile Hekimliği Dergisi*, 1 (2007) 50-54.
8. Bartley, M.K.: “Acute Abdominal Pain”, *The Nurse Practitioner*, 33 (2008) 34-39.
9. Beşışık, F.: “İnflamatuvar Barsak Mı? Akut Batın Mı? ”, *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi*, Antalya, Türkiye, Eylül, (2009) 170-171.
10. Burg, M.D.; Francis, L.: “Acute Abdominal Pain In The Elderly”, *Emergency Medicine*, 37 (2005) 8-12.
11. Ceylan, S.; Tümerdem, N.; Yaşar, M.; Kılıç, S.; Güleç, M.: “GATA Eğitim Hastanesi İlk ve Acil Yardım Merkezine Başvuran Hastalardan Yatırılarak Tedavi Edilenlerin ve Hastalıklarının Bazı Özelliklerinin Belirlenmesi”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2 (2001)13-17.
12. Chang, C.C.; Wang, S.S.: “Acute Abdominal Pain In The Elderly”, *Journal of Gerontology*, 1 (2007) 77-82.
13. Cole, E.; Lynch, A.; Cugnoni, H.: “Assessment of the patient with acute abdominal pain”, *Nursing Standard*, 20 (2006) 67-75.

14. Constantino, R.E.; Zalon, M.L.: “Legalities of Emergency Pain Management”, *Nursing Management*, 39 (2008) 24-25.
15. Consult, G.I.: “Acute Abdominal Pain In The Elderly”, *Emergency Medicine*, 37 (2005) 8-12.
16. Core, T.; Hayes, K.: “Acute Abdominal Pain”, *Nursing Critical Care*, 3 (2008) 30-39.
17. Çelik, G.; Şener, M.; Aren, A.; Hüten, O.N.; Sevinç, M.M.; Başak, F.: “Appendiks Divertikülozisi”, *Istanbul Tıp Dergisi*, 2 (2004) 35-37.
18. Çoçelli, L.P.; Bacaksız, B.D.; Ovayolu, N.: “Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü”, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14 (2008) 53-58.
19. Ducharme, J.: “Clinical Guidelines and Policies: Can They Improve Emergency Department Pain Management”, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 33 (2005) 783-790.
20. Durukan, P.; Çevik, Y.; Yıldız, M.: “Acil Servise Karın Ağrısıyla Başvuran Yaşlı Hastaların Değerlendirilmesi”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 8 (2005) 111-114.
21. Ekinci, I.; Günay, O.: “Bazı Semptom ve Bulguların İdrar Yolu Enfeksiyonu Tanısındaki Geçerliliğinin Değerlendirilmesi”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (2004) 55-63.
22. Erdil, F.: *Şok Ve Hemşirelik Bakımı*, Aydoğdu Ofset, Ankara, Türkiye, (2001) 10-12.
23. Ertekin C.: “ Akut Karın”, Genel Cerrahi Cilt 1, Ed: Kalaycı G., Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, Türkiye (2002) 195-215
24. Erzin, Y.: “Akut Karına Klinik Yaklaşım”, *Gastroenterolojide Klinik Yaklaşım Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sempozyum Dizisi No: 38*, İstanbul, Türkiye, Mart, (2004) 239-245.
25. Flasar, M.H.; Goldberg, E.: “Acute Abdominal Pain”, *The Med Clin Nort Amer*, 90 (2006) 481-503.
26. French, S.C.; Salama, N.P.; Baqai, S.; Raslavicus, S.: “Effects Of An Educational Intervention On Prehospital Pain Management”, *Prehospital Emergency Care*, 10 (2006) 71-76.
27. Gökmen, G.F.: “Sindirim Sistemi”, *Sistemik Anatomi*, İzmir Güven Kitapevi, İzmir, Türkiye, (2003) 455-530.
28. Gökmen, G.F.: “Kaslar”, *Sistemik Anatomi*, İzmir Güven Kitapevi, İzmir, Türkiye, (2003) 133-222.

29. Görmüş, C.: “Akut Apendisit Teshisinde Alvarado Skoru İle Ultrasonografinin Negatif Laparotomi Oranlarını Düşürmede Etkisi ve Alvarado Skorlama Sistemine Modifikasyon Gerekliliğinin Sorgulanması”, Uzmanlık Tezi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye, (2007) 25-31.
30. Gözü, Y.: “Operasyon Öyküsü Olmayan Barsak Obstrüksiyonu Vakalarının İncelenmesi”, Uzmanlık Tezi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye, (2006) 4-5.
31. Guerlain, S.; LeBeau, K.; Thompson, M.; Donnelly, C.: “The Effect Of A Standardized Data Collection Form On The Examination And Diagnosis Of Patients With Abdominal Pain”, *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society 45th Annual Meeting*, 2 (2001) 1284-1288.
32. Hamzaoğlu, İ.: “Akut Karına Yaklaşım”, *İç Hastalıklarında Aciller Sempozyum Dizisi No:29*, İstanbul, Türkiye, Mart, (2002) 173-180.
33. Hui, T.T.; Major, K.M.; Avital, I.; Hiatt, J.R.; Margulies, D.R.: “Outcomes Of Elderly Patients With Appendicitis: Effect Of Computed Tomography And Laparoscopy”, *Arch Surg*, 137 (2002) 995-1000.
34. Kalafat, H.: “Toplumdan Edinilmiş Karın İçi Enfeksiyonlar”, *Akılcı Antibiyotik Kullanımı Ve Erişkinde Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlar Sempozyum Dizisi No:31*, İstanbul, Türkiye, Kasım, (2002) 249-258.
35. Kasapoğlu, B.; Türkay, C.: “Kolonun Divertiküler Hastalığı”, *Güncel Gastroenteroloji*, 13 (2009) 158-162
36. Kavak, U.S.; Özen, S.: “Ailesel Akdeniz Ateşi”, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 12 (2003) 137-140.
37. Kelso, L.A.; Kugermas, M.: “Nontraumatic Abdominal Pain”, *AACN Clinical Issues*, 8 (1997) 437-448.
38. Keşkek, M.; Hamaloğlu, E.: “Akut Pankreatit”, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2 (2002) 185-197.
39. Kutsal, Y.G.: “Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan”, *Yaşlanan Dünya Ve Yaşlanan İnsan Sempozyumu Gazi Üniversitesi*, Ankara, Türkiye, Ekim, (2009) 8-16.
40. Lyon, C.; Clark, D.C.: “Diagnoses Of Acute Abdominal Pain In Older Patients”, *American Family Physicians*, 74 (2006) 1537-1544.
41. Martinez, J.P.; Mattu, A.: “Abdominal Pain In The Elderly”, *Emergency Medicine Clinics Of North America*, 24 (2006) 371-388.

42. McAloon, C.; O'Connor, P.C.; Boyer, M.: "Patient's perception of pain on admission and discharge from the Emergency Department", *New Jersey Nurse*, 33 (2003) 7-8.
43. Miller, S.K.; Alpert, P.T.: "Assessment and Differential Diagnosis Of Abdominal Pain", *The Nurse Practitioner*, 31 (2006) 38-47.
44. Ögel, K; Tamar, D; Özmen, E; Aker, T; Sağduyu, A; Boratav, C; Liman, O: "İstanbul Örneğinde Sigara Kullanım Sıklığı", *Bağımlılık Dergisi*, 4 (2003) 105-108
45. Özer, S.: "Peptik Ülser Hastalığında Hemşirelik Yönetimi", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3 (2010) 99-105.
46. Özgüç, H.; Çakın, N.; Duman, U.: "Akut Nonspecific Karın Ağrılı Olguların Bir Yıllık Prognozları, Semptom Ve Bulguların Tanısal Doğruluğu", *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 14 (2008) 118-124.
47. Özkan, M.; Uysal, A.; Keser, S.; Baykan, E.C.; Koramaz, İ.: "Rüptüre Abdominal Aort Anevrizmesında Intra Aortik Balon Kateterinin Oklüzyon Amaçlı Kullanılması", *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 7 (2007) 74-75.
48. Rice, P.E.: "Abdominal Pain: Who Will Need An Operation", *Emergency Medicine*, 31 (1999) 50-55.
49. Salmanzade, Ş.; Yöner, Ö.; Bayraktar, Y.: "Safta Taşı Hastalığı", *Hacettepe Tıp Dergisi*, 37 (2006) 65-71.
50. Sözüer, E.M.: "Acil Serviste Akut Karın Ağrılı Hastaya Yaklaşım", *3.Acil Tıp Sempozyumu Acil Tıp Dergisi*, Ekim, (2002) 229-237.
51. Stalnikowicz, R.; Mahamid, R.; Kaspi, S.; Brezis, M.: "Undertreatment Of Acute Pain In The Emergency Department: A Challenge", *International Journal for Quality in Health Care*, 17 (2005) 173-176.
52. Strange, G.R.; Chen, E.H.; Sanders, A.B.: "Use of emergency departments by elder patients: Projections from a multicenter data base", *Academic Emergency Medicine*, 5 (1998) 1157-1162.
53. Şen, S.: "Cerrahi Hastalarında Anksiyetenin Kapiller Geri Dolum Süresine Etkisi", Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, (2010) 37-40.
54. Tabak, F.: "Akut Hepatitler", *Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları Sempozyum Dizisi No:28*, İstanbul, Türkiye, Ocak, (2002) 43-55.
55. Teke, H. Y.; Doğan, B.; Bilge, Y.: "Ağrının Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi", *Türkiye Klinikleri Anest Reanim*, 5 (2007) 98-103.

56. Town, J.: “Bringing Acute Abdomen Into Focus”, *Nursing*, 27 (1997) 52-57.
57. Turan, M.; Şen, M.; Koyuncu, A.; Aydın, C.; Karadayı, K.; Canbay, E.: “Yeni Gelişmeler Işığında Akut Karın”, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 24 (2002) 45-52.
58. Turhan, A.N.; Kapan, S.; Kütükçü, E.; Yiğitbaş, H.; Aygün, E.: “Akut Apandisitte Nonoperatif Takip ve Tedavi”, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2 (2006) 134-136
59. Tsipouras, S.: “Nonabdominal Causes Of Abdominal Pain”, *Australian Family Physician*, 37 (2008) 620-623.
60. Uncu, Y.; Özçakır, A.; Sadıkoğlu, G.; Alper, Z.; Özdemir, H.; Bilgel, N.: “Bursa Huzur Evi Yaşlılarının Sosyodemografik Özellik Ve Sağlık Taraması Sonuçları”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28 (2002) 65-69
61. Ünsal, A.; Çevik, A.A.; Metintaş, S.; Arslantaş, D.; İnan, O.Ç.: “Yaşlı Hastaların Acil Servis Başvuruları”, *Turkish Journal Of Geriatrics*, 6 (2003) 83-88.
62. Williams, P.L.; Warjick, R.: “Karın Ön Yan Duvarının Anatomisi”, *Gray’s Anatomi*, (1980) 302-342.
63. Yavuz, N.: “Akut Karın”, *Gastroenterolojide Klinik Yaklaşım Sempozyumu İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sempozyum Dizisi. No: 38, İstanbul, Türkiye, Mart, (2004) 253-281.*

9.EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

Ek 2. Genelkurmay Başkanlığı Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
Komutanlığı Yazılı Araştırma İzni

Ek 3. Genelkurmay Başkanlığı Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
Komutanlığı Etik Kurul Toplantı Raporu

Ek 1.

Veri Toplama Formu

Acil serviste akut karın ön tanısıyla izlenen hastalarda protokol defteri, hemşire izlem formu, Hastane bilgisayar sisteminden alınacak olan bilgiler aşağıda sıralanmıştır;

- 1.Hastanın Adı Soyadı
- 2.Protokol No
- 3.Tarih
- 4.Geliş Saati
- 5.Çıkış Saati
- 6.Yaş
- 7.Cinsiyet Kadın Erkek
- 8.Statü
- 9.Çıkış Şekli Taburcu Yatış İlgili Polikliniğe Sevk
- 10.Tanı
- 11.Önceki Başvuru Zamanı
- 12.Önceki Başvuru Sebebi
- 13.Sonraki Başvuru Zamanı
- 14.Sonraki Başvuru Sebebi
- 15.Alişkanlık Alkol Sigara İlaç Madde
- 16.Kronik Hastalık
- 17.Geçirilmiş Ameliyat
- 18.Sürekli Kullanılan İlaç
- 19.Konsültasyonlar K.Doğum Gen.Cerr. İç Hast. Gastro. Üroloji Enf.Hast. Kardiyo.
- 20.Yattığı Klinik K.Doğum Gen.Cerr. İç Hast. Gastro. Üroloji Enf.Hast. Kardiyo.
- 21.Cerrahi Girişim
- 22.Yattığı Gün Sayısı
- 23.Ağrı Dışındaki Septomlar Ateş Melena Diyare Bulantı İştahsızlık Şişkinlik Konstipasyon Kusma Hematemez
- 24.İlaç Uygulamaları
- 25.Uygulama Yolları IV IM SC PO Sİ
- 26.Serum Uygulamaları
- 27.Yapılan Laboratuvar Tetkikleri Tam Kan Rutin Tit Amilaz Kan Gazı Crp Fibrinojen Aptt-Ptz GGK Beta Hcg İdrar Kültürü Kardiyak Enzimler Dışkı Mikroskopisi Lipaz EKG Sedim D-Dimer
- 28.Yapılan Radyolojik Tetkikler ACG DÜSG BT USG ADBG
- 29.Ant İzlem Sıklığı
- 30.Damar Yolu Açma
- 31.Nazogastrik Sonda Takılması
- 32.İdrar Sondası Takılması
- 33.Lavman Uygulaması

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ KOMUTANLIĞI
İSTANBUL

HRK.EĞT.Ş. : 0510-1081-10/Eğt.Öğt.Ks.

12 Ekim 2010

KONU : Tez Çalışması Hk.

DAĞITIM KISMINDA YAZILMIŞTIR.

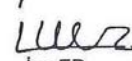
- İLGİ: (a) GATA H.Paşa Eğt Hst.Btbp.İğinin 02 Temmuz 2010 tarihli, BAŞHEM.:3730-555-10/Cer. Hst.Böl.Sor.Hem.İği "Tez Çalışması İçin Kurum İzni Hk." konulu yazısı.
- (b) GATA K.İğininin 04 Ekim 2010 tarihli, HRK.:0510-34545-10/ (Mzn.Son.) (3) 1511 sayılı ve "Tez Çalışması Hakkında" konulu emri.

1. Marmara Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Acil Hemşireliğinde yüksek lisans eğitimine devam eden GATA H.Paşa Eğt.Hst. Kadın Hastalıkları ve Doğum Servis Şefliğinde görevli Svl.Me.Canay ÇAKIR "Acil Serviste Akut Karın Ön Tanısı İle İzlenen Hastaların Tanı, Tedavi ve Bakımlarına Yönelik uygulamaların Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını ilgi (a) ile GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde uygulama talebinde bulunmuştur.

2. Söz konusu anket çalışmasının GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde yürütülmesinin Akademi Komutanlığınca uygun bulunduğu ilgi (b) emir ile bildirilmiştir.

Arz ederim.

HASTANE KOMUTANI EMRİYLE



İsa ER
Kurmaya Albay
Kurmaya Başkanı

DAĞITIM :
Gereği :
Kadın Hstl.ve Doğ.Srv.Ş.İğine
Acil Srv.Ş.İğine

Bilgi :
Eğt.Hst.Btbp.İğine
Btbp.Bilimsel Yrdc.İğine
Başhemşireliğe

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası :Svl.Me.A.MAHIROĞULLARI (2312)

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

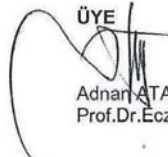
OTURUM NO : 154
OTURUM TARİHİ : 02 Haziran 2010
OTURUM BAŞKANI : Prof. Tbp. Kd. Alb. Ali Uğur URAL
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ

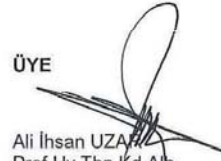
GATA Etik Kurulu'nun 02 Haziran 2010 günü yapılan 154. oturumunda, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servis Şefliğinden Svl. Me. Hem. Canay ÇAKIR'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Acil Serviste Akut Karın Ön Tanısıyla İzlenen Hastaların Hemşirelik Bakımlarına Yönelik Uygulamaların Değerlendirilmesi" başlıklı, tek merkezli, tanımlayıcı tipte kesitsel retrospektif çalışma olan araştırma dosyası değerlendirildi.

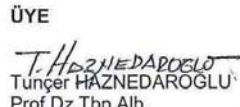
Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

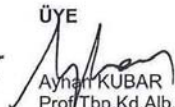
BAŞKAN

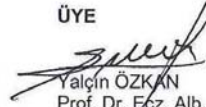
Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Kd.Alb.

ÜYE

Adnan ATAÇ
Prof.Dr.Ecz.Kd.Alb.

ÜYE

Ali İhsan UZAR
Prof.Hv.Tbp.Kd.Alb.

ÜYE

Tunçer HAZNEDAROĞLU
Prof.Dz.Tbp.Alb.

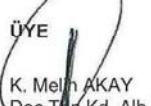
ÜYE

Aynur KUBAR
Prof.Tbp.Kd.Alb.

ÜYE

Yalçın ÖZKAN
Prof. Dr. Ecz. Alb.

ÜYE
Toplantıya katılmadı.
Nalan AKBAYRAK
Prof. Dr. Sağ. Alb.

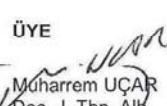
ÜYE

Mükerrrem SAFALI
Doç.Tbp.Kd.Alb.

ÜYE

K. Melih AKAY
Doç.Tbp.Kd. Alb.

ÜYE

Ergün ÖZKOPARAN
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE

Muharrem UÇAR
Doç. J. Tbp. Alb.

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	CANAY	Soyadı	ÇAKIR
Doğum Yeri	IĞDIR	Doğum Tarihi	17.05.1981
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	14555789600
E-mail	canay_cakir@hotmail.com	Tel	0 505 263 03 90

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	MARMARA ÜNİVERSİTESİ CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ ABD	2010
Lisans	GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ HEMŞİRELİK Y. O.	2004
Lise	BERGAMA 70. YIL ANADOLU SAĞLIK MESLEK LİSESİ	2000

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	HEMŞİRE	TÜRK SİLAHLI KUVVETLERİ	2004-...
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE	İYİ	İYİ	İYİ

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
49								

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	69.206	72.550	76.728
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
OFİS PROGRAMLARI	İyi
SPSS	Orta
İnternet	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin