

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

ÇOCUKLARDA AÇLIK SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

BURCU MEDİNE KAPLAN

İSTANBUL, 2019

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÇOCUKLARDA AÇLIK SÜREÇLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

BURCU MEDİNE KAPLAN

TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. AYSEL GÜRKAN

İSTANBUL, 2019

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: Çocuklarda Açlık Süreçlerinin İncelenmesi
Öğrencinin Adı Soyadı: Burcu Medine KAPLAN
Tez Savunma Tarihi:24.05.2019

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.


Doç. Dr. Hasan Kerem ALPTEKİN
Enstitü Müdürü
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Aysel GÜRKAN

Üye
Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Hayat YALIN

İmzalar







ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tezim boyunca her alanda beni destekleyen ve tüm profesyonel akademik hayatını bana aktarmaya çalışan fedakâr hocam Prof. Dr. Fatma Eti Aslan'a, Tezimi yazarken deneyimlerinden yararlandığım ve yoluma ışık olan beni destekleyen ve tüm varlığıyla beni geliştiren tez danışmanım Doç. Dr. Aysel Gürkan'a,

Tez çalışmama katkısı olan Koç Üniversitesi Hastanesi Pediatri Servisi çalışma arkadaşlarım ve doktor ekibine, yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda olan sınıf arkadaşlarıma, tez çalışmam da beni destekleyen Gizem Karakuş, Sedef Şerment ve Koç Üniversite'sinde hocam ve arkadaşım olan Dr. Öğretim üyesi Ayda Kebapçı'ya,

Varlıklarıyla güç bulduğum eşim Mehmet, kardeşim Ömer, kayınvalidem Emine ve karnımdayken başlayan serüvenimizde doğumundan şu ayına kadar kendinden fedakârlık göstermeme büyüdüğünde kızmayacağına inandığım kızım Adel'e ve aile büyüğüm Dayım Engin'e, Beni yukardan izleyen ve bugünlere gelmemi sağlayan canım Annem Güler'e

Teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul Mayıs, 2019

Burcu Medine KAPLAN

ÖZET

ÇOCUKLARDA AÇLIK SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ

BURCU MEDİNE KAPLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisan Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Aysel GÜRKAN

Mayıs, 2019, 30 sayfa

Amaç: Çalışmanın amacı çocuklarda ameliyat öncesi açlık süresinin klinik rehberlere uygunluğunu belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu çalışma 6 Kasım 2017-26 Haziran 2018 tarihleri arasında İstanbul İli'nde bulunan bir özel hastanenin pediatri servisinde yapıldı. Örneklemi genel anestezi altında elektif cerrahi işlem geçirecek 15 yaş ve altı 121 çocuk oluşturdu. Veriler, araştırmacı tarafından literatüre dayalı oluşturulan Anket Formu aracılığı ile toplandı. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum), Pearson ki-kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. $P < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Çalışma öncesi etik kurul, kurum izni ve tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş yazılı onay alındı. Çalışma süresince Helsinki Deklerasyon ilkelerine uyuldu.

Bulgular: Çocukların yüzde 59.5'i erkek, yüzde 40.5'i kızdı ve çoğu (yüzde 36.4; $n=44$)'ü 5-10 yaş arasındaydı. Ameliyat öncesi oral alımın kısıtlanmasına ilişkin çocuk/refakatçisinin hepsinin bilgilendirildiği, bilgilendirmenin en fazla sözlü olarak (yüzde 97.5) ve anestezi uzmanı tarafından (yüzde 43.9) yapıldığı bulundu. Çocuk/refakatçinin yüzde 55.4'üne gece yarısından itibaren aç kalınmasının, yüzde 44.6'sına güncel öneriler doğrultusunda ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvıların (su, çay, posasız meyve suları), 4 saat öncesine kadar anne sütünün ve 6 saat öncesine kadar da katı gıdaların alınabileceğinin söylediği saptandı. Çocukların ameliyat öncesi gerçek açlık süreleri sıvılarda 8.27 ± 3.35 saat, katılarda 11.19 ± 2.88 olarak saptandı. Çocukların yüzde 97.5'inde ameliyat öncesi oral alım kısıtlamasına ilişkin yapılan bilgilendirmeye uyulduğu ve bu süreçte çocukların yüzde 72,7'sinin sorun yaşadığı bulundu. Yaşanan sorunların sırasıyla huzursuzluk (yüzde 44,4), susuzluk (yüzde 35.2), açlık hissi (yüzde 19.3) ve uyuklama olduğu (yüzde 1.1) belirlendi. Ameliyat öncesi geleneksel ve güncel açlık süreleri yaşanan sorunlar açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Sonuçlar: Çalışma bulguları çocuklarda ameliyat öncesi açlık sürelerinin güncel önerilerden daha uzun olduğunu ve çocukların buna bağlı sorunlar yaşadığını gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat Öncesi Açlık, Çocuk Hasta, Güncel Rehberler

ABSTRACT

EXAMINATION OF HUNGER PROCESS IN CHILDREN

BURCU MEDİNE KAPLAN

Institute of Health Sciences Nursing Master's Degree Program

Thesis Supervisor: Doc.Dr.Aysel GÜRKAN

May,2019, 30 pages

Purpose: The aim of the study was to determine the conformity of preoperative fasting time in children with clinical guidelines.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was carried out in the paediatric unit of a private hospital in Istanbul Province between 6 November 2017 and 26 June 2018. The sample consisted of 121 children aged 15 and below, undergoing elective surgery under general anaesthesia. The data were collected by the researcher by means of a Survey which was formed based on the literature. In the evaluation of the data obtained; Descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum), Pearson chi-square test and Fisher Exact test were used. $P < 0.05$ was considered significant. The ethics committee approval, the institutional approval and the informed written consent of all participants were obtained before the study. Helsinki Declaration principles were followed throughout the study.

Results: 59.5 percent of the children were male and 40.percent were female, and most of them (36.4%; $n = 44$) were 5-10 years old. It was found that all children/attendants were informed about preoperative oral intake restrictions, and that the information was mostly conveyed verbally (97.5 percent) by the anaesthetis (43.9 percent). 55 percent of children/attendants were told to stay hungry from midnight, and 44.6% were allowed to intake clear fluids (water, tea, pulpless fruit juices) up to 2 hours, breast milk up to 4 hours, and solid food up to 6 hours before the surgery according to current recommendations. The mean pre-operative fasting times of the children were 8.27 ± 3.35 hours for liquid and 11.19 ± 2.88 in solid intake. It was found that pre-operative oral intake restriction was observed for 97.5 percent of children, and 72.7 percent of the children experienced problems in this process. The problems were determined as stress (44.4 percent), thirst (35.2 percent), hunger (19.3 percent) and drowsiness (1.1 percent), respectively. A statistically significant difference was determined between traditional and current preoperative fasting periods in terms the problems experienced ($p < 0.05$).

Results: The findings of the study showed that preoperative fasting periods in children were longer than current recommendations and children had problems related to it.

Keywords: Preoperative Fasting, Child Patient, Current Guidelines

İÇİNDEKİLER

TABLolar.....	viii
ŞEKİLLER.....	ix
KISALTMALAR.....	x
SEMBOLLER.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	2
2. LİTERATÜR BİLGİSİ.....	3
2.1. AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK.....	3
2.2. ÇOCUKLARDA AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK.....	6
2.3. AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIĞIN AMELİYAT SONRASI İYİLEŞMEYE ETKİSİ.....	7
2.4. KONUNUN HEMŞİRELİK AÇISINDAN ÖNEMİ.....	8
3. GEREÇ YÖNTEM.....	9
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	9
3.2. ARAŞTIRMA SORUL2016.....	9
3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	9
3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	9
3.5. ARAŞTIRMANIN ZAMANI.....	9
3.6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	9
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI.....	11
3.7.1. Veri Toplama Araçları.....	11
3.7.2. Veri Toplama Yöntemi.....	11
3.8. ARAŞTIRMA İÇİN GEREKLİ İNSAN GÜCÜ.....	11
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	12
3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	12
3.11. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI.....	12
4. BULGULAR.....	13
4.1. BİREYSEL ÖZELLİKLER.....	13

5. TARTIŞMA.....	24
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	28
KAYNAKÇA.....	29
EKLER	
EK-A.1: Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulu; Koç Üniversitesi Etik Kurul İzni.....	34
EK-A.2: Kurum İzin Yazısı.....	35
EK A.3: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	36
EK A.4: Anket Formu.....	37
ÖZGEÇMİŞ.....	40



TABLULAR

Tablo 1	:	2-4-6 Kuralı.....	6
Tablo 4.1	:	Çocukların Bireysel Özellikleri.....	13
Tablo 4.2	:	Refakatçinin Özellikleri (N=121)	15
Tablo 4.3	:	Çocuk/Refakatçinin Ameliyat Öncesi Oral Alımın Kısıtlanmasına İlişkin Bilgilendirme Durumları.....	16
Tablo 4.4	:	Ameliyat Öncesi Oral Alımın Kısıtlanmasına İlişkin Yapılan Bilgilendirmenin İçeriği.....	17
Tablo 4.5	:	Çocukların Ameliyat Öncesi Oral Alım Kısıtlamasına İlişkin Bilgilendirmeye Uyuma Durumları ve Yaşadıkları Sorunlar.....	18
Tablo 4.6	:	Çocukların Planlanan Ameliyat Zamanı ve Gerçekleşme Durumu.....	19
Tablo 4.7	:	Çocukların Ameliyat Öncesi Açlık Süresi.....	20
Tablo 4.8	:	Çocukların Bireysel Özellikleri ile Oral Alımın Kısıtlanma Süresinde Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması.....	21
Tablo 4.9	:	Çocukların Bireysel Özelliklerine Göre Açlık Hissinin Karşılaştırılması.....	23
Tablo 4.10	:	Çocukların Bireysel Özelliklerine Göre Susuzluk Hissinin Karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.11	:	Çocukların Bireysel Özelliklerine Göre Huzursuzluk Hissinin Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.12	:	Geleneksel ve Güncel Açlık Süreleri Açısından Yaşanan Sorunların Karşılaştırılması.....	26

ŞEKİLLER

Şekil 3.1	:	Ana Kütle Büyüklüğünün Bilindiği Durumda Örneklem Hesabı Formülü.....	10
-----------	---	-----------------------------------------------------------------------	----



KISALTMALAR

APAGBI	:	Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland
ASA	:	American Society of Anesthesiologists
EASPEN	:	Enteral/Parenteral Nutrisyon Derneği
ERAS	:	Enhanced Recovery After Surgery
ESA	:	European Society of Anaesthesia
TARD	:	Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği
RCN	:	Royal College of Nursing

SEMBOLLER

II.	:	İkinci İşareti
n	:	Örnekleme Alınacak Örnek Sayısı
N	:	Hedef Kitledeki Birey Sayısı
p	:	İncelenen Olayın Görülüş Sıklığı
q	:	İncelenen Olayın Görülmeşi Sıklığı
t	:	Belirlenen Bir Anlamlılık Düzeyinde, t Tablosuna Göre Bulunan Teorik Değer
d	:	Olayın Görülüş Sıklığına Göre Kabul Edilen \pm Örnekleme Hatası
\pm	:	Artı Eksi İşareti
%	:	Yüzde
X^2	:	Ki-kare

1. GİRİŞ

Genel anestezi, koruyucu farengal refleksleri zayıflattığı ve pulmoner aspirasyon riskini arttırdığı için anestezi indüksiyonu öncesi midenin boş olmasını sağlamak için geleneksel olarak ameliyattan önceki gün, gece yarısından itibaren yetişkinler gibi çocukların da aç kalması istenir (Ljungqvist ve diğ. 2003, Arun 2013). Bununla birlikte çalışmalarda uzun süreli açlığın ameliyat sırası gastrik volüm ve pH'ı garantilemediği gösterilmiştir. Örneğin 25 çalışmanın incelendiğinin bir meta analizde ameliyattan altı saatten daha uzun süre oral sıvı almayan çocuklar ile ameliyattan iki saat öncesine kadar sınırsız sıvıya izin verilen çocuklar karşılaştırıldığında, ameliyat sırası gastrik volüm ve pH açısından uzun süreli açlığın bir yararı olmadığı bildirilmiştir (Brady ve diğ. 2009).

Ameliyat öncesi açlık süresi anestezi uzmanının kararına göre belirlenirken hastanelerin yoğun ve cerrahi girişim geçirecek hasta sayısının fazla olması, ameliyat saatlerindeki sık değişkenlik ve belirsizlikler de bu süreleri etkilemektedir (Mutlu ve diğ. 2007). İster yetişkin ister çocuk olsun ameliyat öncesi uzun süreli açlığın; açlık, susuzluk hissi, bulantı, kusma, huzursuzluk ve hipo/hiperglisemi gibi birçok komplikasyona yol açtığı ve ailenin kaygılarını arttırdığı bilinmektedir (Dolgun ve diğ. 2011, Crenshaw 2011, Martinez ve diğ. 2016).

Hasta güvenliğinin yanı sıra hasta ve ailesinin ameliyat öncesi döneme ilişkin deneyimlerini iyileştirmeye yönelik olarak uluslararası ve ulusal meslek kuruluşları tarafından açlık rehberleri yayınlanmıştır. Amerikan Anestezistler Birliği 1999 (The American Society of Anesthesiologists, ASA), İngiltere ve İrlanda Pediatrik Anestezistler Birliği 2003 (Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland, APAGBI), Hemşirelik Koleji 2005 (Royal College of Nursing, RCN), Avrupa Anestezistler Birliği 2005 (European Society of Anaesthesia, ESA) (Arun ve diğ. 2013) ve Türk Reanimasyon ve Anestezistler Birliği 2005 (TARD) tarafından önerilen rehberlerde çocuklarda ameliyattan iki saat öncesine kadar berrak sıvı, dört saat öncesine kadar anne sütü, 6 saat öncesine kadar katı gıda ve insan sütü dışındaki sütlerin alımı önerilmektedir (2-4-6 kuralı). Ayrıca açlık süresi için önem taşıdığından anestezi gerektiren işlemlerin zamanlarının doğru bir planlama yapılarak belirlenmesi, planlamanın hekim ve hemşirelerin bu sürelerle uyumlarını sağlayacak tedavi ve bakıma dayalı olması (TARD Kılavuz, 2014), hastaların açlık süreleri başladıktan sonra birincil olarak Laktatlı Ringer takılarak desteklenmeleri (Adenekan ve diğ. 2014), riskli

çocuklarda sık aralıklarla kan şekeri takibi yapılması, verilecek infüzyonla hastanın desteklenmesi, elektrolit dengesizliklerinde riskli durumların ortaya çıkmasını önlemek için gerekli tedavi ve bakım girişimlerinin uygulanması (Alen ve diğ. 2017), iptal olan ya da uzayacak olan işlemler için planlamanın tekrar yapılması ile hastanın istenilen süreden daha uzun sürelerde aç kalmamasının sağlanması önerilmektedir (SøreideE ve diğ. 2005).

1.1.PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Çocuklarda ameliyat öncesi açlık sürelerinin incelendiği çalışmalarda bu sürelerin uzunluğundan bahsedilmektedir (Brady ve diğ. 2009). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi gelişmiş ülkelerde bile uzamış ameliyat öncesi açlığın büyük bir sorun olduğu bildirilmektedir. Örneğin ABD’de bir tıp merkezinde yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi dönemde açlık süresinin sıvılarda 12, katılarda 14 saatten fazla olduğu bildirilmiştir (Crenshaw 2002). Aynı kurumda dört yıl sonra yapılan bir izlem çalışmasında bu sürenin sıvılarda 11 saat, katılarda 14 saatten fazla olduğu bulunmuştur (Crenshaw ve diğ. 2008). Bu veriler, klinik uygulamalarda bu kurallara nadiren uyulduğunu ve değişimlerin genellikle yavaş olduğunu göstermektedir.

Ulusal literatürde ise konuya ilişkin bir çalışmaya rastlanmaması bizi bu araştırmaya yöneltmiştir. Bu bağlamda çalışmanın amacı çocuklarda ameliyat öncesi açlık süresinin klinik rehberlere uygunluğunu ve varsa uzamış açlığın nedenlerini belirlemektir. Elde edilecek bilgilerin gelecekteki klinik uygulamalara ve çalışmalara ışık tutması hedeflenmektedir.

2. LİTERATÜR BİLGİSİ

2.1. AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK

Latince non Per os veya nil per os (NPO), ameliyat öncesi gece yarısından itibaren ağızdan katı ve sıvı gıda alımının kesilerek hastaların aç bırakılmasıdır (Crenshaw ve diğ. 2002). Bu uygulamanın 1946 yılında Mendelson'un doğum sırasında genel anestezi alan kadınlarda oluşan aspirasyonun akciğer ödemi ve anne ölümünde payı olduğunun bildirilmesinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Crenshaw diğ. 2002, Yıldız 2006). Çalışmadaki 44016 hastada beşi ölümcül olmak üzere 66 aspirasyon vakası görülmüş, ölümle sonuçlanan beş vakanın tümünde katı besin maddeleri aspire edilmiş, bu nedenle obstetrik anestezi öncesinde oral alımın kısıtlanması sonucuna varılmıştır (Yıldız 2006). Bu durum obstetrik dışı cerrahilere de genellenerek elektif cerrahilerde genel anestezi sırasında mide içeriğinin aspire edilmesini önlemek amacıyla gece boyu açlık rutin klinik bir uygulama haline gelmiştir (Crenshaw ve diğ. 2002, Ayoğlu ve diğ. 2009).

Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalarda ise ameliyat öncesi aspirasyonun yetişkinlerde ve çocuklarda yaygın olmadığı (Crenshaw ve diğ. 2002, Yıldız 2006, Olsson ve diğ. 1986), elektif cerrahiden kısa süre öncesine kadar alınan berrak sıvıların mide içeriği hacmini etkilemediği (Oshodi 2013) ve açlık süresi ile mide sıvısı hacmi veya pH arasında ilişki bulunmadığı (Yıldız 2006, Philips ve diğ. 1993, Hutchinson ve diğ. 1988), uzun süreli açlığın indüksiyon sırasında midenin boşalmasını garantilemediği gibi mide sıvısı hacmini ve asiditesinin de azaltmasını sağlamadığı (Brady ve diğ. 2009) bildirilmiştir.

Literatürde gece boyu açlık ve ameliyat saatine kadar aç bekleme sürecinin hastayı metabolik, fizyolojik ve psikolojik olarak sıkıntıya soktuğu (Yıldız 2006, Diks ve diğ. 2005, Ayoğlu ve diğ. 2009, Hausel ve diğ. 2001) vurgulanmaktadır. Ameliyat öncesi açlık hasta için sıkıntı verici ve anksiyeteyi arttıran bir durumdur. Hastalarda ameliyat öncesi genellikle açlık ve susuzluk hissi, ağız kuruluğu ve nefes kokması, ameliyat sonrası ise bulantı ve kusma riskinde artış olduğu belirlenmiştir (Yıldız 2006). Ayrıca uzun süreli açlığın dehidratasyona neden olarak hem ameliyat sırası hem de ameliyat sonrası dönemde hastaya zarar verebildiği bulunmuştur. Dehidratasyonun özellikle gününbirlik vakalarda, cerrahi sonrası kusma insidansını arttırdığı (Yıldız 2006, Oshodi 2013), ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın da hastanın taburculuğunu geciktirdiği ve maliyeti arttırdığı (Nygren ve diğ. 2007), erişkin hastalarda açlıkla karşılaştırıldığında ameliyattan

iki üç saat öncesine oral berrak sıvı alınmasının açlık (Philips ve diğ. 1993, Hutchinson ve diğ. 1988, Klemetti ve diğ. 2010), susuzluk hissini (Ayoğlu ve diğ. 2009, Philips ve diğ. 1993, Hutchinson ve diğ. 1988, Klemetti ve diğ. 2010) ve anksiyeteyi (Ayoğlu ve diğ. 2009) anlamlı ölçüde azalttığı, açlığın ozmotik sıvı değişim yeteneğini en aza indirerek yaşamsal savunma mekanizmalarını bozduğunu ve açlık sonrasında strese verilen endokrin yanıtların da belirgin oranda değiştiği (Ljungqvist ve diğ. 1987) gösterilmiştir. Üstelik açlığa ve cerrahi strese bağlı olarak gelişen ameliyat sonrası insülin direnci diyabetik olmayan elektif cerrahi geçirmiş hastalarda ortaya çıkan önemli bir katabolik durumdur ve ameliyat sonrası insülin direncinin sonuçlarından biri de hastanede kalış süresinin uzamasıdır (Yıldız 2006). Sadece berrak sıvıların ne açlık ve anksiyete ne de açlık ve cerrahi girişimin neden olduğu metabolik değişiklikler üzerinde etkili olmadığının belirlenmesi, araştırmacıları bu istenmeyen etkileri ortadan kaldırmak amacıyla karbonhidrat yönünden zengin, yani aç kalmış kişide beklenen düzeyde insülin salgısını uyaracak ve mideden kısa sürede boşalacak içecekleri kullanmaya yöneltmiştir (Yıldız 2006, Diks ve diğ. 2005, Hausel ve diğ. 2001, Ljungqvist ve diğ. 2001, Nygren ve diğ. 1998).

Ameliyat öncesi dönemde hastaya karbonhidrat yüklenmesinin ameliyat sonrası olumlu etkileri ile ilgili yapılmış çalışmalarda, oral berrak sıvı ile birlikte karbonhidrat kullanımının midenin boş olmasına karşılık (Nygren ve diğ. 1995), hastanın cerrahi girişim sırasında katabolik bir durum yerine anabolik bir duruma geçmesini ve glikojen depolarının doldurulmasını sağladığı, ameliyat öncesi açlık, susuzluk hissi ve anksiyeteyi (Diks ve diğ. 2005, Ayoğlu ve diğ. 2009, Hausel ve diğ. 2001) , hasta konforsuzluğunu, ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı azalttığı (Ayoğlu ve diğ. 2009, Hausel ve diğ. 2001), insülin direncini düşürdüğü (Ayoğlu ve diğ. 2009, Nygren ve diğ. 1999), hastanede kalış süresini (Lyungqvist ve diğ. 2001), konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk hissi, güçsüzlüğü azalttığı (Hausel ve diğ. 2001) belirlenmiştir.

Bu bilgiler ışığında ameliyat öncesi açlık stratejileri birçok ülkede gözden geçirilerek değişiklikler yapılmıştır. Bu bağlamda ilk kez 1994 yılında Norveç'te rutin NPO uygulamasından vazgeçilerek hastalara ameliyattan önceki iki saate kadar belirli gıdalar verilmeye başlanmıştır (Crenshaw ve diğ. 2002, Yıldız 2006, Diks ve diğ. 2005). Norveç'i kısa sürede Avrupa ülkeleri ve ABD izlemiş, benzer protokoller geliştirilmiştir (Yıldız H., 2006, Diks ve diğ. 2005). Konuya ilişkin çalışmaların artması ile 1996 yılında ASA elektif cerrahi işlem öncesi hastaların açlık sürelerine ilişkin prosedürleri oluşturmak

üzere görevlendirilmiş, Kasım 1998’de ASA’nın önerileri kabul edilmiş ve 1999 yılında günümüzde bilinen çalışma sonuçları Anestezi Dergisi’nde yayınlanmıştır (ASA).

Anestezi Dergisi’nin önerilerine göre sağlıklı yetişkinlerde elektif bir cerrahi işlemde iki saat öncesine kadar su, çay, posasız meyva suları gibi berrak sıvıların, dört saat öncesine kadar anne sütünün, altı saat öncesine kadar insan sütü dışındaki sütlerin, altı saat öncesine kadar tost ve çay gibi hafif yiyeceklerin, sekiz saat öncesine kadar katı yiyeceklerin alınabileceği bildirilmiştir (ASA). Doğum yapmakta olan kadınlar, aşırı obezler, ileri diyabetikler ve gastrik boşalması geciken diğer hastalar (hiatal herni, gastroöfageal reflü, ileus veya barsak tıkanıklığı veya enteral tüpe beslenen) bu önerilerin dışında tutulmuştur (TARD). Türkiye’de ise Kasım 2005 yılında Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD)’ın yayınladığı anestezi uygulamaları kalavuz’unda elektif olgularda ASA’nın belirlediği “ guidelines for perioperative fasting” e göre hastaların aç kalması istenmiştir (TARD).

Literatürde, ameliyat öncesi geleneksel açlık süresine ilişkin uygulamaların pek çok ülkede terk edildiği veya tartışıldığı bildirilmekle birlikte çoğu batı ülkesinde hala rutin bir uygulama olarak devam ettiği (Diks ve diğ. 2005, Mc Load ve diğ. 2005) ve ameliyat öncesi açlık sürelerinin önerilerden daha uzun olduğu (Diks ve diğ. 2005, Klemetti ve diğ. 2010) belirtilmektedir. ASA kılavuzunun yayınlanmasından sonra Pandit ve arkadaşlarının (2000) 361 Günöbirlik Anestezi Birliği üyelerinin ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin yaklaşımlarını araştırdıkları çalışmalarında; katılımcıların çoğu (yüzde 62) ameliyattan iki üç saat öncesine kadar hastaların berrak sıvı tüketmelerine izin veren kurum politikalarına sahip olduklarını, ancak hastaların yüzde 35’inin altı saat öncesinde çay ve tost gibi hafif kahvaltı yatıklarını bildirilmiştir (Pandit ve diğ. 2000). Crenshaw ve Winslow (2002) ameliyat öncesi açlık süresine ilişkin klinik uygulamalarda bir değişiklik olup olmadığını belirlemek amacıyla 155 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında; hastaların en son ameliyattan 12 saat öncesinde sıvı, 14 saat öncesinde katı yiyecekleri aldıkları, bazı hastalarda bu sürenin sıvılarda 20, katılarda 37 saate kadar uzadığı saptanmıştır (Crenshaw ve diğ. 2002). Crenshaw ve Winslow ASA kılavuzunun yayınlanmasından sonra İngiltere’de yapılan iki çalışmada uzun süreli açlığın gerekli olmadığını, ancak çalışmaların birinde çarpıcı bir bulgu olarak hastaların ameliyattan iki saat öncesine kadar berrak sıvıları almalarına izin veren kurum politikasına sahip olmakla birlikte en son ameliyattan ortalama 10 saat önce sıvı aldıklarının bildirildiğini belirtmektedirler (Crenshaw ve diğ. 2002). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da ameliyat

listesinde ki değişiklikler ve ertelenmeler nedeniyle hastaların sıklıkla planlanandan daha uzun süre aç kaldıkları bildirilmekte ancak bu sürenin uzunluğuna ilişkin bir veri bulunmamaktadır (Doğan ve diğ. 2002, Aydın ve diğ. 2002).

2.2. ÇOCUKLARDA AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK

Hasta güvenliğinin yanı sıra bebek, çocuk ve ailesinin preoperatif deneyimlerini iyileştirmeye yönelik olarak uluslararası ve ulusal meslek kuruluşları tarafından ameliyat öncesi açlık rehberleri yayınlanmış olup (ASA, APAGBI, ESA, RCN) bu rehberlerde çocuklarda ameliyattan iki saat öncesine kadar berrak sıvı, 4 saat öncesine kadar anne sütü, altı saat öncesine kadar katı gıda ve insan sütü dışındaki sütlerin alımı önerilmektedir (2-4-6 kuralı).

Tablo 1: 2-4-6 Kuralı

Ameliyattan iki saat öncesine kadar berrak sıvılar
Dört saat öncesine kadar anne sütü
Altı saat öncesine kadar katı gıdalar ve insan sütü dışındaki sütler içebilir.

Yakın zamanda yapılan bir Cochrane derlemesinde de çocuklarda ameliyattan iki saatten daha uzun süre önce berrak sıvıların kısıtlanmasının hiçbir yararı olmadığı bildirilmiştir (BradyMc ve diğ. 2009). Ayrıca literatürde çocuklarda perioperatif aspirasyon insidansının düşük olduğu (Flick ve diğ. 2002) ve cerrahi işlemden iki saat öncesine kadar berrak sıvıların oral alımının aspirasyon riskini arttırmadığı rapor edilmiştir (Schmitz ve diğ. 2011). Üstelik ameliyata yakın sürelerde yapılan beslenmenin aslında gastrointestinal yolu uyarabileceği ve ileus süresini kısaltabileceği anlaşıldığından (Warren ve diğ. 2011, Han-Geurts ve diğ. 2007) Avrupa Anestezi Uzmanları Derneği (Smith ve diğ. 2011), pediatrik hastalarda postoperatif ilk üç saatte oral sıvı alımına başlanmasını önermektedir. Bununla birlikte çocuklarda ameliyat öncesi açlık sürelerinin incelendiği çalışmalarda bu sürelerin uzunluğundan bahsedilmekte, klinik uygulamalarda bu kurallara nadiren uyulduğu ve değişimlerin genellikle yavaş olduğu bildirilmektedir (Brady ve diğ. 2009; Demirdağ ve Karaöz 2015).

2.3. AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIĞIN AMELİYAT SONRASI İYİLEŞMEYE ETKİSİ

Ameliyat öncesi uzamış açlığın hasta üzerinde metabolik, fizyolojik ve psikolojik pek çok olumsuz etkileri bulunmaktadır (Yıldız 2006, Diks ve diğ. 2005, Ayoğlu ve diğ. 2009, Hausel ve diğ. 2001).

Uzamış açlığın hasta üzerinde sıkıntı verici ve anksiyeteyi arttıran bir durum olmasının yanı sıra ameliyat öncesi dönemde genellikle açlık ve susuzluk hissi, ağız kuruluğu ve nefes kokması, ameliyat sonrası bulantı ve kusma riski artışı ile ilişkisi gösterilmiştir (Yıldız 2006). Uzun süreli açlık dehidratasyona neden olarak hem intraoperatif hem de postoperatif dönemde hastaya zarar verebilmekte, dehidratasyon özellikle gününbirlik girişimlerde ameliyat sonrası kusma insidansını arttırabilmekte (Yıldız 2006, Oshodi 2013), ameliyat sonrası bulantı ve kusma da hastanın hastaneden taburculuğunu geciktirerek maliyet artışına yol açabilmektedir (Nygren ve diğ. 2007).

Erişkin hastalar ile yapılan çalışmalarda ameliyattan iki üç saat öncesine oral berrak sıvı alınmasının açlık (Philips ve diğ. 1993, Hutchinson ve diğ. 1988, Klemetti ve diğ. 2010), susuzluk hissini (Ayoğlu ve diğ. 2009, Philips ve diğ. 1993, Hutchinson ve diğ. 1988, Klemetti ve diğ. 2010) ve anksiyeteyi (Ayoğlu ve diğ. 2009) anlamlı ölçüde azalttığı, uzamış açlığın ozmotik sıvı değişim yeteneğini en aza indirerek yaşamsal savunma mekanizmalarını bozduğunu ve açlık sonrası strese verilen endokrin yanıtların belirgin oranda değiştiği (Ljungqvist ve diğ. 1987) belirlenmiştir. Ayrıca açlığa ve cerrahi strese bağlı olarak gelişen ameliyat sonrası insülin direnci diyabetik olmayan elektif cerrahi geçirmiş hastalarda ortaya çıkan önemli bir katabolik durumdur ve ameliyat sonrası insülin direncinin olumsuz sonuçlarından biri de hastanede kalış süresinde artışa yol açmasıdır (Yıldız 2006). Tüm bu olumsuz etkiler hasta konforunun bozulmasına, dolayısıyla hastanın hastalığa uyumu ve bakıma katılımını olumsuz etkileyerek iyilik hali ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olabilmektedir (Özkan ve diğ. 2016).

Çocuklarda, özellikle bebeklerde uzamış açlığın dehidratasyon, hipoglisemi, hipovolemi, hipotansiyon ve diğer metabolik komplikasyonlara yol açtığı, bebeklerin sınırlı enerji rezervi bulunduğu ve uzun süre açlığa bağlı huzursuzlukları arttığından idealde gerekenden daha uzun süre kesinlikle aç bırakılmamaları önerilmektedir (RCN 2005) Yakın zamanda yapılan bir çalışmada çocukların ameliyat zamanına kadar sıvı tüketmelerine izin verilebileceği ve bu uygulamanın akciğer aspirasyonu riskini

artırmadığı gösterilmiştir. 2008-2013 yılları arasında 10.000 üzerinde pediatrik cerrahi girişimin retrospektif incelendiği bir çalışmada; sadece üç hastada pulmoner aspirasyon geliştiği, hiçbir olguda ameliyatın iptal edilmesine, çocukların vantilatör desteği veya yoğun bakıma alınmasının gerekmediği belirlenmiş ve bunun üzerine pediatrik yaş grubundaki hastaların ameliyat öncesi açlık sürelerinin 2-4-6 kuralı yerine 0-4-6 olması önerilmiştir (Anderson ve diğ. 2015). Ayrıca bu uygulamanın çocukların susuzluk veya hipoglisemi riski altında olmadan memnuniyetlerini arttıracaklarını, hasta ile işbirliğinin ve uyumun artacağı ve ameliyat zamanına kadar sıvı tüketimine izin verilmesinin sıklıkla değişen ameliyat programları nedeniyle açlık sürelerinin tam olarak yönetilmesi gerekliliğinin de ortadan kalkmasına yardımcı olacağı vurgulanmıştır (Anderson ve diğ. 2015).

2.4.KONUNUN HEMŞİRELİK AÇISINDAN ÖNEMİ

Cerrahi hemşireliği ameliyat olacak hastanın perioperatif bakımını kapsayan hasta bakımı uygulamalarını içerir (Dolgun ve diğ. 2011). Cerrahi hemşireleri ameliyat türü ve tipinden bağımsız olarak hastaların ameliyat hazırlığı, ameliyat sırası ve sonrası bakımı ile komplikasyonların önlenmesinde önemli rol ve sorumluluklara sahiptirler. Cerrahi sürecin her aşamasında aktif rol üstlenen cerrahi hemşirelerinin (Demirhan ve Pınar 2014) sorumluluklarından biri de ameliyat öncesi hasta hazırlığı kapsamında beslenme ile ilgili uygulamaların sürdürülmesidir (Smeltzer ve diğ. 2004). Genel anestezi veya sedasyon öncesi hastanın oral alımının kısıtlanması olarak tanımlanan ameliyat öncesi açlık, perioperatif hasta güvenliğinin temel taşlarından biridir (ERAS 2018). Cerrahi hemşireleri hastanın bakımındaki güncel yaklaşımları yakından takip etme ve bilgisini bakım hizmetine yansıtma sorumlulukları bulunmaktadır (Çilingir ve Candaş 2017)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışmanın amacı çocuklarda ameliyat öncesi açlık süresinin klinik rehberlere uygunluğunu belirlemektir.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- i. Çocukların ameliyat öncesi gerçek açlık süreleri nasıldır?
- ii. Çocuklarda açlık sürelerinin klinik rehberlere uygunluğu nasıldır?
- iii. Çocukların açlık sürelerini etkileyen faktörler nelerdir?

3.3.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel türdedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Çalışma, İstanbul ilinde bulunan Koç Üniversitesi Hastanesi Pediatri Servisinde yapılmış olup, çalışma yerinin tercih edilme nedeni araştırmacının burada çalışıyor olması nedeniyle güvenilir veriye ulaşım kolaylığıdır.

3.5. ARAŞTIRMANIN ZAMANI

Bu çalışma, 6 Kasım 2017-26 Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini Koç Üniversitesi Hastanesi Pediatri Servisi'nde cerrahi işlem geçirmek üzere yatan tüm çocuk hastalar oluşturdu. Hastane yönetiminden elde edilen veriler doğrultusunda 2016 yılında söz konusu kurumun pediatri servisine cerrahi işlem geçirmek üzere yatan çocuk sayısı 234 idi. Ana kütle büyüklüğünün bilindiği durumda örneklem hesabı aşağıdaki formül kullanılarak hesaplandı.

Şekil 3.1: Ana Kütle Büyüklüğünün Bilindiği Durumda Örneklem Hesabı Formülü

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

Evren sayısı 234, yüzde 95 güven aralığında \pm yüzde beş örnekleme hatası ile istatistik tahminlerin yapılabilmesi için en az uygun örneklem büyüklüğü 121 olarak belirlendi.

Örnekleme dahil edilme kriterleri;

- i. 15 yaş ve altında olma,
- ii. Elektif cerrahi işlem geçirme,
- iii. Genel anestezi alma ve
- iv. Yasal vasinin çalışmaya katılmaya gönüllü onay vermesiydi.

Hariç tutulma kriterleri:

- i. Aspirasyon ve kusma riski olma,
- ii. Gastroösefageal reflü öyküsü bulunma,
- iii. Enteral tüple beslenme ve
- iv. Gastrointestinal obstrüksiyon riski altında olmaydı.

Veri toplama sürecinde çalışmanın yürütüldüğü kurumun pediatri servisine cerrahi işlem geçirmek üzere yatan 200 hastadan araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ardışık 121 hasta örnekleme alındı.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

3.7.1. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından literatüre dayalı oluşturulan (Adenekan 2014, Crenshaw ve diğ. 2002, Yıldız 2006, Diks ve diğ. 2005) “Anket Formu” aracılığı ile toplandı. Form, çocukların bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, boy, kilo, tıbbi tanısı, öncesi ameliyat/ları ve geçirilecek cerrahi girişim), ameliyat öncesi açlık süresi talimatı, ameliyat öncesi en son

oral alım zamanı, planlanan ve gerçekleşen ameliyat zamanı, ameliyat öncesi açlık sürecinde yaşanan sorunları belirlemeye yönelik toplam 28 sorudan oluştu (EK-A.4).

3.7.2. Veri toplama yöntemi

Çalışma verileri toplanmaya başlamadan önce Etik Kurul (EK-A.1) ve Kurum İzni (EK-A.2) alındı. Daha sonra katılımcılara araştırmanın amacı ve sürecini içeren sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılarak, bilgilerin amacın dışında kullanılmayacağı güvencesi verildi ve bu araştırmada yer almak isteyen katılımcıları yazılı onayları alındı. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Anket Formu aracılığı ile toplandı. Her bir hasta/aile ile görüşme yaklaşık 10 dakika sürdü. Açlık süresi talimatı, planlanan ameliyat zamanı, anestezi indüksiyon zamanı hasta kayıtlarından elde edildi. Ameliyat listesindeki değişiklikler ve nedenleri kayıt edildi.

3.8. ARAŞTIRMA İÇİN GEREKLİ İNSAN GÜCÜ

Araştırmanın veri toplama aşaması haricinde her aşamasında araştırmacılar birlikte çalıştı.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Çalışma öncesi Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurul (06.10.2017 Tarih ve 2017.188.IR3.096 sayı) izni (EK-A.1) ve Koç Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden kurum izin yazısı (Ek: A.2) alındı. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş yazılı onay alındı. Çalışma süresince Helsinki Deklerasyon ilkelerine uyuldu.

3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanıldı. Demografik veriler tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) ile sunuldu. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Sonuçlar yüzde 95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.11. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI

Ameliyat öncesi açlık süresinin hastalarda gelişebilecek hipo/hiperglisemiye etkisinin incelenmemiş olması bu çalışmanın bir sınırlılığıdır. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı da ameliyat öncesi açlık sürecinin hastanın birincil bakımından sorumlu aile üyeleri üzerindeki etkisinin incelenmemiş olmasıdır.



4.BULGULAR

4.1. BİREYSEL ÖZELLİKLER

Tablo 4.1. Çocukların Bireysel Özellikleri (N=121)

Bireysel Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	72	59.5
Kız	49	40.5
Yaş sınıfı		
<1 Yaş (yıl)	18	14.9
1-5 Yaş arası (Yıl)	38	31.4
5-10 Yaş arası (Yıl)	44	36.4
10-15 Yaş arası (Yıl)	21	17.4
Beden kitle indeksi (BKİ)		
< 18,5 kg/m ² (zayıf)	15	12.3
18,5-24,9 kg/m ² arası (normal)	100	82.6
25-29,9 kg/m ² arası (fazla kilolu)	6	4.9
30-34,9 kg/m ² arası (I, Derece obez)	0	0
Daha önce ameliyat		
Olan	84	69.4
Olmayan	37	30.5

Mevcut ameliyat türü		
Genel cerrahi	67	55.3
Kulak burun boğaz	22	18.1
Kardiyoloji	16	13.2
Beyin cerrahi	10	8.2
Ortopedi	6	4.9

Tablo 4.1. görüldüğü gibi çalışma kapsamında yer alan alınan çocukların yüzde 59.5 (n=72)'i erkek, yüzde 40.5 (n=49)'i kızdır, Çocukların çoğu (%36.4; n=44)'ü 5-10 yaş arasında ve normal kilolu (%82.; n=100) olup yüzde 69.4 (n=84)'ü de daha önce cerrahi girişim deneyimine sahipti.

Tablo 4.2. Refakatçinin Özellikleri (N=121)

Değişkenler	n	%
Çocuğun refakatçisi		
Anne	114	94.2
Baba	6	4.9
Büyükanne / Büyükbaba	1	0.82
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar değil	1	0.82
İlköğretim	13	10.7
Ortaöğretim	51	42.1
Lisans	36	29.7
Lisansüstü	20	16.5

Çalışmada yer alan çocukların yüzde 94,2 (n=114)'sine annelerinin refakat ettiği ve çocuğa refakat eden aile bireylerin yüzde 88,4 (n=107)'ünün orta ve üstü öğrenim düzeyine sahip olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Çocuk/Refakatçinin Ameliyat Öncesi Oral Alımın Kısıtlanmasına İlişkin Bilgilendirilme Durumları

Değişkenler	n	%
Bilgilendirme		
Yapılan	121	100
Yapılmayan	-	-
Bilgilendirilmeyi yapan		
Anesteziist	53	43.9
Hemşire	35	28.9
Hekim	33	27.2
Bilgilendirme türü		
Sözlü	118	97.5
Yazılı	2	1.6
Yazılı ve sözlü	1	0.82

Ameliyat öncesi oral alımın kısıtlanmasına ilişkin çocuk/refakatçisinin hepsi bilgilendirilmiş olup, bilgilendirmenin en fazla sözlü olarak (% 97.5; n=118) ve (% 43.9; n=53) anesteziist tarafından yapıldığı bulundu (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Ameliyat Öncesi Oral Alımın Kısıtlanmasına İlişkin Yapılan Bilgilendirmenin İçeriği

Bilgi içeriği	n	%
Geleneksel yaklaşım	67	55.4
Güncel öneriler	54	44.6

¹Geleneksel yaklaşım = Ameliyattan önceki gece, gece yarısından itibaren aç kalınması

²Güncel öneriler = Ameliyattan iki saat öncesine kadar berrak sıvıların (su, çay, posasız meyve suyu), dört saat öncesine kadar anne sütünün, altı saat öncesine kadar katı gıdaların alınabileceği

Örnekleminin yüzde 55.4 (n=67)'üne gece yarısından itibaren aç kalınmasının, yüzde 44.6'sına da güncel öneriler doğrultusunda ameliyattan iki saat öncesine kadar berrak sıvıların (su, çay, posasız meyve suları), dört saat öncesine kadar anne sütünün ve altı saat öncesine kadar da katı gıdaların alınabileceğinin söylediği saptandı.

Tablo 4.5. Çocukların Ameliyat Öncesi Oral Alım Kısıtlamasına İlişkin Bilgilendirmeye Uyuma Durumları ve Yaşadıkları Sorunlar

Değişkenler	n	%
Oral alım kısıtlamasına ilişkin bilgilendirmeye		
Uyan	118	97.5
Uymayan	3	2.5
Oral alım kısıtlama sürecinde sorun		
Yaşayan	88	72.7
Yaşamayan	33	27.2
Yaşanan sorunlar		
Huzursuzluk	39	44.3
Susuzluk	31	35.2
Açlık	17	19.3
Uyuklama	1	1.1

Çocukların yüzde 97.5 (n=118)'inde ameliyat öncesi oral alım kısıtlamasına ilişkin yapılan bilgilendirmeye uyulduğu ve bu süreçte çocukların yüzde 72,7 (n=88)'sinin sorun yaşadığı görüldü. Yaşanan sorunlar incelendiğinde en fazla oranda çocukların huzursuzluk hissi yaşadığı (yüzde 44.4) bunu sırasıyla susuzluk (yüzde 35.2), açlık hissi (yüzde 19.3) ve uyuklamanın izlediği (yüzde 1.1) saptandı (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Çocukların Planlanan Ameliyat Zamanı ve Gerçekleşme Durumu

Değişkenler	n	%
Planlanan ameliyat zamanı		
İlk vaka	100	82.6
Öğleden önce	12	9.9
Öğleden sonra	9	7.4
Gerçekleşen ameliyat zamanı		
İlk vaka	97	80.1
Öğleden önce	15	12.3
Öğleden sonra	9	7.4
Ameliyatın planlanan zamanda gerçekleşme durumu		
Gerçekleşti	118	97.5
Gerçekleşmedi	3	2.4
Gecikme nedeni		
Hastalık kaynaklı sorun	3	2.4

Tablo 4.6’da da görüldüğü gibi çocukların yüzde 82.6 (n=100)’sında ameliyat listesinde planlanan ameliyat zamanı günün ilk vakası iken, bu çocukların yüzde 80.1 (n=97)’inde ameliyatın günün ilk vakası olarak gerçekleştiği belirlendi. 3 çocukta (yüzde 2.4) ameliyatın planlanan zamanda gerçekleşmediği bunun da çocukların hastalıklarından kaynaklı bir sorun nedeniyle geciktiği saptandı.

Tablo 4.7. Çocukların Ameliyat Öncesi Açlık Süresi

	$\bar{x} \pm SS^*$	Min, - Max,
Berrak sıvılar (saat)	8.27 ± 3.35	2 - 19
Anne sütü (saat)	4.18 ± 0.58	4 - 6
Katı gıda (saat)	11.19 ± 2.88	6 - 22

*SS = Standart Sapma

Çalışmada çocukların cerrahi girişimden ortalama 8.27 (SS, 3.35) saat önce berrak sıvı, 4.18 (SS, 0.58) saat önce anne sütü ve 11.19 (SS, 2.88) saat önce katı gıda tükettikleri bulundu.

Tablo 4.8. Çocukların Bireysel Özellikleri ile Oral Alım Kısıtlanma Süresinde Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması

Bireysel özellikler	Yaşanan sorunlar (n=88)				x ²	p
	Açlık (n=17) n (%)	Susuzluk (n=31) n (%)	Huzursuzluk (n=39) n (%)	Uyuklama (n=1) n (%)		
Yaş grupları						
<1 yaş	-	1 (6.3)	14 (87.5)	1 (6.3)	16.54	0.002
1-5 yaş	7 (20.0)	11 (31.4)	17 (48.6)	-		
5-10 yaş	8 (26.7)	14 (46.7)	8 (26.7)	-		
10-15 yaş	2 (28.6)	5 (71.4)	-	-		
Cinsiyet						
Kız	8 (23.5)	10 (29.4)	15 (44.1)	1 (2.9)	1.072	0.585
Erkek	9 (16.7)	21 (38.9)	24 (44.4)	-		
Boy (cm)						
< 60 cm	-	-	8 (88.9)	1(11.1)	16.762	0.002
61-80 cm	2 (11.1)	1 (5.6)	15 (83.3)	-		
81-100 cm	3 (17.6)	8 (47.1)	6 (35.3)	-		
101-120 cm	6 (35.3)	6 (35.3)	5 (29.4)	-		
121-140 cm	5 (26.3)	9 (47.4)	5 (26.3)	-		
>140 cm	1 (12.5)	7 (87.5)	-	-		
Kilo (kg)						
<10 kg	3(11.5)	1(3.8)	21(80.8)	1(3.8)		

10-20 kg	5(17.9)	14(50.0)	9(32.1)	-	13.702	0.008
20-30 kg	6(42.9)	4(28.6)	4(28.6)	-		
>30 kg	3 (15.0)	12 (60.0)	5 (25.0)	-		

Çocukların yaş gruplarına göre ameliyat öncesi oral alım kısıtlamasına bağlı yaşadıkları sorunlar açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.05$). Diğer yaş gruplarına göre beş ve altı yaş grubu çocuklarda huzursuzluk, 5 ve üstü yaş grubu çocuklarda susuzluk hissini daha fazla olduğu bulundu. Çocukların boy ve vücut ağırlıklarına göre ameliyat öncesi oral alım kısıtlamasına bağlı yaşadıkları sorunlar açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). Boyu 141 cm ve üzeri olan çocuk hastalarda susuzluk, boyu 120 cm ve aşağı olan hastalarda huzursuzluk hissi daha fazlaydı. Vücut ağırlığı 10 kg ve altı olan hastalarda ise huzursuzluk, 20-30 kg arasında olan hastalarda açlık, 30 kg ve üzeri hastalarda ise susuzluk hissini daha fazla olduğu görüldü. Çocukların cinsiyetlerine göre ameliyat öncesi oral alım kısıtlamasına bağlı yaşadıkları sorunlar açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Çocukların Bireysel Özelliklerine Göre Açlık Hissinin Karşılaştırılması

Bireysel özellikler	Açlık Hissi (n=17)		χ^2	<i>p</i>
	Var N (%)	Yok N (%)		
Yaş				
≤ 5 yaş	7 (5.7)	50 (41.4)	0.279	0.597
> 6 yaş	10 (8.3)	54 (44.6)		
Cinsiyet				
Kız	8 (6.6)	41 (33.9)	0.354	0.552
Erkek	9 (7.4)	63 (52.1)		
Kilo (Kg)				
≤ 20 kg	8 (6.6)	55 (45.5)	1.199	0.656
> 21 kg	9 (7.4)	49 (40.5)		
Boy (cm)				
≤ 100 cm	5 (4.1)	41 (33.9)	0.621	0.430
>101 cm	12 (9.9)	63 (52.1)		

Çocukların yaş, cinsiyet, boy ve vücut ağırlıkları açısından açlık hissi yaşama durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Çocukların Bireysel Özelliklerine Göre Susuzluk Hissinin Karşılaştırılması

Bireysel özellikler	Susuzluk Hissi (n=17)		x ²	p
	Var N (%)	Yok N (%)		
Yaş				
≤ 5 yaş	11 (9.0)	46 (38.0)	2.260	0.133
> 6 yaş	20 (16.5)	44 (36.3)		
Cinsiyet				
Kız	10 (8.2)	39 (32.2)	1.174	0.279
Erkek	21 (17.3)	51 (42.1)		
Kilo (Kg)				
≤ 20 kg	14 (11.5)	49 (40.4)	0.796	0.372
> 21 kg	17 (14.0)	41 (33.8)		
Boy (cm)				
≤ 100 cm	7 (5.7)	39 (32.2)	4.214	0.040
>101 cm	24 (19.8)	51 (42.1)		

Çocukların yaş, cinsiyet ve vücut ağırlıkları açısından susuzluk hissi yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p < 0.05$), boyu 100 cm ve altındaki çocuklara göre boyu 100 cm'den fazla olan çocukların susuzluk hissi anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p < 0.05$).

Tablo 4.11. Çocukların Bireysel Özelliklerine Göre Huzursuzluk Hissinin Karşılaştırılması

Bireysel özellikler	Huzursuzluk Hissi (n=17)		x ²	p
	Var N (%)	Yok N (%)		
Yaş				
≤ 5 yaş	31 (25.6)	26 (21.5)	24.216	0.001
> 6 yaş	8 (6.6)	56 (46.2)		
Cinsiyet				
Kız	15 (12.4)	34 (28.1)	0.099	0.753
Erkek	24 (19.8)	48 (39.6)		
Kilo (Kg)				
≤ 20 kg	30 (24.8)	33 (27.3)	14.247	0.001
> 21 kg	9 (7.4)	49 (40.5)		
Boy (cm)				
≤ 100 cm	29 (23.9)	17 (14.1)	32.256	0.001
>101 cm	10 (8.3)	65 (53.7)		

Çocukların bireysel özelliklerine açısından huzursuzluk hissi yaşama durumları incelendiğinde, cinsiyet açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Bununla birlikte beş yaş ve altındaki çocukların altı yaş ve üstü çocuklara göre huzursuzluk hissi yaşama oranları anlamlı olarak daha yüksekti. Benzer şekilde vücut ağırlığı 20 kg'dan az ve boy uzunluğu 100 cm'den kısa olan çocukların huzursuzluk hissi anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Geleneksel ve Güncel Açlık Süreleri Açısından Yaşanan Sorunların Karşılaştırılması

Yaşanan sorunlar	n (%)	Geleneksel açlık süresi n (%)	Güncel açlık süresi n (%)	χ^2	<i>p</i>
Açlık hissi	17 (14.0)	15 (35.7)	2 (4.3)	25.793	0.001
Susuzluk hissi	31 (25.6)	19 (45.2)	12 (26.1)		
Huzursuzluk	39 (32.2)	8 (19.0)	31 (67.4)		
Uyuklama	1 (0.8)	-	1 (2.2)		

Ameliyat öncesi geleneksel ve güncel açlık süreleri açısından yaşanan sorunlar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Tablo 4.12’de de görüldüğü gibi gece yarısından itibaren oral alımı kısıtlanan çocukların açlık ve susuzluk hissini, güncel önerilerine göre aç kalan çocuklarda da huzursuzluk hissini daha fazla olduğu bulundu.

5.TARTIŞMA

Ameliyat öncesi hasta hazırlığı içinde yer alan en önemli uygulamalardan biri hastanın oral alımının kısıtlamasıdır. Dünya’da ve ülkemizde hastaların ameliyat öncesi aç kalmasına ilişkin geleneksel uygulama gece yarısından sonra ağızdan hiçbir şey almamaları şeklindedir (TARD 2015). Kısa süreli açlık ile karşılaştırıldığında uzun süreli açlığın aspirasyon riskini garantilemediği (ASA) aksine hasta üzerinde olumsuz metabolik, fizyolojik ve psikolojik sorunlara yol açtığı belirlenmiştir (Yılmaz 2009). Bu doğrultuda pek çok meslek kuruluşu tarafından ameliyat öncesi güncel açlık protokolleri yayınlanmıştır (TARD, ASA, SSAI, ESA, ESPEN).

Ameliyat öncesi açlık sürelerinin incelendiği bu çalışmanın örneklemini 72’si erkek erkek, 49’u kız olmak üzere toplam 121 çocuk oluşturdu. Çocukların yüzde 36.4’ü 5-10 yaş arasında, yüzde 82.6’sı normal kilolu ve yüzde 69.4’ü daha önce cerrahi girişim geçirmişti. Çocukların yüzde 94.2’sine anneleri refakat etmekte olup yüzde 88.4’ü orta ve üstü öğrenim düzeyine sahipti.

Hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması nitelikli hasta bakım sonuçlarının bir göstergesidir (Uzun 2000). Cerrahi girişim öncesinde gerçekleştirilen ameliyat öncesi hasta eğitimi, hastanın cerrahi girişiminin her bir evresinde ne olacağını bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesine ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına önemli katkı sağlamaktadır (Aygül ve Ulupınar 2012). Bununla birlikte ülkemizde yapılan birçok çalışmada hastaların genellikle hekim tarafından bilgilendirildiği (Yetkin 2002), hemşirelerin tedavi ve bakım uygulamalarına göre eğitim faaliyetlerini daha az oranda gerçekleştirdiği ve hasta eğitim faaliyetlerini eğitim süreci aşamaları doğrultusunda, planlı ve sistemli bir şekilde uygulamadığı (Babacan ve Ulupınar 2008, Avşar ve Kaşıkçı 2010) bildirilmiştir. Önceki çalışma bulgularını destekler nitelikte bu çalışma bulguları da ameliyat öncesi oral alım kısıtlamasına ilişkin çocuk/refakatçisinin hepsinin bilgilendirilmekle birlikte bu bilgilendirmenin en fazla oranda (yüzde 97.5) sözlü olarak ve anesteziist tarafından (yüzde 43.9) yapıldığını gösterdi. Dolgun ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı yetişkin hastaların ameliyat öncesi aç kalma sürelerini inceledikleri çalışmalarında; hastaların yüzde 97.6’ sının ameliyat öncesi açlık sürecine ilişkin bilgilendirilmekle birlikte sadece yüzde 35.9’unun hemşireler tarafından bilgilendirildiğini belirlemişlerdir. Ameliyat öncesi hasta/yakınlarının bilgilendirilmesi bir ekip işi olmakla birlikte (Bayraktar 2006) hasta ile

en uzun süre ilgilenen sağlık profesyonelleri olarak hemşireler hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerini belirleyip, onları bilgilendirerek güçlüklerle baş etmelerine yardımcı olmaları beklenmektedir.

Literatürde, ameliyat öncesi iki saate kadar berrak sıvıların (su, çay, posasız meyve suyu), dört saat öncesine kadar anne sütünün, altı saat öncesine kadar katı gıdaların alınabileceği önerilmektedir (ASA, TARD, ESA, ESPEN). Mevcut çalışmada bulguları çocukların yüzde 44.6'sının güncel öneriler doğrultusunda (2-4-6 kuralına uygun), yüzde 55.4'ünün ise gece yarısından itibaren aç kaldığını göstermektedir. Ayrıca mevcut çalışma bulguları çocukların gerçek açlık sürelerinin berrak sıvılarda 8.27 (SS, 3.35) saat, anne sütünde 4.18 (SS, 0.58) ve katı gıdalarda ise 11.19 (SS, 2.88) saat olduğunu göstermektedir. Elektif cerrahi işlem geçirecek 50 çocuk hasta ile yakın zamanda yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi açlık süresinin ortalama 11.25 saat olduğu bildirilmiştir (Arun ve diğ. 2013). Yetişkin hastalarla yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmekte olup Aguilar Nascimento ve arkadaşları (2013) bu sürelerin 10-16 saate kadar uzayabildiğini belirlemişlerdir. Ülkemizde Tosun ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bu süreler katılarda 14.70 ± 3.14 saat, sıvılarda 11.25 ± 3.74 saat; Dolgun ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında katılarda ortalama 13.53 saat, sıvılarda 12.21 saat; Demirdağ ve Karaöz 2015'de katılarda 14.69 saat ve sıvılarda 13.64 saat olarak belirlemişlerdir. Çalışmamızın sonuçları ele alındığında, literatürde ki geleneksel açlık süreleriyle paralellik göstermekte olup çocuklarda ameliyat öncesi açlık sürelerinin de literatürde önerilen güncel yaklaşımlara uyum sağlamadığını göstermiştir. Bu veriler ameliyat öncesi açlık sürelerinin güncel rehberlere uygunluğunu sağlayacak düzenlemelere ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Sağlık profesyonellerine açlık süreçleriyle ilgili eğitim planlaması yapılarak, bu planlamada özellikle hemşirelerin aktif rol alması gerektiği bilgisi vurgulanmalıdır.

Mevcut çalışmada çocukların yüzde 97.5'inde ameliyat öncesi oral alım kısıtlamasına ilişkin yapılan bilgilendirmeye uyulduğu ve bu süreçte çocukların yüzde 72.7'sinin sorun yaşadığı görüldü. Hastaların açlık sonrası yaşadığı sorunlar ele alındığında, yüzde 44.4'ünün huzursuzluk ve yüzde 35.2'sinin susuzluk yaşadığı saptandı. Ameliyat öncesi açlık süreleri incelendiğinde geleneksel yöntemle aç bırakılan (gece yarısından sonra açlık) çocukların en çok açlık ve susuzluk, güncel yöntemle aç bırakılan çocuklarında huzursuzluk hissinin daha fazla olduğu saptandı. Literatürde cerrahi işlem geçirecek yetişkin ve çocuk hastalarda yaşanan problemler arasında en çok açlık ve susuzluk

hissetmenin yer aldığı bulunmuştur (Dolgun ve diğ. 2010). Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi dönemde uzun süre aç kalan hastalarda susuzluk, açlık, sinirlilik, baş ağrısı ve mutsuzluk olduğu bildirilmiştir. Özellikle bu dönemde uzun süre aç kalan çocuklarda hipoglisemi, hipovolemi ve ameliyat sırasında fizyolojik değişiklikler meydana geldiği belirtilmiştir (Pandit ve Pandit 1997). Engelhardt'ın 2011 yılındaki 1350 çocuk ile yaptığı çalışmasında hastaların yüzde 56'sı çok aç olduklarını, yüzde 27'si ise çok susadıklarını belirtmiştir. Hastaların yaş ortalaması göz önünde bulundurularak literatürde bulunan çalışmalara da bakıldığında sonuçlar benzerlik göstermektedir. Hastaların uzun süre aç kalmalarından dolayı açlık, susuzluk ve huzursuzluk hissetmesi beklenen bir durum olarak belirtilmektedir (Crenshaw 2002).

Mevcut çalışmada hastaların yaş ortalamalarının yüzde 14.9'unun 1 yaşından küçük, yüzde 31.4'ünün 1-5 yaş arasında, yüzde 36.4'ü 5-10 yaş arasında olduğu saptandı. Bu çalışmada huzursuzluk ilk sırada yer almaktadır. Bunun nedeni olarak çalışmada 0-5 yaş ortalaması yüzde 46.3 olması nedeniyle açlık hissini ifade edemeyen çocukların huzursuzluk hissini daha iyi belirtebildikleri için artış olduğu düşünülmektedir. Açlık hissi değerlendirmeye alındığında ise yüzde 19.3 olduğu saptandı. Çocuk hastaların yüzde 17.4'ünün 10-15 yaş arasında olması çocukların uzun süren açlığa tolerasyonunun fazla olması nedeniyle açlığın ilk sırada yer almadığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada çocukların yüzde 82.6'sında ameliyat listesinde planlanan ameliyat zamanı günün ilk vakası iken, bu çocukların yüzde 80.1'inde ameliyatın günün ilk vakası olarak gerçekleştiği belirlendi. 3 çocukta ameliyatın planlanan zamanda gerçekleşmediği bunun da çocukların hastalıklarından kaynaklı bir sorun nedeniyle geciktiği saptandı. Bu sorunlar ele alındığında 2 vaka da ateş, 1 vakada da aşırı kusmaya bağlı gastroenterit nedeniyle iptal edilerek, antibiyotik tedavisine başlandıktan sonra tekrar ameliyat günü planlanmasına karar verilmiştir. Sekmenli ve Salmanlı'nın (2013) yaptığı çalışmada 100 kişi arasında 90 kişinin ameliyatı ÜSYE nedeniyle iptal olmuştur. Parnis ve arkadaşları (2001), ÜSYE'lu çocuklarda anestezi komplikasyonları ile ilgili yaptıkları çalışmada soğuk algınlığı tanısı için, burun akıntısı, nazal konjesyon, hapşırık, öksürük, balgam, hırıltı, keyifsizlik, miyalji, ateş, ses kısıklığı, ağrılı ya da kaşıntılı boğaz semptomları ve bulgularını tanı kriteri olarak almışlar ve bu semptomları son 6 hafta için sorgulamışlardır. Cohen (1991) ve arkadaşları ile Parnis (2001) ve arkadaşları hafif derecede dahi olsa ÜSYE'nu olan, özellikle 12 ayın altındaki çocuklarda, entübasyon gerektiren cerrahi işlemlerin mümkünse ertelenmesi gerektiği noktasında görüş birliği içerisindeyler.

Fischer (1996), ameliyathane iptallerinin neredeyse yüzde 90'ının ameliyat günü iptalleri olduğunu bildirmiştir. Windokun ve arkadaşları (2002), planlanan ameliyatın yüzde 38'inin yapıldığını ve iptal olan ameliyatların yüzde 62'sinin nedeni olarak cerrahlardan kaynaklandığını, cerrahlar tarafından ertelenen ameliyatların yüzde 18'nin hasta kaynaklı olduğunu belirtmişlerdir. Literatürün aksine çalışmanın yapıldığı hastanede ameliyat erteleme oranları düşük görülmüştür.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi işlem geçirecek çocuk hastaların açlık sürelerinin incelendiği bu çalışma bulguları: ameliyat öncesi oral alımın kısıtlanmasına ilişkin çocuk/refakatçisinin hepsinin bilgilendirildiği, bilgilendirmenin en fazla sözlü olarak ve anesteziist tarafından yapıldığını; çocuk/refakatçinin yarıdan fazlasına gece yarısından itibaren aç kalınmasının söylediği; çocukların ameliyat öncesi gerçek açlık sürelerinin sıvılarda 8.27 ± 3.35 saat, katılarda 11.19 ± 2.88 saat olduğu; çocukların çoğunda ameliyat öncesi oral alım kısıtlanmasına ilişkin yapılan bilgilendirmeye uyulduğu ve bu süreçte çocukların yüzde önemli bir kısmında sorun yaşandığı; yaşanan sorunların en fazla oranda sırasıyla huzursuzluk, susuzluk, açlık hissi ve uyuklama olduğu; geleneksel yöntemle göre aç kalan çocukların açlık, susuzluk hissini daha fazla olduğu belirlendi.

Bu sonuçlara dayanarak;

- i. Cerrahi işlem geçirecek çocuk hastaların açlık süreleri hakkında hemşire, doktor ve anesteziistlere güncel kılavuzlarla ilgili bir eğitim programının düzenlenmesi sağlanması,
- ii. Hastaların ailelerine bilgilendirme yaparken, multidisipliner ekip tarafından kılavuzlara uygun geliştirilen eğitim materyallerinin oluşturularak, açlık süreleriyle ilgili eğitimin yazılı ve sözlü olarak verilmesi,
- iii. Güncel ve geleneksel yöntemle aç bırakılan çocukların yaşadığı sorunlar dikkate alınarak, açlık sürelerinin kılavuzlara uygun planlanması ve
- iv. Çalışmamızın gelecek çalışmalara ışık tutacağı düşüncesiyle ve daha kapsamlı bir çalışma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Sürelî Yayınlar

- Alen, C., Perkins, R., & Schwahn, B., 2017. A respospective review of anesthesia and perioperative care in children with medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency. *Pediatric Anesthesian*. **27**, pp. 60-65.
- Adenekan, A.T., 2014. Perioperative blood glucose in a pediatric daycare facility; Effects of fasting and maintenance fluid. *African Journal of Pediatric Surgery*. **1** (4), pp 317-322
- Anderson, H., Zaren, B., & Frykholm, P., 2015. Low incidence of pulmonary aspiration in children allowed intake of clear fluids until called to the operating suite. *Paediatr Anaesth*, **25** (8), pp. 770-7.
- Arun, B.C. and Korula, G., 2013. Preoperative fasting in children: An audit and its implications in a tertiary care hospital. *Journal of Aneesthesiology Clinical Pharmacology*. **29** (1), pp. 88-91.
- Aygül, S. ve Ulupınar, S., 2012. Hemşirenin eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **15** (1), ss. 25-36
- Aydin, F., Yavuz, M., Eroğlu, B., Dolgun, E., 2002. Ameliyathanede ilk vaka gecikmelerinin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu*. **5** (3-4), ss. 1-78.
- Ayoğlu, H., Uçan, B., Taşçılar, Ö., Atik, L., Kaptan, Y.M., & Turan, I.O., 2009. Preoperatif oral karbonhidrat solüsyonu kullanılmasının hasta anksiyetesi ve konforu üzerine etkileri. *Türk Anest Rean Der Dergisi*. **37** (6), ss. 374-82.
- Avşar, G., Kaşıkçı, M., 2009. Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **12**(3), ss. 67-73.
- Babacan E, Ulupınar Alıcı S. Hemşirelerin Hasta Eğitimi ile İlgili Düşünce ve Uygulamaları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2008; 5(2): 29-36.
- Bayraktar, N., Çilingir, D., 2006. Günübirlik Cerrahi Süreci ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. **13**(1), ss 69-81.
- Brady, M., Kinn, S., Ness, V., O'Rourke, K., Randhawa, N., & Stuart, P., 2009. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. *Cochrane Database Syst Rev*. (4).
- Cohen, M.M. & Cameron, C.B., 1991. Should you cancel the operation when a child has an upper respiratory tract infections? *Anesth Analg*. **72**, pp. 282-288.
- Crenshaw, J.T., 2011. Preoperative fasting: Will the evidence ever be put into practice? *Am J Nurs*. **111**, pp. 38-43.
- Crenshaw, J.T. & Winslow, E.H., 2008. Preoperative fasting duration and medication instruction: Are we improving? *AORN J*, **88**, pp. 963-76.
- Crenshaw, J.T. & Winslow, E.H., 2002. Preoperative fasting: Will the evidence ever be put into practice ?. *Am J Nurs*. **111**, pp. 38-43.
- Çilingir, D. ve Candaş, B., 2017. Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **20**, s. 2.
- Demirdağ, H. ve Karaöz, S., 2015. Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hastaların deneyimleri ve hemşirelerin konu ile ilgili bilge ve uygulamaları. *F,N, Hem, Dergisi*. **23** (1), ss. 1-10.

- Diks, J., Van Hoorm, D.E., Nijveldt, R.J., Boelens, P.G., Hofman, Z., Bouritius, H., Van Norren, K., & Van Leeuwen, P.A., 2005. Preoperative fasting: An outdated concept? *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. **29** (4), pp. 298-304.
- Dolgun, E., Taşdemir, N., Ter, N. ve Yavuz, M., 2011. Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *Fü Sağ, Bil, Tıp Derg.* **25**, ss. 11-15.
- Dolgun, E. ve Dönmez, Y.C., 2010. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*. **3** (3), ss. 10-15.
- Doğan, N., Yavuz, M., Alagbz, E., Hepgünay, H., Tuncer, H., ve Cam, S., 2002. Ameliyathanede vaka iptallerinin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu*. **5** (2-3), ss. 35-9.
- Doğu, Ö., 2013. Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-sakarya örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. **3** (3), ss. 10-13.
- Engelhardt, T., Wilson, G., Horne, L., Weiss, M., & Schmitz, A., 2011. Are you hungry ? Are you thirsty ?- fasting times in elective outpatient pediatric patients. *Pediatric Anesthesia*. **21**, pp. 964-968.
- Flick, R.P., Schears, G.J., & Warner, M.A., 2002. Aspiration in pediatric anesthesia: Is there a higher incidence compared with adults?. *Curr Opin Anaesthesiol*. **15** (3), pp. 323-7.
- Fischer, S.P., 1996. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. *Anesthesiology*. **85**, pp. 196-206.
- Han-Geurts, I.J., Hop, W.C., Kok, N.F., Lim, A., Broimer, K.J., Jeekel, J., 2007. Randomized clinical trial of the impact of early enteral feeding on postoperative ileus and recovery. *Br J Surg*. **94** (5), pp. 555-61.
- Hausel, J., Nygren, J., Langerkranser, M., Hellström, P.M., Ihammarqvist, F., Almstrom, C., Lindh, A., Thorell, A., & Ljungqvist, O., 2001. A carbohydrate-rich drink reduces preoperative discomfort in elective surgery patients. *Anesth Analg*. **13**, pp. 1344-50.
- Hutchinson, A., Maltby, J., & Crawford, R., 1988. Gastric fluid volume and pH in elective inpatients, Part 1: coffee or orange juice versus overnight fast. *Canadian Journal of anaesthesiology*. **35**, pp. 12-5.
- Karaöz, S., 2000. Cerrahi hemşireliği ve etik. *C,Ü, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **4** (1), ss. 1-15.
- Klemetti, S., Kinnunen, I., Suominen, T., Antila, H., Vahlberg, T., Grenman, R., & Leino-Kilpi, H., 2010. The effect of preoperative fasting on postoperative thirst, hunger and oral intake in paediatric ambulatory tonsillectomy. *Journal of Clinical Nursing*. **19**, pp. 341-50.
- Ljungqvist, O., Nygren, J., & Thorell, A., 2001. Preoperative nutrition-elective surgery in the fed or overnight fasted state. *Clinical Nutrition*. **20** (1), pp. 167-171.
- Ljungqvist, O. ve Søreide, E., 2003. Preoperative fasting. *British Journal of Surgery*. **90**, pp. 400-406.
- Ljungqvist, O., Jansson, E., & Ware, J., 1987. Effect of blood deprivation on survival after hemorrhage in the rat. *Circulation and Shock*. **22**, pp. 251-60.
- Martinez, E.E. and Mehta, N.M., 2016. The science and art of pediatric critical care nutrition. *Current Opinion in Critical Care*. **22** (4), pp. 316-24.
- Mutlu, B. ve Savaşer, S., 2007. Çocuğu ameliyat sonrası yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri. *İ.Ü.F.N. Hemşire Dergisi*. **15** (60), ss. 179-182.

- Mc Load, R., Fitzgerald, W., Sarr, M., & Barkm, J.S., 2005. Canadian association of general surgeons and american college of surgeon evidence based reviews in surgery 14: preoperative fasting for adults to prevent perioperative omplientions. *Canadian Journal of Surgery*. **5**, pp. 409-11.
- Nygren, J., Thorell, A., Larsson, S., Schnell, P.O., Hysten, I., Lyungqvist, O., 1995. Preoperative gastric emptying. Effects of anxiety and oral carbohydrate administration. *Annals of Surgery*. **222**(6), pp. 728-734.
- Nygren, J., Soop, A., Thorel, A., Efendic, S., Nair, K.S., Lyungqvist, O., 1998. Preoperative oral carbohydrate administration reduces postoperative insülin resistance. *Clinical Nutrition*. **16** (2), pp. 65-71.
- Nygren, J., Soop, A., Thorel, A., Efendic, S., Nair, K.S., Lyungqvist, O., 1999. Preopative oral carhohydrates and postoperative insülin resistance. *Clinical Nutrition*. **18** (2), pp. 117-20.
- Nygren, J., Thorel, A., & Ljungqvist, O., 2007. Are there benefis from minimising fasting *Anesthesiology*, **20** (6), pp. 540-44.
- Olsson, G., Hallen, B., & Hamnraeus, J., 1986. Aspiration during anesthesia: a computer aided study of 185358 anaesthetics. *Acta Anesthesiology Scandinavian*. **30**, pp. 84-92.
- Oshodi, T.O., 2013. Clinical skills:an evidence- based approach to preoperative fasting. *British Journal of Nursing*. **13** (16), pp.10-26.
- Özkan, M., Gökkaya, Z., & Sarıtaş, S., 2016. Ameliyat öncesi katı ve sıvı besin kısıtlamasının anksiyete üzerine etkisi. *Tc İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*. **5** (7), ss.1-11.
- Pandit, S.K., Pandit, U.A., 1997, Fasting before and after ambulatory surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. **12** (3), pp. 181-187.
- Pandit, S.K., Loberg, K.W., & Pandit, U.A., 2000, Toast and tea before elective surgery? a national survey on current practice. *Anesth Analg*. **90**, pp. 1348-51.
- Parnis, S.J., Barker, D.S., Van Der Walt, J.H., 2001. Clinical predictors of anaesthetic complications in children with respiratory tract infections. *Pediatric Anaesth*. **11**, pp. 29-40.
- Philips, S., Hutchinson, S., & Davidson, T., 1993. Preoperative drinking does not effect gastric contents. *British Journal of Anaesthesiology*. **70**, pp. 6-9.
- Schmitz, A., Kellenberger, C.J., Neuhaus, D., Schroeter, E., Deanovix, D., Prüfer, F., Studhalter, M., Völmer, L., Weiss, M., 2011. Fasting times and gastric contents volüme in children undergoing deep propofol sedation-an assessment usingmagnetic resonance imaging. *Paediatr Anaesth*. **21** (6), pp. 685–90.
- Sekmenli, T. ve Salman, A.B., 2013. Çocuklarda anesteziye engel bir durum nedeniyle planlanan operasyonu ertelemenin maliyete etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. **40** (3), pp. 458-463.
- Smith, I., Kranke, P., Murat, I., 2011. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *European J Anaesthesiol*. **28** (8), pp. 556–69.
- Søreide, E., Eriksson, L.I., Hielkar, G., Eriksson, H., Henneberg, S.W., Sandin, R.,Reaeder, J., 2005. Pre-operative fastig guidelines : an update. *Acta Anaesthesiol Scand*. **49**, pp. 1041-1047.
- Uzun, S., 2000. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **3** (2).
- Yetkin, A., 2002. Hemşirelerin hasta ve ailesinin eğitimi ile ilgili görüş ve uygulamaları, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **5** (1), pp. 53-59.

- Yılmaz, E., 2009. Cerrahi hastalarda ameliyat öncesi açlık süresinde yeni yaklaşımlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. **25** (3), 86-92
- Yıldız, H., 2006. Preperatif açlık sürecinde yeni yaklaşımlar. *The Eurasian Journal of Medicine*. **38** (1), ss. 1-5.
- Warren, J., Bhalla, V., & Cresci, G., 2011. Postoperative diet advancement surgical dogma vs evidencebased medicine. *Nutr Clin Pract*. **26** (2), pp. 115–25.
- Windokun, A., Obideyi, A., 2002. Audit of emergency theatre utilisation. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*. **31**(1), pp. 59-62.
- Winslow, E.H., Crenshaw, J.T., & Warner, M.A., 2002. Best practice shouldn't be optional. *American Journal of Nursing*. **102** (6), pp. 59-61.

Diğer Yayınlar

- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları Preoparetif Değerlendirme, 2015.
- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) Perioperatif Hedefe Yönelik Tedavi Kılavuzu, 2014.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Burcu Medine KAPLAN
Sürekli Adresi : Koç Üniversitesi Hastanesi/Topkapı-İstanbul
Doğum Yeri ve Yılı : İstanbul/1992
Yabancı Dili : İngilizce
Lise : İzzet Ünver Lisesi /2010
Lisans : Koç Üniversitesi/2015
Yüksek Lisans : Bahçeşehir Üniversitesi/2019
Enstitü Adı : Sağlık Bilimleri
Program Adı : Hemşirelik Tezli
Çalışma Hayatı : Ağustos 2015- devam: Koç Üniversitesi Hastanesi
Pediatri Servisi