

ÜST GASTRO-İNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARINDA HEMŞİRELİK STANDARDI

Ayşen YETKİN*

Mağfiret KARA*

ÖZET

Bu makalede üst gastrointestinal sistem kanamalarının nedenleri ve hastanın mevcut durumunun değerlendirilmesi ile uygulanacak olan hemşirelik bakım standardı üzerinde duruldu.

Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları önemsiz ya da ciddi olabilir: ancak genellikle üst GİS kanaması olan hastalar kansızlık ve şoktan kaynaklanan ölüm riskosu içerisindedirler.

Treitz ligamentinin (duodenojejunal birleşim yeri) proksimalindeki özefagus, mide ve duodenum ile karaciğer ve pankreasa ilişkili eşitli lezyonlar kanamaya yol açabilirse de bu kanamalar çoğunlukla peptik ülser, portat hipertansiyona bağlı özo-gastrik varis ve hemorajik gastritler daha az sıklıkla midenin selim ve habis tümörleri, özofajial hiatus iltihabları ve reflü özofajit ile Mallory-Weiss sendromundan ve diğer olarak da diğer bazı hastalıklarından iletir gelir (2, 3).

Üst GİS kanamalarının klinik bulguları, altında yatan hastalık ve kanamanın genişliğine göre çeşitlilik gösterir. Hematemez, melana ve hemotekezyayı (rektumdan kaynaklanan açık-kırmızı renkli karın pasajı) kapsayan belirgin klinik bulgular genellikle mevcuttur (1, 2, 5, 7, 8).

Parlak kırmızı ve koyu kırmızı karın hernatemezi kanamanın orijininin ligamentum treitz'ten üzerinde olduğunu, genellikle mide ve özofagustan kaynaklandığını gösterir. Hematernez hızlı bir kanama lezyonu-

* Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı.
Erzurum

nun belirtisidir. Hastaların oğunda cerrahi müdahat gereklidir. Kahve t lvesi ş klindeki kusruk, karım midede gastrik asttle bir süre temas ed rek hemoglobinin meUemoglobine dönüştüğünü göst rir (2. 5, 8).

Meleria (kab-an siyahı gaitanın pasajı) kanamanın ü t GiS'de olduğunu göst ırır. Melenanın rförüm si kanamanın oluştuğu süreyi am olarak göst rm z. Melenanın intesUnal v baktetel enzimleri lı min oksidasyonunun ürünü olduğu düşünülür.

Hemotekezya GiS'd ki karım hızlı intestinal b-an itl sonucu oluşur. Karnn midede bulun u gastrik motiltteyi artırarak gastrik tansiyon. kusma ve herriotek zyaya n den olur (2, 7. 8). Kan basıncındaki ortostaUk de-erler: nabız ve düşük değeri hernatokrtt akut kanamadaki hemodinamik durumun güvenilir v rtleri ise de lam kestirilney n sıvı kaybını da gö ter biJir. T krarlanan ya da dola ımdaki kan volunündeki rriajor kayıplarda. taşıkardi. halsiztik. soluk luk, diofor zis. soğuk v ıslak deri. susuzluk hissi görülür (1. 7. 8).

ÜST GİS KANAMALARININ NEDENLERİ

1. Özofagus ya da mide varisleri: Sıklıkla gerek intrahepatik (stroz gtbil, gereks suphepatik (vena linealis ve veria porta trombozu gibi) nedenlerle geli en portal hipertansiyonda. özofagusun distal bölümü ile kardiya ve mide fundu u çevresinde bulunan v porlo-kaval birle meyi sağlayan venöz pleksüsün genişlemesi sonucu oluşur. Kanama massif ve ani olduğu halde bundan günlerce önceden miriör kanama olabilir (2. 3.7).

2. Malloiy-Weiss Sendromu : Özo-gastrik bölgedeki mukozanın longitudinal laserasyonudur. G nellilde tek ve linear olan bu yırtık kardiyanın mide mukozası ile örtülü bölümündedir. Daha çok. fazla oranda alkol alma sonucu oluşan kusmalar ızley n dönemlerd görülür. Uzun ve güçlü öğürme v kusma epizodlarından sonra hernat rnez gelişir (2. 7,8).

3. Gastrit : Alkol, ila ya da strese bağlı hiperasidile il birlikte ga trik mukozanın jeneralize ya da lokallz erozyon ve ülserl rını kapsar (7). Muskul r mukozaya kadar iJ rleyen çok sayıda ve eşiUi büyüklükte yüzey i ülserl ri bulunur:- Bu lezyonlar midenin proksimal bölümlerinin tümünü tutrnu olmakla birlikt antrum sağlam kalır (2).

4. Ülserler : Üst cts kanamalarının n sık (40 oranında) rastlanan çe ididir. ÜIs rlerin çoğu duodenımda görülür. Ülserli hastaların

25'i en az bir kez gastrointestinal kanama geçirir. Ülser kanamaları. "O" (sıfır) kan grubu olan kişilerde daha sık görülür. Peptik ülserlerden ölümleri 40'ının nedeni kanamalardır (1. 2, 6, 8, 9).

5. Midenin kötü (habıs) ve iyi (selim) huylu urları : Mide kanserinde hematemez ve melena oluşturacak kadar bol bir kanama seyrek görülür. Daha çok sürekli ve az miktarda olan kanama dışkıda gizli kanama testleri ile anlaşılabilir. Mide kanserinde görülen aneminin nedenlerinden biri de bu sinsi kanamalardır. Midedeki iyi huylu urların kanama eğilimi kötü huylu tümörlerden daha fazladır. Bunlardan leiomyoma ve adenomatöz polipler ön sırada bulunurlar. Mide ile ilgili herhangi bir yakınması olmayan bu hastalarda ilk semptom kanama olabilir.

6. Özofajeal hiatus fıtıkları : Bu hastalıkta daha çok gizli kanama görülür. Akut kanama eriderdir. Kayma şeklindeki hiatus fıtıklarında oluşan reflü peptik özofajit kanamaya yol açabilir. Paraözofajeal hiatus fıtıklarında kanama daha sık görülen bir komplikasyondur. Bunlarda fıtıklaşan mide bölümünde biriken asitli mide sıvısının oluşturduğu ülserasyonlar ve damar korjesyonu kanamaya neden olabilir (2, 81).

Neden ne olursa olsun üst GİS kanamalarında tedavi intravasküler volümün sürekliliğinin sağlanmasına, kanamanın durdurulmasına ve uygun bir süre içinde kanama kaynağının tanımlanmasına yöneliktir [1. 4. 5. 6. 7).

DEĞERLENDİRME (Öndeğerlendirme=(assesment) aşağıdaki konulan içermelidir.)

1. Klinik anemneze ilişkin temel veriler :

- a) Yiyecekler, süt ve antiasitlerle ilişkili ülser hastalığı ya da epigastrik ağrı.
- b) Daha önceki kanama epizodları. kusma, diyare, kramplar. kilo kaybı, ateş ve diğer yerlerden kaynaklanan kanamalar.
- c) İntestinal hastalık ya da hemorajik diatezle ilgili aile anemnezi.
- d) Gastrik mukozayı irrite ettiği bilinen ilaçların yakın zamanda kullanılmış olması (Aspirin, Kortikosteroid grubu ilaçlar),
- e) Alkolizm,
- f) Sarılık.

gl Hernatemezden önce kuvvetli öğürne.

h) Sık sık stres v arıksiyeteyl uyaran damarların varlığı.

iL Sigara (günlük)

j) Beslenme alı kanlıkları.

k) Mevsimsel dağılışı,

II Hiperparatroidt. polistemia vern. kronik karaciğer hastalığı. kronik r spiratuar hastalık. ürerni v.s.

2. Kanamanın varlığı, genişliği ve cinsi;

a] Nonintestinal kanama kaynakları: hemoptizi. pistaksi ve h _ rhangt bir farenjial lezyon olup olmadığı ekarte edilmeli.

bl Karaciğer hastalığım gösteren ek bulgular; sarılık. L i njiektazt. örümcek i nevüsler. hepatomegali. asit. ödem ve normalolmayan dert pigmentasyonu.

cl Abdoriunal kitle. beze. h patospl nomegali.

dl Gövdede anlerio-abdominal bölgede dılat venler. hemoroidler.

el Belirgin nörolojik ya da kişilik bozukluklarının olup olmadığı.

f) Kusma ve bağırsak seslerinin sıklığı ve karakteri.

gl Özellikle ekstrermteledet kaşeksi,

3. Laboratuar ve teşhis koydurucu veriler:

a) Anormal eri kan sayımları: özellikle lökositoz. düşük HCT ve HGB. erttrostt morfolojisind arıornaliler,

bl Anormal seri lektrolttleri.

cl Yük elmeyi ölçmek için BUN'un seri ölçümü.

d] Anormal pıhtılaşma.

el Gaita. kusmuk ve gastrik aspiratta pozitif hernat

f) Endoskopik uygulama sonuçları.

gl Anjiografi v yapılını sa gastroint stinal çalışmalar.

4. Hasta ve ailesinin hastalık prosesini, semptomlarını, tanı koydurucu uygulamaları ve planlanan tedaviyi algılamaları ve reaksiyonları.

5. Hasta ve ailesinin hastalık prosesini, hospitalizasyon amacını, planlanan tedaviyi, belirlenen prognozu anlamaları ve uygunsa cerrahiye ve beklenen sonucu anlamaları ve preoperatif dönemde hastanın yaşayacaklarını bilmesi ve eğer hasta alkolikse, hasta ve ailesinin psikososyal etkisinin değerlendirilmesi.

AMAÇLAR

1. Hasta ve ailesinin anksiyetesini gidermek için gerekli açıklamalarda bulunmak.

2. Gastrointestinal kanamayı azaltmak ve ortadan kaldırmak

3. Pulmoner ödem, renal yetmezlik, koagülopati gibi komplikasyonları azaltmak ve ortadan kaldırmak.

4. Hemodinamik dengeyi sağlamak.

5. Tam kan sayımı, asit-baz dengesi ve elektrolitleri normal değerler içinde tutmak.

6. Gastrointestinal kanamaların daha ileri dönemdeki bulgularını tanımlamak ve önlem almak.

7. Pozitif nitrojen dengesi, yeterli besin alımı ve vücut ağırlığının korunması.

8. Hastanın taburcu edilmesinden öne hastaya v ailesine anlatılması gereken konular :

a) Yapılacak ilaç tedavisi.

b) Uygulanacak gıda rejimi,

c) Dikkat edilmesi gereken belirti ve bulguların listesinin açıklanması.

d) Şikayetler dikkate alınarak g rekli bakımın planlanarak sürdürülmesi (1.6. 7).

STANDART HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Hemşirelik Tanısı :

1. Kanama

edeni: (Daha önce yukarıda belirtilen nedenlerden biri)

Hedefler:

- Kanamanın den tlenmesi.
- Kaybedil n karım yerine konulması.
- normal kan dolaşımının sağlanması.

Hem ir lik GirişimI ri :

- Karıama kontrol edilir.
- Herhangi bir Lransfüzyon reaksiyonunun olup olmadığı gözlenir.
- Yet rslz perfüzyon. hemodinamik düzen izlik düzelen kadar 30 dakikada bir hayatsal önemi olan bulgular kontrol edilir.
- Taşikardi. diaforezis. oligurt. ekstrernlt lerln soüuklu fu ve ıslaklığı. günlük kilo yltirni, saatlik olarak aldığı-çıkardığı stabil oluncaya kadar kontrol edilir.
- Hematernez v melenanın varlığı ve sıldığı saptanır.
- Solunum yetmezliğinin şikayet ve bulguları saptanır.
- Huzursuzluk. kardiyak değıştkltkler, bayılma. aritmi ve öz ilikle atrial aritmiler denetlenir.
- Aralıklarla düzenli kan sayımı (HGB. HeT) yapılır.
- Düzenli aralıklarla elektrolitler. BUN. ESR vs kontml edilir.
- Bağırsak hareketlerinin olup olmadığı denetlenir.
- Perforasyonun klinik bulguları açısından izl nmesi. sürekli karın ağrısı. karında a ın gerginük. rijidite. omuza yayıları ağrı. batın grafisinde dıyafragma altında hava görülüp görülmediğine bakılır.
- H rhangı bir anormal durumda doletorun bilgilendirilmesi sağlanır.
- Sürekli serum fizyolojik il lavaj yapılır (lavaj sıvısı ternizlerden kadar).

- Parerİteral sıvı ve kan tedavisi sürdürülür.
- Eğer order edilmişse ilaç teadvisi uygulanır. Vit-K, Vit-B 12. sedatifler. anti asiller. H2 inhibitörleri verilir.
- çok belirtileri gözlenir ve önlem alınır.
- Hasta ile birlikte olunur.
- Tanı ve sağınınun (tedavi) planlanması açısından film gerekliliği açıklanır.
- Hastaya yapılacaklar anlalılır.
- Tetkikler yapılırken yardımcı olunur.
- Eğer cerrahi sağıtım gerekiyorsa "Gastrointestinal Cerrahi" standardı incelenir.

Hemşirelik Tanısı :

2. Gastrointestinal Sıkıntı :

Nedeni : Alkol ve ilaç alımının neden olduğu sekonder gastriL mide ve duodenum lseri.

Hedefler:

- Gastri düzeltilmesi ya da tamam n ortadan kaldırılması

Hemşirelik girişimleri :

- Kanamanın varlığı. derecesi ve denetimi açısından vazopressin (Pitressin). z ilikle gastritli hastalarda uygulanır.

_ Vazopressin'in (Pitressin) yan etkileri; yüzde sararma. rahatsızlık hissi. karın koluğı (ağrı). hipertansiyon. kannda gerginlik. şşlik.y oltguri ve hlponatremi yönünden gözlenir.

Emboli, trombüs ve enfeksiyonu önlemek için kaleter yerleştirtir.

- Order edilmişse Cİrnedlne ve H2 Inhibltrleri, anti-asit (aluminium hydroxide ve Calcium Carbonate) saatte bir uygulanır.

- Özellikle ülserli hastalara order edilmişse aritikolinerjikler yapılır.

- Cerrahi sağıtım gerekiyorsa "Gastrointestinal Cerrahi" standardı incelenir.

- Gastrik problemlere uygun diyet rejimi ayartılır.
- Ruhsal ve fiziksel rahatlığı sağlayacak bir çevre oluşturulur.
- Tedaviler arasında hastaya dinlenmesi için zaman verilir.
- Ziyaretler kısıtlanır, hastanın gereksinimlerine göre görülmelere izin verilir.

- Tedavinin etkinliği kontrol edilir.

- Hastaya fazla alkol ve ilaç alımının zararları yönünden sağlık eğitimi yapılır.

Hemşirelik Tanısı :

3. Anksiyete :

Nedeni : Karşıma. sağlık hizmetleri, tanı işlemleri ve hastalık hakkında yeterli bilginin açıklanmaması.

Hedefleri:

- Psikolojik destek ve yapılan açıklamalarla hastanın azalan düzeyde anksiyete göstermesi.
- Yapılan açıklamalar ve verilen bilgiler ile hastanın azalan düzeyde anksiyete göstermesi,
- Hasta ve ailesine hastalığın prosedürleri ve bakım hizmetleri ile ilgili sözlü açıklama yapılması.

Hemşirelik Girişimleri:

- Anksiyete düzeyi belirlenir.
- Hasta ile bütün olarak iletişilir.
- Tanı süreci ya da planlanan bakımdaki karışık işlemler uygun bir dille açıklanır.
- Yapılacak işlemler önceden açıklanır.
- Tüm işlemler sakin bir şekilde yürütülür.
- Hastaya her durumda verilebilecek bakımın sessiz ve sakin bir ortamda olması sağlanır.
- Kanama ile ilişkili her türlü anksiyete ve korkularını anlatmasını teşvik edilir.

- Tanıya yardımcı uygulamalar için hasta hazırlanır.

Fiziksel, ruhsal ve duygusal rahatlığı sağlayacak ortam oluşturulur.

- Hasta kuru ve sıcak tutulur, rahatlatılır.

_ Tedavi periyotları arasında dinlenmesine izin verilir.

_ Ziyaretçiler hastanın gereksinmesine göre sınıflandırılır, ziyaret sırasında görüşmelerini bozmaktan kaçınılır.

- İlerleyen arıksilyete düzeyi belirlenir.

_ Hastalık prosesi ve araya giren terapötik değişiklikler uygun bir dille açıklanır.

- Tanı işlemleri için önceden hazırlık yapılması sağlanır.

_ Hasta ve ailesi korku ve kaygılarını anlatmaları ve soru sormaları için süretlendirilir.

_ Bakım için planlananlar hasta ve ailesine anlatılır.

Hemşirelik Tanısı :

4. Özofajial ve Gastrik Varisler :

Hedefleri :

- Varislerden kaynaklanan kanamanın durdurulması.

Hemşirelik girişimleri:

_ Problem irdelenir; kanama, kanama kontrolü, sıklığı ve azalması azalması izlenir.

_ İntra-arterial ya da intra-venöz infüzyon ile vazopressin (Pltressin) uygulanır.

- Vazopressin'in yan etkileri gözlenir.

_ Sengstaken-Blalock (SB) tüpü hazırlanır.

- Tüpün yerleştirilmesine yardım edilir.

_ Gastrik ve özofajial tüplerden sızıntı olup olmadığı denetlenir.

- Hastaya işlemler açıklanır.

- Tüp y rinde olduğu sürec hastanın başında durulur.
- Balonlar uygun oranda hava ile şi irili!" (Gastrik balon=200-500 cc hava ile ıştırılır. Özefagus balonu ise: basın =30-40 mmHg olacak şekilde ıştırılır).
- Aralıklı aspirasyon yapılır.
- Balonların hava aspirasyonu yapabillee ği gözönüne alınarak balonları kısılabilmek için bir enjektör yatağın yanında hazır bulundurulur.
- SB tüpünün uygun yerleştirildiğini saptamak için film ekilir.
- Orofareniks ve ağızda birik n sekresyonların çıkarılması i in hastaya yardım edilir.
- Solunum yetmezliğı yönünden izlenir.
- SB tüpü her saat soğuk steril su ya da serum fizyolojik ile ırırise edilir.
- Order edilmişse gastrik lavaj yapılır.
- Aspirasyon sıvısının rengi. miktarı vb. özellikleri kaydedilir.
- 1/2 ve 1 saatte bir SB tüpünün basıncı gözden geçirilir.
- Order edilmişse özofajiel balonun havası alınıp, şişirilir.
- Vital bulgular 15-30 dakikada bir laterji, kontüzyon. karıama. göğüs ağrısı. solunum yetmezliğı. HGB. HCT, elektrolitler ve karıama yönünden izlenir.
- Hasta şokta değilse yatak başı 30° lik açı ile yükseltilir; her saat ağız-burun bakımı yapılır.
- Deriyi korumak için. 1-2 saate bir pozisyon verilir.
- Olası gerçe kleşen öksürük. hıçkık v geğırmenin önemsiz olduğu hasta ve ailesine açıklanır.
- Saatte bir derin nefes alması söylenir.
- Kanama gözden geçirildikleri sonra 24 saat için SB tüpünün yerinden ıkarılmasma yardım edilir.
- Herhangi bir anomali durumunda dektorun bilgi dinmest sağlanır.

Hemşirelik Tanısı :

5. Malloiy-Weiss Sendromu

Nedeni: Aşırı alkol alımından dolayı oluşan kusmalar.

Hedefler:

_ Cerrahi ve embolizasyon yırtığırun tamamen kapatılması.

Hemşirelik Girişimleri:

_ Kanamanın varlığı ve derecesi belirlenir.

_ Embolizasyon sağırımı gerekiyorsa hastaya yöntem açıklanır.

_ Uygulama yapılacak olan bölge temizlerir ve hazırlanır.

_ Embolizasyon sonrası kanamanın derecesi. sıklığı stabil oluncaya kadar izlenir.

_ Cerrahi sağıtım gerekiyorsa "Gastrointestinal Cerrahi" standardı incelenir.

Hemşirelik Tanısı :

6. Koagülopati (Olası) :

Nedeni : (Kanamanın sıroza bağlı olduğu düşünülüyorsa) Karacığerde yeterince fibronojen. protrombin vedığer pıhtılaşıma faktörlerinin sentez edilememesi.

Hedefler:

_ Koagülopatinin denetimi ve ortadan kaldırılması.

- Kanamanın durdurulması.

_ Durdurulan kanamanın yeniden oluşmaması.

Hemşirelik Girişimleri:

_ Taze donmuş plazma (1 ünite hastanın yanında. 3-4 ünite kan bankasında hazır bulundurulur) kaybedil n pıhtılaşıma laktörlerini y - rine koymak için hastaya verilir.

_ Lökositoz, düşük HGB, HCT değerleri. anormal protrombin ve trornbln düzeyleri. kanama testleri için seri kan sayımlan yapılır.

- Devam eden kanamanın koyuluğu: hernatemez. hernatokezya yönünden izlenir.

- Kendiliğinden kanamaları önlemek için yumuşak diş fırçasının kullanılması önerilir.

- Deride solukluk. peteşi. kanamanın uzaması. enjeksiyon yerinde sızıntı. hematom ve hematun mevcudiyetinin olup olmadığı denetlenir.

- Herhangi bir anormal durumda dektorun bilgilendirilmesi sağlanır.

- Sorun sürüyorsa. "Yayılmış intravasküler Koagülasyon" standardı incelenir.

Hemşirelik Tanısı :

7. Pulmoner Ödem (Olası) :

Nedeni: Aşırı sıvı yükselmesi.

Hedefler:

- Pulmoner ödemin ortadan kaldırılması.

ormal solunumun sağlanarak sürdürülmesi.

- Göğüs konjesyonu bulgularının yok edilmesi.

Hemşirelik Girişimleri

- Kolloid ve kristal-kolloidal sıvılar dikkatlice verilir. hemidonamik yanıtı izlenir.

- Aşırı öksürük, rahatsızlık ve sıkıntının olup olmadığı gözlenir.

- Dispne. ortopne, taşıkardi. siyanoz. wheezing. akciğerlerde yaygın rallerin olup olmadığı gözden geçirilir.

- Beyaz ya da pembe köpüklü balgarn. anormal arteriel kan gazları. taşikardiyi. hipotansiyon ve hipertansiyonun olup olmadığına bakılır.

- Aldığı-çıkarıldığı. günlük kilo kaybı. anormal CVP. kardiyak abm ve varsa pulmoner basınç izlenir.

- Herhangi bir anormal durumda dektorun bilgilendirilmesi sağlanır.

_ Solunum yetmezliği sorunu sürüyorsa "Akut Solunum Yetmezilgi" standardı incelenir.

Hemşirelik Tanısı :

8. Renal Yetmezlik (olası) :

Nedeni: Perfüzyonun azalması.

Hedefler:

_ Renal yetmezliğin azaltılması ya da yok edilmesi.

Hemşirelik Girişimleri:

_ Kolloid ve kristal-kolloid sıvılar dikkatlice izlenir.

_ Yeterli idrar atımının olup olmadığı, anormal Ca, kardiak atım, PAF varsa: seri kan elektrolitleri. SUN ve kreatin düzeyleri. LOC'da değişiklik olup olmadığı izlenir.

_ İdrarda albuminin önemli derecede yükseliş, kanda plazma kreatin değişimi izlenir (genellikle 20 mg'ın üzerinde).

_ Herhangi bir anormal durumda doktortın bilgilendirilmesi sağlanır.

_ Sorun sürüyorsa "Akut Renal Yetmezlik" standardı incelenir.

Hemşirelik Tanısı :

9, Hastanın Taburcu Olmasından Sonra Kendi Kendine Yeternnesi :

Nedeni: Yeterli açıklamanın yapılmamış ornası.

Hedefler:

Hastaneden taburcu olduktan sonra tzleyeceğt perhizin açıklanması.

_ Hasta ve ailesine araya girebilecek bulgu ve işaretlerin açıklanması.

_ Hasta ve ailesinin alkol ve reçetesiz ilaç almasının önlenmesi.

_ Hasta ve ailesinin düşünülen ve izlenen tedaviye katılmalarının sağlanması.

Hemirelik Girişimleri:

- Hasta ve ailesinin anlama ve kavrama düzeyleri. fiziksel yetersizlikler göz önüne alınarak tedavi planı v taburcu perhizi açıklanır.
- Perhizin ne içerdii. gıda rejimi. mukozal irritasyonu önlemek için yemek aralarında antiasit alabileceii açıklanır.
- Terapötik diyet ve hastanın gereksinimi olan yemek perhizinin neleri içerdii anlatılır.
- Uygun beslenme rejimi: hafif ve yumuşak yiyecekler sık sık; ancak az miktarlarda alması gerektiii açıklanır.
- Öğün atlamaması. yiyecekleri iyice çiğnemesi, irrite edici. sindirimi zor. kızartımı . kavrulmuş besinler. kahve. çay ve *alkol* almaktan kaçınması gerektiii açıklanır.
- Gerekli olan yağsız ve asitsiz diyetin planlanmasında hasta ve ailesine yardım edilir.
- Diyet sosyo-ekonomik ve kültürel düzeye göre düzenlenir.
- Vitamin verilebilir.
- Tedavi perhizi. ilaçların adları. kullanım amacı. özgül dozları v yemek alışkanlıklarına göre saatlerinin listesi çıkarılır.
- İlaçların ters ve yan etkileri v nasıl kullanılacakları anlatılır.
- İlaçların özofajit v gastrik mukozayı tahrişinden kaçınılması (Aspirin. vb.).
- Cerebral ilaçlarla birlikte süt ya da kraker alabileceii söylenir.
- Faaliyet perhizi: planlanmış düzenli egzersiz ve rahatlama hareketlerini yapabileceii ve yorulmaldan sakınması.
- İkonstipasyona bağlı defakasyona çıkmaktan.
- Şiddetli öksürük ve kusmadan.
- Gastrik asidin artmasını önlemek için ıgara içmekten kaçınması gerektiii anlatılır.
- Aile daha ileri etkiler için eğitilir.
- Bulgu ve işaretler tanımlanır.

- Kanamanın başlangıcında: baş dönmesi, görme bulanıklığı, kahve telvesi şeklinde kusmuk, ani ya da yavaş yavaş g lişen güçsüzlük hissi, gaitanın koyu renkli olması, soğukluk ve solunum güçlüğünün dikkatlice gözlenmesi gerektiği anlatılır.

- Hasta ve ailesinin uygun çarelere yön lmest için belirti! r ve yapılacaklar çok iyi bir şekiid anlatılır.

- Nedene yönelik sağıtım için: ha layı kimin, nerede, n zaman ve n şekilde gördüğü, kanamanın örneğinin alınacaai açıklanır.

- Hasta ve ailesinin bilgi sorabilmesi ve sohbet, edebilmesi sağlanır.

- Hasta ve ailesinin katılımı ile taburcu perhizi açıklanır.

KAYNAKLAR

1. Brunrier LS .. Suddarth D. (1988) : Medical-Surgical Nursing, Stxth Edition J.B. Lippincolt Company, Philadelphia. pp. 779-84.
2. Değerli Ü. (1989) : Cerrahi Gastroenteroloji. Nobel Tıp Kitab- evi. İst., ss. 18-23.
3. Greenburg. AG. et al (1985): Changing Patterns of Gastrointestinal Bleeding. Arch Surg, vol 120. pp. 34 1.
4. Langman MJS. (1985) : Upper Gastrointestinal Bleeding. The Trials of Trlals .. Gut. vol 26. pp. 217.
5. Larson DE .. Farriell MB. (1993) : Upper Gastrointestinal Hemorrhage. Mayo Clin. Proc. vol 58. pp. 37 1.
6. Lucman J .. Sorensen KC. (1987) : Medical-surgical Nursing. 3rd Ed.W.B .. 1893-94.
7. Rschoche DA. (1976) : Mosby's Comprehensive of Critical Care. Mosby Co .. 347-53.
8. Way WL. (1989) :Çağdaş Cerrahi. çev. H. Alegül. Türkiye Klin. Yay .. 513-17.
9. Young AE. (1982) : Stopping the Hemorrhage from Peptic Ulcers. Br. Med.J. vol 284. 530.

