

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMELİYAT SONRASI İLK 24 SAATTE HEMŞİRE  
GÖZLEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Mehmet YEŞİLORMAN

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

KOCAELİ 2009



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMELİYAT SONRASI İLK 24 SAATTE HEMŞİRE  
GÖZLEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Mehmet YEŞİLORMAN

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

Danışman: Prof. Dr. Süreyya KARAÖZ

KOCAELİ 2009

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(Tez Onay Sayfası)


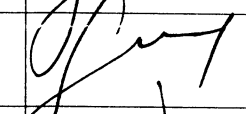
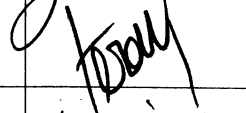
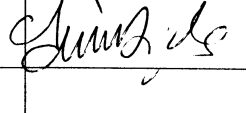
Tez adı: Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Hemşire Gözlemlerinin Değerlendirilmesi

Tez yazarı: Mehmet YEŞİLORMAN

Tez savunma tarihi: 16/06/2009

Tez Danışmanı: Prof Dr. Süreyya KARAÖZ

*İş bu çalışma Jürimiz tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.*

Tez Savunma Sınavı jüri üyeleri Ünvanı Adı Soyadı		İmzası
Başkan	Prof . Dr. Süreyya KARAÖZ	
Üye (Danışman)	Prof. Dr. Süreyya KARAÖZ	
Üye	Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN	
Üye	Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE	
Üye		

ONAY

*Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.*

...../...../20

Prof. Dr. Ümit Biçer  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

### **Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Hemşire Gözlemlerinin Değerlendirilmesi**

Bu çalışma cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte gerçekleştirdikleri hemşirelik gözlemlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma tanımlayıcı tip bir araştırma olarak planlanmış ve yürütülmüştür.

Araştırmamızın evreni KOÜ Erişkin Hastanesi cerrahi servislerinde ameliyat olan ve yatan hastaların hemşire gözlem formları ve 71 hemşireden oluşmaktadır. Örneklemine ise cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin tamamı (71 kişi) oluştururken, cerrahi servislerinde yatan, ameliyat sonrası yoğun bakıma alınmadan servise gelmiş ve ameliyat sonrası 24 saatlik süreyi doldurmuş olan hastaların kayıtları incelenmiştir. Araştırma sürecinde cerrahi servislerinde çalışmakta olan 71 hemşirenin 66'sı ile görüşülmüştür. Ameliyat sonrası yoğun bakıma alınmadan servise gelen toplam 69 hastanın dosyası incelenmiştir. Her bir cerrahi servisine hasta dosyalarını incelemek üzere 1 defa gidilmiş ve bulunabilen ameliyat sonrası dönemde olup 24 saatini doldurmuş olan hastaların hemşire gözlem formları incelenmiştir. Tüm cerrahi servislerinde hemşire gözlem formlarının incelenmesi tamamlandıktan sonra hemşirelerle görüşme yapılmıştır. Hemşirelerle görüşme yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

Hemşirelerin yaşam bulgularının izlemi konusunda ifadeleri ile kayıtlarının uyduğu, ancak ifade ettikleri izlem sıklığını kayıtlara yansıtmadıkları görülmüştür. IV yol kontrolü, dren kontrolü, üriner kateter kontrolü ve bakımı, ağrı kontrolü, bulantı kusma kontrolü, nazogastrik tüp kontrolü, uygun pozisyon verme dışındaki diğer gözlemlerinin ifadeleri ile uyumadığı sonucu çıkmıştır. Bu bize hemşirelerin yaptıkları gözlemleri kaydetmediklerini ve sadece yukarıda sayılan gözlemlere önem verdiklerini göstermiştir. Yapılan gözlemlerin sıklığında ise hemşirelerin ifadeleri ile kayıtlara yansıyan gözlemlerinin kısmen uyduğu görülmüştür. Hemşirelerin %27,9'u yaşam bulguları ölçüm sıklığını uygun bulmadıkları, bütün hemşirelerin diğer gözlem sıklıklarını uygun buldukları görülmüştür. Hemşireler çoğunlukla yaptıkları gözlemleri ve sıklıklarını hekim istemi ve hasta gereksinimine göre

belirlediklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %97'si ameliyat sonrası ilk 24 saat hastaların yakından gözlenmesi/izlenmesinin önemli olduğunu ifade etmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ameliyat sonrası ilk 24 saat, hemşire, gözlemler

## ABSTRACT

### **Assessment of Postoperative Nursing Observations During The First 24 Hours After a Surgical Procedure**

This study was carried out to assess the observations of nurses working at the surgical of a clinic for the 24 hours of the operation. The study was planned and carried out as a descriptive study.

The population of the study is the patients' nursing observation records have an operation and to be under treatment in KOU Ault hospital and 71 nurses. The sample is all of the nurses working at the surgical clinic and the patients that have come to the clinic directly and passed 24 hours after the operation; the patient's records were analysed that have been under treatment. We have contact 66 of the 71 nurses while the study process. We have analysed 69 patient's records that have come to the clinic directly. We went to the all surgical clinics for one time and we analysed the patient's records who have passed 24 hours after the operation. Then we contacted to the nurses face to face.

The nurses explainings about the vital diagnosis view were consistent to the records but we find out that they dont enter all view they have done to the records. We find out that the nurses explainings about their control are not consistent to the records except IV catheter control, drainn control, ürinar catheter control and care, pain control, nousea/vomit control and position control. This shows that nurses dont record their all control and they give weight to only duties above cited. The control frequency is partly consistent to the nurses explainings. % 27 of the nurses find inexact the vital diagnosis view frequency, all of the nurses find other controls consistent. Nurses explained that they modify their controls as to doctor order and the patient's necessitiy. % 97 of nurses explained that post operative first 24 hour is imporent to control the patients.

**Key words:** First 24 hours postoperative, observations, nurses

# İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç ve Kapsam	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hemşirelik Uygulamasında Gözlem	5
2.2. Hemşirelik Uygulaması ve Kayıt	5
2.2.1. Kayıt Tutmanın Gerekçeleri	6
2.2.2. Kayıtlarda Olması Gereken Özellikler	8
2.3. Cerrahinin Birey Üzerindeki Etkileri	9
2.3.1. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması	9
2.3.2. Enfeksiyona Karşı Direncin Azalması	9
2.3.3. Vasküler Sistemin Bozulması	10
2.3.4. Organ Fonksiyonlarının Bozulması	10
2.4. Ameliyat Sonrası İlk 24 Saat Hemşirelik Gözlemleri	10
2.4.1. Yaşam Bulguları	10
2.4.1.1. Yaşam bulgularının ölçüm sıklığı	13
2.4.1.2. Periferik oksijen saturasyonu	16
2.4.1.3. Sigara kullanımı	18
2.4.2. Hava Yolu Açıklığı Kontrolü	18
2.4.3. Bilinç Kontrolü	18
2.4.4. Ekstremiteler / Duyu-Motor Kontrolü	19
2.4.5. Deri Kontrolü	19
2.4.6. Pansuman İzlemi	19
2.4.7. Yara İzlemi	19
2.4.8. Gastrik tüpün izlenmesi	20
2.4.9. IV Yol Kontrolü ve Bakımı	20
2.4.10. Mesane Kateterizasyonu	20
2.4.11. Uygun Pozisyon	21
2.4.12. Ağrı	21



2.4.13. Bulantı Kusma	22
2.4.14. Yeterli Sıvı – Elektrolit	22
2.4.15. Yeterli Renal Fonksiyon	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Türü	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Örnekleme	25
3.3. Verilerin Toplanması	28
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
KAYNAKLAR	56
EK.1. HEMŞİRELERİN AMELİYAT SONRASI İLK 24 SAATTE HEMŞİRE GÖZLEMLERİ İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELERİNİ BELİRLEMeye İLİŞKİN GÖRÜŞME FORMU	60
EK.2. AMELİYAT SONRASI İLK 24 SAATTE KAYIT EDİLEN HEMŞİRE GÖZLEMLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU	63

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Çizelge 2.1.</b> Zeitz (2000) Yaşam bulgularının ölçüm sıklığına ilişkin yaptığı araştırma sonucu elde ettiği veriler	14
<b>Çizelge 2.2.</b> Yaptığımız araştırma sonucu yaşam bulgularının ölçüm sıklığına ilişkin elde ettiğimiz veriler	15
<b>Çizelge 3.1.</b> Cerrahi servislerinde bulunan yatak sayıları, bu servislerde çalışan hemşire sayıları ve günlük ortalama ameliyat sayıları	25
<b>Çizelge 3.2.</b> Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Demografik Özellikleri (n=66)	26
<b>Çizelge 3.3.</b> Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (n=69)	27
<b>Çizelge 4.1.</b> Hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastaların yakından gözlenmesi / izlenmesi gerektiğine inanma durumu (n=66)	29
<b>Çizelge 4.2.</b> Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde hastaların yakından gözlenmesi / izlenmesine ilişkin görüşleri (n=64)	29
<b>Çizelge 4.3.</b> Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde gerçekleştirdiklerini ifade ettikleri gözlemler (n=66)	30
<b>Çizelge 4.4.</b> Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde yaşam bulgularının ölçüm sıklığına ilişkin ifadeleri (n=66)	31
<b>Çizelge 4.5.</b> Ameliyat sonrası erken dönemde hemşirelerin yaşam bulgularını izleme sıklığını uygun bulmaya ilişkin ifadeleri (n=66)	32
<b>Çizelge 4.6.</b> Ameliyat sonrası erken dönemde yaşam bulgularını izleme sıklığını uygun bulmayan hemşirelerin uygun bulmama nedenleri (n=18)	32
<b>Çizelge 4.7.</b> Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde gerçekleştirdikleri diğer gözlemler ve sıklıkları ile ilgili ifadeleri (n=66)	33
<b>Çizelge 4.8.</b> Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde hangi gözlemleri yapacağını belirleme durumu (n=66)	35
<b>Çizelge 4.9.</b> Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde yaptıkları gözlemlerin sıklığını belirleme durumu (n=66)	35
<b>Çizelge 4.10.</b> Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde gerçekleştirilmesi gereken hemşire gözlemleri ve sıklığına ilişkin bilgileri elde ettikleri kaynaklar (n=66)	36
<b>Çizelge 4.11.</b> Hemşirelerin ameliyat sonrası gözlemlerine ilişkin uygulamalarının sahip oldukları bilgilerle uygunluk durumuna ilişkin değerlendirmeleri (n=66)	36

<b>Çizelge 4.12.</b> Hemşirelerin hemşirelik kayıtlarını hasta bakım ve tedavisini yönlendirmede yararlı bulma durumu (n=66)	<b>37</b>
<b>Çizelge 4.13.</b> Hemşirelerin, hemşirelik kayıtlarını hasta bakım ve tedavisini yönlendirmede yararlı bulma nedenleri (n=66)	<b>37</b>
<b>Çizelge 4.14.</b> Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde yapmış oldukları gözlemler sonucu komplikasyon varlığını belirleme durumuna ilişkin ifadeleri (n=66)	<b>38</b>
<b>Çizelge 4.15.</b> Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde yapmış oldukları gözlemler sonucu saptadıklarını ifade ettikleri komplikasyonlar (n=66)	<b>38</b>
<b>Çizelge 4.16.</b> Ameliyat sonrası ilk 24 saatte gerçekleştirilmesi beklenen hemşirelik gözlemlerinin kayıtlara yansımaya durumu ve bu gözlemlerin ortalama sıklığı (n=69)	<b>39</b>
<b>Çizelge 4.17.</b> Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde kayıtlara yansıyan yaşam bulguları izlem sıklığı (n=69)	<b>41</b>
<b>Çizelge 4.18.</b> Ameliyat sonrası erken dönemde hemşirelik kayıtlarında hastalarda komplikasyon gelişimine ilişkin bilginin yer alma durumu (n=69)	<b>42</b>
<b>Çizelge 4.19.</b> Ameliyat sonrası ilk 24 saatte hemşire kayıtlarında yer alan hasta komplikasyonları (n=69)	<b>42</b>

## 1. GİRİŞ

Cerrahi girişim bireyi fizyolojik, sosyal ve duygusal yönden etkileyen önemli bir yaşam deneyimidir. Bireyi her açıdan yaralanmaya maruz bırakan cerrahi tedavide, istenilen sonuçlara ulaşmak için, birey ve ailesinin cerrahi girişime hazırlanması, cerrahi girişimin güvenli koşullarda gerçekleştirilmesi ve cerrahi girişim sonrası hastanın gereksinim duyduğu tedavi ve bakımın verilmesi büyük önem taşımaktadır. Hemşireler hasta ile uzun süreli ilişkiye izin veren konumları ve sahip oldukları roller gereği cerrahi sürecin her aşamasında, bakım ve tedavinin hasta yararına düzenlenmesinde anahtar kişilerdir.

Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerden cerrahi sürecin her aşamasında sistematik yaklaşımla bakım vermeleri ve diğer sağlık disiplinleri ile işbirliği içinde çalışmaları beklenir. Sistematik yaklaşım hastanın kapsamlı değerlendirilmesini, elde edilen verilerin analiz edilmesini, hastanın bakım gereksinimlerinin saptanmasını, bu gereksinimler doğrultusunda hemşirelik girişimlerinin uygulanmasını, sonuçların değerlendirilmesini ve tüm bu aşamaların kayıt edilmesini gerektirir.

Sistematik yaklaşımla bakım vermenin temelini oluşturan değerlendirme, hastanın fizyolojik, duygusal, sosyal ve manevi gereksinimlerini belirlemek için öznel ve nesnel gözlem ve ölçümleri içerir. Ameliyat sonrası erken dönem, hastanın yaşamsal önem taşıyan gereksinimlerinin olması, ve komplikasyon gelişme riskinin fazla olması nedeniyle gözlem ve izlemin en yaşamsal olduğu dönemdir. Bu nedenle hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde hastalarda komplikasyonların gelişmesini önlemek, erken fark etmek, yaranın iyileşmesini hızlandırmak için hastaların yakından gözlemlenmeleri ve gerekli girişimleri hekimle işbirliği içinde gerçekleştirmeleri gerekir. Botti and Hunt (1994) hemşirelerin %68 inin ameliyat sonrası komplikasyonları saptamak için gözlemin gerekli olduğuna inandıklarını belirlemişlerdir.

Cerrahiye bağlı komplikasyonların gelişmesini önlemede hemşirelerin hastaları yakından izlemesi önemli olmakla birlikte, literatürde cerrahi komplikasyon teriminin tanımlanmasına ilişkin fikir birliği yoktur. Sokol and Wilson (2008) “Cerrahi komplikasyon” teriminin tanımlanmasındaki güçlükler dikkat çekmişlerdir. Zeitz et al. (2004), ameliyat sonrası komplikasyon terimini, “cerrahi sonrası iyileşme döneminde hastanın fizyolojik durumunda meydana gelen değişiklikler” olarak tanımlamıştır. Bu değişiklikleri (komplikasyonları), tıbbi ve hemşirelik girişimleri gerektiren ciddi değişiklikler (kanama, solunum sorunları, yara dikişlerinin açılması vb), hastaların

ameliyat sonrası sıklıkla karşılaştıkları tahmin edilen değişiklikler (ağrı, bulantı-kusma vb) ve yaşamı tehdit etmeyen, sadece hemşirelik girişimleri ile giderilebilen değişiklikler (yara sızıntısı, senkop, gaz vb) olarak ele almışlardır.

Hemşirelik literatürüne bakıldığında ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar olarak, şok, kanama, derin ven trombozu, solunum komplikasyonları (hipoksi, ateletazi, ve pnömoni gibi), üriner retansiyon, intestinal obstrüksiyon, abdominal distansiyon, konstipasyon, bulantı ve kusma gibi komplikasyonlardan söz edildiği görülmektedir (Erdil ve Elbaş, 2001; Aksoy, 1998 ).

Ameliyat sonrası komplikasyonlarla ilgili literatür incelendiğinde farklı cerrahi girişimler sonunda gelişebilen komplikasyonların belirlenmesine yönelik çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Gamil and Fanning (1991), 2153 cerrahi hastanın %5'inde ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde ciddi (önemli) komplikasyonların geliştiğini ve bu hastaların %15'inin büyük bir ameliyat geçirdiklerini belirlemişlerdir. Chung et al. (1996), günü birlik cerrahi girişim uygulanan 1017 hastada ameliyattan 24 saat sonra en fazla ağrı, bulantı-kusma, baş ağrısı ve baş dönmesi gibi sorunların görüldüğünü ve cerrahi girişimin tipi ile ameliyat sonrası gelişen sorunların hastaların günlük yaşam işlevlerine geri dönüşünü etkilediğini belirlemişlerdir. Jawaid et al. (2004), genel cerrahi servislerinde 411 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada ameliyat sonrası en sık görülen komplikasyonların, postoperatif ateş, bulantı-kusma, yara enfeksiyonu, solunum yolları enfeksiyonu olduğunu belirlemişlerdir. Thompson et al. (2003), 1021 abdominal cerrahi girişim geçiren hasta üzerinde yaptıkları çalışmada majör komplikasyonların en yüksek oranda ameliyattan sonra 1-3. günler arasında geliştiğini ve en yaygın kompliasyonların, ameliyat sonrası ateş, bulantı-kusma, yara enfeksiyonu, solunum yolu enfeksiyonu olduğunu belirlemişlerdir. Zeitz et al. (2004), genel cerrahi servislerinde 144 hasta kayıtlarını değerlendirdiklerinde, hastalarda ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde en fazla bulantı ve kusmanın görüldüğünü belirlemişlerdir.

Yukarıda belirtilen ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi, erken tanılanması ve hastanın iyileşmesi hızlandırmak amacıyla hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde hastanın yaşam bulgularını, ağrısını, aldığı çıkardığı sıvı miktarını, drenlerini, cerrahi yara bölgesini periferik oksijen saturasyonunu, bilinç durumunu, hava yolu açıklığını, bulantı-kusma gibi durumları yakından değerlendirmeleri ve kayıt etmeleri gerekir. Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin fizyolojik değerlendirmeler yanında, hastayı ve ailesini psikolojik yönden değerlendirmeleri ve bu gereksinimlerini de dikkate almaları hastaların iyileşmelerini hızlandırmada önemli faktörlerden birisidir.

Ameliyat sonrası erken dönemde, komplikasyon gelişmesini önleme, erken fark etme ve iyileşmeyi hızlandırma amacına yönelik olan gözlem ve ölçümlerin sıklığına ilişkin olarak literatürde farklı bilgiler yer almakla birlikte ölçüm ve gözlem sıklıklarının etkisine ilişkin yeterli çalışma bulunmamaktadır. Leinonen ve Leino-Kilpi (1999), cerrahi süreçte, erişkin hastaların bakımı ile ilgili 97 bilimsel çalışmayı analiz etmiştir. Araştırmacılar, ameliyat sonrası dönemle ilgili makalelerin, anesteziye uyum ve iyileşme, ağrı, beden sıcaklığı ve hemşirelik aktiviteleri üzerinde odaklandıklarını, ameliyat sonrası ölçüm ve gözlem sıklığına ilişkin bir çalışma olmadığını belirlemişlerdir. Western Sydney Üniversitesinde uygulamalı hemşirelik araştırmaları merkezi (1998), ameliyat sonrası gözlem-ölçüm sıklığı ile ilgili yapılan çalışmaları değerlendirdiklerinde;

\*Var olan çalışmaların minör cerrahi girişim uygulanan düşük riskli hastalar üzerinde odaklandıklarını

\*Ameliyat sonrası gözlemlerin kanıttan ziyade geleneklere dayandığını

\*İstenmeyen olayların, hasta servise alındıktan sonra 2-2.5 saat içinde geliştiğini

\*İstenmeyen olaylarla ilgili yapılan tüm çalışmaların, gözlem sıklığının çeşitli derecelerde azaltılmasını önerdiklerini,

\*Ameliyat sonrası optimal ölçüm sıklığını belirlemek için daha büyük cerrahi girişim geçiren hastaları ele alan çalışmaların yapılması gerekliliğini önerdiklerini saptamışlardır (Zeitz and McCutcheon, 2006). Zeitz and McCutcheon (2006), ameliyat sonrası hemşirelik gözlemlerinin geleneklere dayandığını ve rutin olarak gerçekleştirildiğini, yaşam bulgularının ölçüm sıklığı ile komplikasyonların fark edilme ve gelişme sıklığı arasında ilişki olmayabileceğini belirlemiştir.

Yukarıda belirtilen çalışmalar, ameliyat sonrası hemşirelik gözlemlerinin önemini vurgulamakla birlikte, hemşirelerin kendi uygulamaları üzerinde düşüncelerinin ve kanıt değeri olan bilimsel çalışmaları uygulamalarına geçirmenin önemini de vurgulamaktadır. Ülkemizde hemşirelerin sayıca az olmaları, çalışma koşullarının ağır olması, hekimlerin daha baskın oldukları sağlık sistemi, hemşirelerin sistematik yaklaşımla bakım vermelerini engelleyebilmektedir. Ancak tüm olumsuzluklara karşın hemşirelerin sistematik yaklaşımla bakımın temelini oluşturan hasta gözlem ve ölçümleri bilimsel bilgiler ışığında gerçekleştirmesi, onları geleneksel uygulamalardan uzaklaştırarak daha bağımsız ve nitelikli bakım verir ve diğer sağlık disiplinleri ile işbirliği yapabilir duruma getireceği düşünülmektedir.

### **1.1. Amaç ve Kapsam**

Bu çalışmada cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte gerçekleştirdikleri hemşirelik gözlemlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmamızdaki temel sorular;

- \*Hemşirelerin hasta kayıtlarına yansıyan hemşirelik gözlemleri nelerdir?
- \*Hemşirelerin kayıtlara yansımayan gözlemleri nelerdir? Neden kayıt edilmiyor?
- \*Hemşirelerin gözlemlerin sıklığı ile ilgili bilgi ve düşünceleri neler?
- \*Hemşireler bu gözlemleri hekim isteminden bağımsız olarak mı yapmaktadır?
- \*Hemşirelere göre bu gözlemlerin değeri ve önemi nedir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Hemşirelik Uygulamasında Gözlem

Gözlem, “canlı varlıkların, dış dünyadan duyu organları aracılığı ile bilgi almalarını ya da bilimsel araçlar kullanarak verilerin kayıt edilmesini içeren bir aktivitedir”. Gözlem aynı zamanda bu aktivite sırasında elde edilen her hangi bir veriyi de ifade eder.

Türk Dil Kurumu Sözlüğüne göre gözlem; “Bir nesnenin, olayın, gerçeğin, niteliklerinin bilinmesi amacıyla, dikkatli ve planlı olarak ele alınıp incelenmesi” ve “inceleme sonucu elde edilen değer” olarak tanımlanmıştır.

Bu tanımlardan da anlaşıldığı gibi, gözlem rasgele bir aktivite değildir. Gözlem, bilgi, istek, bilinç gerektiren bir eylemdir. Hemşirelik açısından gözlem, bakım verilen bireyleri değerlendirmede vazgeçilmez bir beceridir ve sistematik yaklaşımla bakım vermenin temelini oluşturur. Hemşireler gözlem yaparak bakım verdiği bireylerin durumunu, çeşitli açılardan nesnel olarak değerlendirirler.

Uygulama alanında gözlem, görüşmenin tamamlayıcısı olduğu gibi fizik muayenenin de temelini oluşturur. Hemşireler gözlem yolu ile görerek, dokunarak, koklayarak, işiterek elde ettikleri verileri değerlendirirler. Gözlem, hastanın sadece fizyolojik durumunu değerlendirmede değil aynı zamanda sosyal ve duygusal yönünü değerlendirmede de önemli katkılar sağlar. Gözlem yolu ile elde edilen veriler, görüşme ve fizik muayene ile elde edilen verilerle birlikte hastanın durumunun daha kapsamlı olarak değerlendirilmesine yardımcı olur. Hemşirenin gözlem ve diğer yollarla elde ettiği verileri kayıt etmesi, yorumlaması ve bakımını planlaması gerekir. Ancak Ülkemizde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar, hemşireleri hekimin istemine yerine getirmekle sınırlandırmakta ve bağımsız çalışmasını engellemektedir. Hemşire gözlem formlarının da bunu doğrular nitelikte olduğunu söyleyebiliriz.

### 2.2. Hemşirelik Uygulaması ve Kayıt

İnsan sağlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri düzenli bir biçimde kapsamına alan belgelere ‘tıbbi doküman, bu bilgilerin bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, yeniden düzenlenmesi, saklanması ve gereği halinde hizmete sunulması ile ilgili işlemlerin hepsine birden “tıbbi dökümantasyon” adı verilmektedir (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000).

Türk Standartlar Enstitüsü 1996’da yayınladığı ‘Hastanelerde Akreditasyon’ tasarısında tıbbi kayıt; ‘Hastanın hastalığının seyrini takip eden periyodik gelişme notları



dahil olmak üzere hastanın bakımı ile ilgili bütün sağlık disiplinleri tarafından gerçekleştirilen bütün teşhis ve tedavi faaliyetlerinin organize edilmiş raporudur' diye tanımlamaktadır (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000).

Kayıt tutma hasta bakımı ve hemşireliğin fonksiyonlarını göstermek açısından büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik uygulamaları ancak kayıt edildiğinde görülebilir, ölçülebilir, değerlendirilebilir, karşılaştırılabilir, denetlenebilir ve geliştirilebilir. Eğer hemşirelik bakımı kayıt edilmezse hem verilen kararın doğruluğunu kanıtlamak hem de hemşirelik bakım faaliyetinin temeli hakkında ilişki kurmak zordur. (Karkkainen and Eriksson, 2005).

Çağımızda özellikle sağlık kurum ve kuruluşlarının faaliyetlerinin planlanması, eşgüdüm ve denetiminin sağlanması, yönetimi, kurum ve kuruluşların kendi çevrelerinden ve alt sistemlerinden elde edecekleri bilgilerin niteliğine ve bunların değerlendirilmesine bağlıdır. Gerekli bilgilere ulaşabilme sağlık kurum ve kuruluşlarında her tür bilginin kaydını ve saklanmasını gerektirir (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000).

Tarihsel süreç içinde, hemşirelik uygulamasında gözlem ve kayıt birlikte önem kazanmıştır. Hemşirelikte kayıt tutma, hastaya sağlanan bakımı ya da hizmeti tanımlayan yazılı bilgiyi ifade eder. Sağlık kayıtları kağıt ya da elektronik dokümanlar olabilir. Kayıtlar aracılığı ile hemşireler, hasta ile ilgili gözlemlerini, kararlarını, eylemlerini ve sonuçlarını birbirleri ile ve diğer sağlık çalışanları ile paylaşırlar. Kayıtlar, bakım verilen bireye ne olduğunun ve ne zaman olduğunun geçerli bir göstergesidir.

### **2.2.1. Kayıt Tutmanın Gereçekleri**

Hemşirelikte kayıt tutma birçok önemli işleve sahiptir. Bunlardan bazıları aşağıda verilmiştir.

-İletişimi kolaylaştırır

Kayıtlar, hastaların sağlık durumları, gerçekleştirilen hemşirelik girişimleri ve bu girişimlerin sonuçları konusunda hemşirelerin birbirleri ile iletişim kurmasını sağlar. Bu iletişim aracılığı ile hastaların bakımında süreklilik sağlanmış olur. Doğru kayıt tutma, yanlış anlamaları ve hataları da azaltır.

-Etkili bakımı artırır.

Kayıt tutma, hemşireleri hastanın gelişimini değerlendirme ve hangi girişimlerin etkili hangilerinin etkisiz olduğunu belirleme ve bakım planında gerekli olan değişiklikleri fark etme ve kayıt etme için cesaretlendirir. Kayıtlar aynı zamanda hemşirelik araştırmalarını kolaylaştıran değerli veriler olarak fonksiyon görürler. Hemşireler hasta

sonuçlarına ilişkin bilgilerden yararlanarak uygulamaları ile ilgili değerlendirmeler yapabilirler ve bu değerlendirme sonuçlarına göre hemşirelik uygulamasında bazı değişiklikleri gerçekleştirebilirler.

-Mesleki ve yasal standartların karşılanmasını sağlar.

Kayıt tutma hasta hemşire ilişkisi içinde, hemşirenin bilgi ve becerisini kullandığı ve mesleki standartlara göre karar verdiğini göstermek için değerli bir yöntemdir. Hemşirenin kayıtları yasal süreçlerde kanıt olarak kullanılabilir.

Hemşireler hizmet verdikleri birey ya da gruplar ile ilgili bilgilerini kayıt edebilirler.

Bireysel Kayıtlar; Hemşireler hastalara bakım verirken hasta ile ilgili kayıt ettikleri bilgiler, hastanın durumunu, hemşirenin gerçekleştirdikleri eylemleri ve sonuçlarını yansıtır. Hemşirelik kayıtları aşağıda belirtilen durumları içerir.

-Hastanın sağlık durumunun değerlendirilmesi, gerçekleştirilen hemşirelik eylemleri ve bu girişimlerin hasta üzerindeki etkisi

-Hastanın gereksinimlerini ve hedefleri belirten plan

-Hekim ya da diğer sağlık disiplinlerine iletilen bilgiler

-Hasta yararına hemşire tarafından üstlenilen savunma (CRNBC 2007).

Gruba ait Kayıtlar; Hemşire hasta ya da sağlıklı bireylerden oluşan bir gruba hizmet verdiğinde (terapi grupları, toplum sağlığı programları vb.) benzer şekilde grubun gereksinimleri, planlar, gerçekleştirilen eylemler ve sonuçların kayıt edilmesi gerekir. Gruba sağlanan hemşirelik hizmetlerinde kayıtlar şunları içerir;

-Grubun amacı ve hedefi

-Gruba katılım kriterleri

-Girişimler ve grup süreçleri

-Grubun sonuçlarının değerlendirilmesi (CRNBC 2007).

Ülkemizde genel olarak, hastalara kullanılan ilaç ve malzemeler bilgisayar ortamında kayıt altına alınmaktadır. Bunun dışında hemşireler, yaygın olarak, hekim isteminin yer aldığı, yaşam bulgularının kayıt edildiği ve bazı bakım aktivitelerinin onaylandığı formları kullanmaktadırlar. Bu formlar hemşirenin bağımsız olarak gerçekleştirdiği hasta değerlendirmesine, hastanın gereksinimlerine ve hemşirelik girişimlerine neredeyse yer vermemektedir. Ülker (1985)'in hemşire gözlem formlarının hekim istemini yansıtmaktan öteye geçemediğini gösterdiği çalışmanın üzerinden 24 yıl geçmesine rağmen köklü bir değişikliğin olmadığı söylenebilir. Halbuki hemşirelik kayıtları, düzenli olarak ve zamanında gerçekleştirilen hemşirelik değerlendirmesini,

hastaların gereksinimlerini, planlanan/uygulanan hemşirelik girişimlerini ve girişimlerin hasta üzerindeki etkilerini içermelidir. Tüm bu aktiviteler hemşirenin akıl, bilgi ve becerilerini devreye sokarak sistematik yaklaşımla verdiği/vermesi gereken bakımın kayıt edilmesi anlamına gelmektedir. Ancak, sağlık sisteminden, buna bağlı olarak çalışma ortamından ve hemşirelerden kaynaklanan nedenlerle hemşirelerin sistematik yaklaşımla bakım vermelerinin, yeterince hayata geçemediği ve bunun da doğal olarak kayıtlara yansımadağı düşünülmektedir.

### **2.2.2. Kayıtlarda Olması Gereken Özellikler**

Hemşire olabileceğini tahmin ettiği ya da başka bir hemşirenin tanımladığı bilgileri değil sadece kendi gözlem ve ölçümleri ile elde ettiği objektif verileri kaydetmelidir. Kabul edilebilir semboller kullanılmalıdır. Doğru heceleme ve okunabilir el yazısı doğru kayıt için önemlidir. Basit heceleme yanlışları ciddi tedavi yanlışlıklarına neden olabilir. Hemşire, hastaya ne yaptığını tam ve eksiksiz olarak kayıt etmelidir. Hemşirenin yaptığı kayıt, ileri dönemlerde hemşireyi yasal olarak koruru ve yasal dayanak sağlar.

Hasta kayıtlarındaki herhangi tamamlayıcı bir bilgi; bakımı verenin tam olarak görevini, statüsünü ve imzasını gerektirir. Hemşirenin tıbbi kayıtlarda dikkatli olması; Bilgi ve deneyimleri birikiminde, sorunlara bütüncül yaklaşımlarını ifade eder. Hemşire hastasının hastaneye/servise kabulü, tanısı, tedavisi, taburcu olması gibi durumlarda ani gelişebilecek sorunları hemen fark edebilmeli; ne yapılacağı konusunda doğru karar verme, nasıl, ne şekilde hareket edeceği ve durumu hemen kayıt etmesi gerektiğini bilmelidir (Törnvall and Wilhelmsson, 2007).

Güvenilir bir iletişim; bir kişiden diğer bir kişiye verilen doğru, anlaşılır ve gerçek bilgiyi yansıtır. Kanunlar, hasta muayenesi, gözlem, hasta anemnezi, tedavi-bakım sırasında hasta hakkındaki elde edilen bilgileri korur. Dolayısı ile hemşireler diğer sağlık ekibi üyeleri gibi yasal zorunluluk veya etik olarak hastanın hastalığı, uygulanan tedavi ve bakım hakkındaki bilgileri korumaya ve ilgisi olmayan kişilere söylememeye zorunludurlar.

Hemşire hasta kayıtlarının gizliliğinin sağlanması ve sürdürülmesinden sorumludur. Tıbbi kayıtlar doğru, tamamlayıcı ve eksiksiz olmalı; hastanın hastaneye yatışından çıkışına kadar olan hemşirelik sürecinin her aşamasında doğru ve tam olarak tutulmalıdır.

Sonuç olarak; kayıt formlarının etkin kullanımı hemşirelerin mesleki bilgi ve beceri donanımlarının yeterli olmasına ve bunları uygulama alanına aktarabilmek için, çaba harcamalarına bağlıdır.

### **2.3. Cerrahinin Birey Üzerindeki Etkileri**

Cerrahi girişim, insan bedeni üzerinde gerçekleştirilen planlı anatomik değişiklik olarak tanımlanabilir. Cerrahi girişim bireyi bütün olarak etkileyen önemli bir yaşam deneyimidir. Her cerrahi girişimin kendine özgü etkileri olmakla birlikte, cerrahi girişim bazı genel etkilere sahiptir. Bu etkiler; ameliyata karşı stres tepkisi oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesi olarak değerlendirilebilir (Erdal, 1993 alıntı Kayhan 2003; Erdil ve Elbaş, 2001).

#### **2.3.1. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması**

Stres tepkisi, çeşitli fizyolojik ve psikolojik faktörlerin (stresörlerin) neden olduğu sinirsel ve hormonal (nöro-endokrin) değişiklikleri ifade eder. Ameliyata bağlı stres tepkisinin oluşmasında, cerrahi travmanın kendisi ve hastaya ilişkin psikolojik (anksiyete, bilinmeyen korkusu gibi) faktörler rol oynamaktadır. Ameliyat için hastanede yatmak, pek çok kişi için orta derecede stres yaratabilir. Ameliyat olmayı beklemek preoperatif dönemde nöro-endokrin tepkinin gelişmesine neden olabilir ve bu durum hem fizyolojik olarak örneğin kalp hızının artması, kan basıncının yükselmesi hem de psikolojik olarak iştahsızlık ve halsizlik belirti ve bulgularıyla izlenir.

Cerrahi girişimin kendisi de hastada stres tepkisinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Cerrahi travma, hipotalamus aracılığıyla hem hipofizi hem de sempatik sinir sistemini uyararak çeşitli hormonların etkisiyle de stres tepkisinin birbirini izleyen çeşitli kardiyovasküler ve metabolik değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olur.

Stres tepkisi, bedeni ameliyat travmasından korur ve homeostatik dengenin sürdürülmesi, geniş ölçüde stres tepkisinin etkinliğine bağlıdır. Bu tepkini etkinliği ise, ameliyat olacak kişinin yaşı, fizyolojik ve psikolojik durumu ve stresin süresiyle ilişkilidir (Erdal, 1993; Pektekin, 1996 alıntı Kayhan, 2003; Erdil ve Elbaş, 2001).

#### **2.3.2. Enfeksiyona Karşı Direncin Azalması**

Bedenin mikroorganizmalara karşı ilk savunma hattını deri oluşturur. Ameliyat, derinin oluşturduğu bu savunma hattını bozarak enfeksiyona neden olabilir. Sağlık ekibi üyeleri enfeksiyonu önleyici tedbirler alsalar bile, ameliyat olacak hasta için enfeksiyon riski her zaman vardır (Erdil ve Elbaş, 2001).

### **2.3.3. Vasküler Sistemin Bozulması**

Ameliyat sırasında dokuların kesilmesi kan damarlarının da kesilmesine neden olur. Kan kaybını azaltmak için büyük damarlar kesilmeden önce klemplenir. Tüm ameliyatlarda bir miktar kan kaybı olur. Kan kaybının en aza indirilmesi ya da kontrol edilmesi hemostaz olarak bilinir. Aşırı kan kaybı ameliyat sırasında ya da ameliyat sonrası dönemde şoka neden olabilir (Erdil ve Elbaş, 2001).

### **2.3.4. Organ Fonksiyonlarının Bozulması**

Ameliyat sırasında organların ellenmesi, organ fonksiyonlarının geçici bir süre bozulmasına neden olabilir. Örneğin, batin ameliyatlarından sonra bağırsak hareketleri bir süre durabilir. Bazen ameliyatla organın bir kısmı ya da tamamı çıkartılabilir. Böyle bir durumda bedenin fizyolojik fonksiyonları etkilenebilir. Beyin tümörü ameliyatında; kol ya da bacaklarda kuvvet kaybı, felç ve görme bozuklukları gelişebilir (Erdil ve Elbaş, 2001).

## **2.4. Ameliyat Sonrası İlk 24 Saat Süresince Hemşirelik Gözlemleri**

Hemşireler bir hastanın ameliyat sonrası dönemdeki iyileşme süresinin farkındadır, ancak ameliyat sonrası 24 saat en kritik dönemdir. Bu dönem anesteziye bağlı komplikasyon gelişme riskinin en fazla olduğu dönemdir. Bu dönemde hastaları gözlemek, özellikle komplikasyonların gelişimini önlemek açısından son derece önemlidir. Bu dönem süresince değerlendirme fizyolojik dengeyi sağlamak, ağrıyı azaltmak, komplikasyonları önlemek için yol göstericidir. Bu dönemde hemşire aşağıda belirtilen gözlemleri gerçekleştirmelidir.

### **2.4.1. Yaşam Bulguları**

Yaşam bulguları, vücudun en önemli işlevlerinin ölçümüdür. Yaşam bulguları genellikle kan basıncı, vücut sıcaklığı, nabız ve solunumdan oluşan fiziksel belirtiler adı altında kullanılır. Bu belirtiler vücudun hayati organları olan beyin, kalp ve akciğerler tarafından yönetilen fizyolojik durumu gösterirler. Vücut fonksiyonlarındaki herhangi bir değişiklik normal değerlerden sapmalara neden olur. Bu sapmalar hastalık belirtileridir. Kan basıncı, vücut sıcaklığı, nabız ve solunum vücudu etkileyen anormal durumu gösterdiğinden hastanın gözlenmesi ve sağlık durumunun tam değerlendirilmesinde büyük önem taşır. Evans et al. (1999), hasta fizyolojisindeki değişiklikleri saptamak bakımından yaşam bulgularını kontrol etmenin yeterli olmadığını ve hemşire araştırmalarının hasta

gereksinimlerine bakmaksızın yaşam bulgularının rutin olarak ele alındığını gösterdiğini tanımlamıştır.

Hemşirelerin yaşam belirtilerini etkileyen değişkenleri, hastanın genel durumundaki değişikliklerin yaşam belirtilerine nasıl yansıtıldığını, aralarındaki ilişkinin ne olduğunu ve yaşam belirtilerindeki değişikliklere yönelik hemşirelik girişimlerinin neler olduğunu da bilmesi gerekir.

**Vücut Sıcaklığı;** İnsan sabit vücut sıcaklığı gerektiren canlılardandır. Vücut sıcaklığı, ısı üretimi ve kaybı arasındaki dengeden oluşur. Vücut sıcaklığı, iç sıcaklık ve yüzey sıcaklığı olmak üzere iki tip sıcaklığı içerir. Vücudun iç sıcaklığı derin dokuların sıcaklığıdır ve  $37\text{ C} \pm 0,2\text{ C}$  ile sabit tutulur. Buna karşın yüzey sıcaklığı çevre faktörleriyle ilişkili olarak düşer veya yükselir (King, 2004).

Organizmada doku ve hücrelerin en uygun olarak işlevlerini gerçekleştirebildiği sıcaklık değeri oldukça dar bir dağılım gösterir. Organizma yalnızca 35-43 C arasında canlılığını sürdürebilir. Ameliyat sonrası hastada, hipertermi (ilk 48 saat içinde 38 derecenin üstüne çıkan atelectaziye bağlı olur), malign hipertermi (anestezi esnasında ve anesteziden hemen sonra oluşan yüksek ateş tablosudur, nadir görülür ve çok tehlikelidir) ve hipotermi (anestezi nedeniyle hareketsizlik, geniş cilt alanının açık kalması, sıvı buharlaşması, kan ve serumların soğuk verilmesi, ameliyatın uzaması gibi faktörler neden olur) gibi sorunların olacağından hastada vücut sıcaklığının takibi son derece önemlidir (King, 2004).

Vücut sıcaklığında meydana gelen değişiklikler, yaşamı tehlikeye sokabilmektedir. Bu nedenle önlenmesi ve erken fark edilmesi önem taşır. Vücut sıcaklığında meydana gelebilecek değişikliklerin önlenmesi için, ameliyat sırasında ve sonrasında vücut sıcaklığının sürekli olarak izlenmesi ve normal sınırlarda tutulması gerekir.

**Nabız;** kalbin sol ventrikülünün sistolü sırasında aortaya attığı kanın damar duvarına yaptığı basıncın deri yüzeyinden hissedilmesidir. Normal nabız hızı değerleri yetişkinde dakikada 60-100 atımdır. Dakikadaki atım hızının 60 atımın altına inmesine bradikardi, 100 atımın üzerine çıkmasına ise taşikardi denir.

Kardiyak debi kalbin bir dakikada aortaya pompaladığı kan miktarıdır.

Kardiyak debi = strok volüm x nabız hızı

Strok volüm ise kalbin sol ventrikülünün bir sistol ile aortaya attığı kan miktarıdır.

Formülde görüldüğü gibi nabız hızı, kardiyak debi ile doğru, strok volüm ile ters orantılıdır. Örneğin, organizmadan kan kaybı olduğunda strok volüm azalır. Ancak organizma her zaman hücrelerin yeterli kanlanmasını sağlamaya çalıştığı için nabız hızını

arttırır. Böylece kardiyak debiyi düşürmeyerek hücrelerin gereksinimi olan oksijeni sağlamaya çalışır. Ayrıca metabolizma hızının arttığı durumlarda da nabız hızı artar. Örneğin vücut sıcaklığındaki her 0.6 C lik artış nabız hızını 7-8 atım arttırır (Ömür, 2004).

Nabız hızı kadar ritmi ve dolgunluğu da önemlidir. Aritmik nabız kardiyak bir sorunu gösterebilir. Nabızın dolgunluğu ise kalbin sol ventrikülünün kontraksiyon gücünü ve dolaşımdaki sıvı volümünü yansıtır. Zayıf ve hızlı nabza filiform nabız denir. Filiform nabız, şok, kalp yetmezliği, içe ya da dışa olan kanamalarda gelişir. Nabız sadece hız değil ritim ve dolgunluk açısından da değerlendirilmelidir (Ömür, 2004). Ameliyat sonrası erken dönemde, nabız hızı, ritmi ve dolgunluğu değerlendirilerek kayıt edilmeli ve anormal bulgular belirlendiğinde olası nedenler araştırılmalı ve hekimle işbirliği yapılmalıdır.

Ameliyat sonrası taşikardinin (nabızın dakikada 110'un üzerinde olması) nedenleri:

- Ameliyat sırası ya da sonrasında kan kaybı,
- Kardiyak aritmi,
- Yüksek ateş,
- Atektazi, pnömoni, pnömotoraks,
- Yetersiz ventilasyona bağlı oksijenasyonda düşme olabilir. Nedene göre tedavi

ve bakım gerçekleştirilir.

**Solunum;** organizma ve çevresi ile oksijen ve karbondioksit gazlarının değişimidir. Bu işlem akciğerlerdeki alveollerde meydana gelmektedir. Solunumun kontrolünde düzenleyici rolü, beyin sapında bulunan solunum merkezi üstlenmektedir. Bu merkez kandaki CO<sub>2</sub> konsantrasyonuna karşı çok hassastır. CO<sub>2</sub> miktarı arttığı zaman solunum sayısı ve derinliği artarken, azaldığında solunum sayısı ve derinliği azalır. Ameliyat ve anestezi, solunum sistemi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Genellikle ameliyat sonrası anestezinin etkisi ile solunum yavaş ve derindir. Solunum fonksiyon yetersizlikleri pulmoner bir sorun kadar kardiyovasküler bir sorunu da işaret edebilir. Hekim ivedilikle bilgilendirilmelidir.

Ameliyat sonrasında hızlı ve yüzeysel solunumun nedenleri:

- Kanama nedeniyle solunum hareketlerinin kısıtlanması,
- Kanama, şok ve oksijen azlığı,
- Solunum sistemi depresyonu,
- İnterkostal kasların paralizisi.

Yetersiz pulmoner fonksiyonun nedenleri:

- Ağız ve boğazda mukus birikimi,

- Mukus ya da kusmuğun aspire edilmesi,
- Yutma refleksi kaybı,
- Entübasyon ya da anestetiklerin tahriş etkisi,
- Öncesi kontrol altına alınmamış solunum sistemi hastalıkları,
- Uzun süre sigara içme, gastrik sıvının aspire edilmesi, sonucunda oluşabilir.

(Kilinç, 1995; Aksoy, 1998; Pellegrini, 1985).

**Kan basıncı;** arteriyel kan basıncı, ventriküllerden arterlere atılan kanın, arter duvarına yaptığı basınçtır. Düşük kan basıncı acil yardım gerektirdiği gibi yüksek kan basıncı da kardiyovasküler, renovasküler, serebravasküler ve diğer vasküler hastalıklar için risk oluşturur.

Kan basıncı, kardiyak debi, periferik vasküler direnç, kan volümü, kanın viskozitesi ve damar duvarının elastikiyeti gibi çeşitli faktörlerin ilişkisini yansıtır. Kan basıncını şu formülle ifade edebiliriz.

$$\text{Kan basıncı} = \text{kardiyak debi} \times \text{periferik vasküler direnç}$$

Formülden de anlaşılacağı gibi kardiyak debi ya da periferik vasküler direncin herhangi birisindeki artış kan basıncını da arttırır.

Arteryel kan basıncı uygun sıklıkta ölçülerek kaydedilir.(Zaman direkife göre değişebilir).

- Sistolik basınçta 20 mm Hg düşme
- Sistolik basıncın 90-80 mm Hg altına düşmesi
- Her ölçümde 5–10 mm Hg'lik düşüş olması anormal kan basıncı olarak düşünür, derhal hekimi bilgilendirilir, nedenleri araştırılır.

Nedenleri:

- Yüksek dozda premedikasyon,
- Kas gevşeticiler, spinal anestezi,
- Ani pozisyon değişiklikleri,
- Kan kaybı, kötü ventilasyon olabilir. Derhal gerekli önlemler alınır (Kilinç, 1995; Aksoy, 1998).

#### 2.4.1.1. Yaşam bulgularının ölçüm sıklığı

Cerrahi ile ilgili kaynaklar incelendiğinde yaşam bulgularının ölçüm sıklığı ile ilgili fikir birliğine ulaşılamamıştır. Evans et al. (1999) yaşam bulgularının ölçümünün birçok yönleri üzerine yapılan birçok çalışma olmasına karşın, ortalama ölçüm sıklığı ve hasta



gözleminde yeni teknolojinin rolü gibi genel konularla ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu söylemişlerdir. Evans et al. (1999) yaşam bulguları üzerine literatürün sistematik bir eleştirisini yaptılar ve literatürün çoğunun sıklıklarla ilgili konulardan çok önlemlerle ve tekniklerle ilgili olduğunu buldular.

Ameliyat sonrası yaşam bulgularının ölçüm sıklığına ilişkin olarak, Zeitz (2000) tarafından yapılan literatür incelemesi ve bizim yaptığımız literatür incelemesinden elde edilen veriler aşağıda belirtilmiştir.

**Çizelge 2.1. Zeitz (2000) Yaşam bulgularının ölçüm sıklığına ilişkin yaptığı araştırma sonucu elde ettiği veriler**

Konu Yazarları	Konu Başlıkları	Davis & Nomura (1990) içerisinde konudan bahsetme	Konular Zeitz (2000) tarafından yeniden incelendi	Öneriler
Brunner & Suddarth	Textbook Medical – Surgical Nursing	1982	2000 Smeltzer & Bare	Kan Basıncı ve Solunum ilk 2 saat 15 dakikada bir daha sonraki 2 saat 30 dakikada bir daha sonra 24 saate kadar 4 saatte bir
Brunner & Suddarth	Lippincott Manual of Nursing Practice	1982	1996	Stabil olana kadar sık takip edilmeli
Philips, Long, Woods	Medical – Surgical Nursing Concepts and Clinical Practice	1979	1987	1979-Sıklıkla ilgili öneri yok 1987-Gözlem sıklığı ile ilgili öneri yok
Saxton, Pelikan, Nugent	Same authors different book. 1990 excludes Hyland.	1983 Manual of Nursing Practice	1990 Mosby's Comprehensive Review of Nursing	Kan Basıncı ve Nabız sıklık aralığı aşağı-yukarı her 15 dakikada bir
Diekelmann Bennet et al	Fundamentals of Nursing	1980	Yeni yayın bulunamadı	
Lewis, Heitkemper, Dirksen	Medical Surgical Nursing Assessment & Management of Clinical Problems		2000*	2-4 saat 15 dakikada bir
Black Matassarini Jacobs	Medical Surgical Nursing: clinical management for continuity of care		1997*	Sıklığı ile ilgili öneri yok
Crisp & Taylor	Potter and Perry's Fundamentals of Nursing		2000*	İlk 4 saat, saatte bir daha sonra 4 saatte bir

**Çizelge 2.2. Yaptığımız araştırma sonucu yaşam bulgularının ölçüm sıklığına ilişkin elde ettiğimiz veriler**

<b>Yazar</b>	<b>Konu Başlıkları</b>	<b>Başka bir çalışmadan bu konuyu elde etme</b>	<b>Öneri ve yapılan çalışma sonuçları</b>
G. Aksoy 1998	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı		Kan basıncı ve solunum 15 dakikada bir ölçülmeli. Zaman direktife göre değişir.
	Centre for Applied Nursing Research 1998	A Comparison of Evidence Based Regime With the Standard Protocol for Monitoring Postoperative Observation (Fernandez R.) 2004	İlk 2 saat yarım saatte bir, daha sonra 24 saate kadar 4 saatte bir
Litwack 1997; Wipke-Tevis 1999		A Comparison of Evidence Based Regime With the Standard Protocol for Monitoring Postoperative Observation (Fernandez R.) 2004	İlk 4 saat ateş sıkça ölçülmeli
Fernandez R. 2004	A Comparison of Evidence Based Regime With the Standard Protocol for Monitoring Postoperative Observation		Yapılan çalışma sonucu: Grup1: 24 saate kadar 4 saatte bir Grup2: İlk 2 saat saatte bir, daha sonra 24 saate kadar 4 saatte bir
Zeitz and McCutcheon 2002	Policies that drive the nursing practice of postoperative observation		Yapılan çalışma sonucu: Hemşirelerin % 27 si ilk 4 saat saatte bir daha sonra 4 defa 4 saatte bir %10 u ilk 2 saat yarım saatte bir, 4 saat saatte bir, daha sonra 4 saatte bir % 8 i ilk 4 saat saatte bir, 4 saat 2 saatte bir, daha sonra 4 saatte bir % 8 i ilk 2 saat yarım saatte bir, 2 saat saatte bir daha sonra 4 saatte bir % 8 i ilk 6 saat saatte

			bir, 4 saat 2 saatte bir, daha sonra 4 saatte bir
Armstrong et al. 2008	Making Sense of Vital Sign		Bulgular normal ise saatte bir anormal bulgu var ise 15 dakikada bir ölçülmeli
Davis et al. 1990	Vital Sign of Class 1 Surgical Patients;		İlk saat 15 dakikada bir, 2 saat yarım saatte bir, 1 saat saatlik, daha sonra 4 defa 4 saatte bir
Schumacher SB 1995	Monitoring Vital Signs to Identify Postoperative Complications		İlk saat 15 dakikada bir, 2 saat yarım saatte bir, 1 saat saatlik, daha sonra 4 defa 4 saatte bir
Gayle McKenzie, Tanya Porter 2007	Clinical Companion: Medical-surgical Nursing		İlk saat 15 dakikada bir, daha sonra 3 saat 30 dakikada bir
Evans et al. 1999	Vital Signs		Sıklığı ile ilgili öneri yok
Kilinç G, 1995	Cerrahi kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakımına ilişkin Bilgi ve Uygulama düzeyleri		Yapılan çalışma sonucu: Hemşirelerin %72 si ilk 2 saatte 15 dakikada bir, sonraki 2 saatte 30 dakikada bir daha sonra 24 saate kadar saatte bir % 28 i ilk 2 saat, saatte bir, sonraki saatlerde 2-4 saat aralarla

Bulgulardan da anlaşılacağı gibi öneriler ve yapılan araştırma sonuçları, yaşam bulgularının ölçüm sıklığının genellikle; 1. saat 15 dakikada bir, 2. saat yarım saatte bir veya 15 dakikada bir, 3. saat yarım saatte bir, 4. saat saatlik ve daha sonra 4 saatte bir olması gerektiğini göstermektedir.

Ameliyat sonrası hemşirelik gözlemlerinin önemli bir bölümünü içeren yaşam bulgularının, sadece, kan basıncı, vücut sıcaklığı, nabız ve solunum ile sınırlı olmaması gerektiğini ve yaşam bulguları içine, hastanın klinik durumuna göre diğer gözlemlerin eklenebileceğini öne sürmüşlerdir. Bu gözlemler; hastanın beslenme durumu, sigara içme durumu, periferik oksijen saturasyonu olarak belirtilmektedir (Evans et al, 1999).

#### 2.4.1.2. Periferik oksijen saturasyonu

Geleneksel yaşam bulguları vücut sıcaklığı, nabız, solunum ve kan basıncından oluşmaktadır. Son zamanlarda bu 4 parametreye periferik oksijen saturasyonu da eklenmiştir (Simon ve Clark, 2002 alıntı Hakverdioğlu, 2007). Son 10 yıldır acil tıbbi ortamlarda pulse oksimetrelerin kullanımı artmış ve yaygın hale gelmiştir (Nuhr et al. 2004

alıntı Hakverdioğlu, 2007; Giuliano ve Higgins 2005). Zeitz and McCutcheon (2006), yaptıkları araştırmada ameliyat sonrası ilk 4 saatte hastaların %93'üne periferal oksijen saturasyonu takibi yapıldığını, 5. saatte 24. saate kadar bunun %50'ye kadar düştüğünü gözlemlenmişlerdir.

Kliniklerde pulse oksimetre kullanımının hasta ve sağlık ekibi açısından önemli yararları bulunmaktadır. Hastalarda hipoksemiye gözlem yoluyla belirlemek oldukça zordur. Genellikle hastanın cilt renginde herhangi bir değişiklik olmadan ve oksijen saturasyonu %80-%85'in altına düşmeden önce hipoksi belirlenmemektedir (Giuliano ve Higgins 2005; Jubran 1999). Hasta izlemi sırasında pulse oksimetre kullanımı; özellikle hipoksik durumların erken dönemde belirlenmesinde, müdahale edilmesinde, hasta izleminde tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde ve hasta güvenliğini arttırmada çok önemlidir (Hinkelbein et al. 2006; Sun et al. 2003). Simon ve Clark (2002) çalışmasında, pulse oksimetrelerin kullanımının %37 oranında arteriyel kan gazı analizi gereksinimini azalttığını belirtmişlerdir (Hakverdioğlu, 2007).

Periferal oksijen saturasyonunun değerlendirilmesinde pulse oksimetrenin kullanılması, hastaya invaziv bir girişim yapılmadan saturasyon ve nabzın her ikisinin birden sürekli non-invaziv ölçümünü sağlamaktadır. Çünkü arteriyel kanda hemoglobindeki oksijen saturasyonu kan örneği alınarak ölçülmektedir. Arteriyel kan gazı analizi için kan örneği alma hastaya ağrı veren, enfeksiyon, ciddi yaralanmalar, lokal hematoma, arter yırtılmaları, kanama, anevrizma oluşumu ve embolizasyona neden olan bir işlemdir. Ayrıca hepatit B, C ve HIV gibi kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından sağlık personeli de risk altındadır (Woodrow, 1999).

Pulse oksimetre kullanımının gerekli olduğu durumlar;

- Analjezikler, sedatifler, vazodilatatörler ve inotrop gibi ilaçlar yetişkin ve çocuklarda oksijenasyonda değerşikliklere neden olabilmektedir. Bu değerşiklikler diğer yöntemlere göre pulse oksimetre kullanılarak daha hızlı bir şekilde belirlenebilmektedir.

- Yoğun bakım gerektiren yetişkinler ve çocuklarda, özellikle oksijenasyonu dalgalı, düşük veya yüksek olan sedatize edilmiş hastalarda, pulse oksimetre kullanımı hipokseminin ciddi sonuçlarının azaltılmasını, düzeltilmesini ve erken belirlenmesini sağlamaktadır.

- Santral kateter yerleştirilmesi, bronkoskopi, endoskopi ve kardiyak kateterizasyon gibi invaziv işlemler sırasında (trendelenburg pozisyonu, yüzüstü pozisyon, işlemin uzunluğu ve işlem sırasında analjezik ve sedatiflerin kullanılması) hastanın

hipoksemi riski arttığı için oksijen saturasyonu pulse oksimetre kullanılarak daha iyi değerlendirilir (Hakemi ve Bender 2005 alıntı Hakverdioğlu, 2007, Woodrow 1999).

### **2.4.1.3. Sigara kullanımı**

Sigara kullanımının önemli bir risk olduğu hastayla ilk karşılaştığı süreden itibaren değerlendirilir ve sigarayı bırakma ve rehberlik işlemleri sağlık çalışanları tarafından sağlanabilir. Bu parametre yaşam bulguların veya hasta gözlemlerinin genel kapsamı içine uymazken, hastanın ilk değerlendirilmesi süresince önemli bir rolü vardır

### **2.4.2. Hava Yolu Açıklığı Kontrolü**

Hastanın temel fizyolojik gereksinimleri içinde en önde karşılanması gerekli olan, soluk alma gereksinimindeki yetersizliklerin, neden ne olursa olsun acil olarak karşılanması ve solunumun yeterli düzeyde sürdürülmesinin en kısa zamanda sağlanmasıdır. Bunun içinde sadece solunum ölçmek yeterli değildir. Solunum ve dolaşımın en iyi göstergeleri olduğu için hasta, huzursuzluk, zorlu solunum, ürkeklik, hızlı nabız sayısı ve arteriyel basınç açısından yakından gözlenmeli ve doğru bir kayıt sistemi gerçekleştirilmelidir.

### **2.4.3. Bilinç Kontrolü**

Bilinç, kişinin bireyin kendisinin ve çevresinin farkında olma durumudur. Aşağıda yer alan sorular hastanın bilincinin değerlendirilmesinde yardımcı olur.

- Dolaşım ve solunum yeterli mi? Hava yolu açık mı? Cilt, mukoz membran ve tırnak diplerinin rengi normal mi?
- Kalp hızı azalıyor mu? Nabız basıncı (sistolik ve diastolik basınç arasındaki fark) artıyor mu?
- Pupil kontrolü (büyüklük, eşitlik ve ışığa reaksiyon) normal mi? Kornea refleksi var mı? Göz hareketleri normal mi?
- Göz kırpması, korneal refleksi, öğürme refleksi, yutkunma gibi normal refleksler var mı? Herhangi bir anormal refleks (ör: babinski) var mı?
- Hastanın başı, gövdesi, ekstremiteleri hangi pozisyonudadır? Hasta bu pozisyonu değiştiriyor mu? Ense sertliği var mı? Felç durumu var mı? Hasta istemsiz hareketler yapıyor mu?
- İnkontinans var mı? Abdominal distansiyon var mı?
- Sıvı-elektrolit dengesizliği bulguları var mı?

- Hasta ağrılı uyarılara yanıt veriyor mu? (Erdil ve Elbaş, 2001).

#### **2.4.4. Ekstremitte / Duyu-Motor Kontrolü**

Ameliyattan sonra ilk 2 gün içinde 1-2 saatte bir periferik emboli ve alt ekstremitelerde sinirsel işlevleri değerlendirmeye yönelik izlem yapılmalıdır (ekstremitede nabız, renk değişikliği, ağrı, duyu ve motor refleks kontrolü gibi). Hasta derin ven trombozu ve tromboflebit gibi komplikasyonlara karşı yakından gözlenmelidir (Erdil ve Elbaş, 2001; Kiliç, 1995; Aksoy, 1998).

#### **2.4.5. Deri Kontrolü**

Dudak ve tırnak rengi, cilt rengi kontrol edilir. Koyu, soluk, soğuk, nemli deri şokun göstergeleridir. Derhal ilgili hekime haber verilir, kaydedilir.

Ameliyat sonrası hastanın pozisyonunun iki saatte bir değiştirilmesi elastik çorap ve masaj ile basınç altında kalan bölgelerin basınç yarısı yönünden gözlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi için hasta yatak içinde hareketli tutulur ve venöz dolaşım kolaylaştırılır. Bu sırada cilt kuru ve temiz tutulmalı, yatak çarşafı gergin, kuru ve kırıksız olmalı, yatak içerisinde egzersizler sürdürülmeli ve hasta mümkün olduğunca erken ayağa kaldırılması gerekir (Şendir, 2000)

#### **2.4.6. Pansuman İzlemi**

Pansuman yapılmasındaki amaç yarayı dış etkilere korumak, eksudayı absorbe etmek, kan ve sıvı kaybını önlemek, travma ve bakterilere karşı engel oluşturmak, izolasyon, yara ağrısını azaltmak, estetik görünümüdür (Kartoğlu, 2008).

Kanama ve drenaj açısından gözlenir. Pansuman yaşı ise rengi, tipi ve drenaj miktarı kaydedilir. Normalden fazla olan drenaj hekime rapor edilir (Erdil ve Elbaş, 2001).

#### **2.4.7. Yara İzlemi**

Cerrahi yara bakımında en önemli amaç enfeksiyon gelişmeden hastayı en kısa zamanda hastaneden taburcu etmektir. Yara iyileşmesi uzarsa hastanın hastanede kalış süresi uzayacaktır. Örneğin kolorektal cerrahi sonrası cerrahi alan enfeksiyonu oranı %9 ile %27 arasında değişmekte olup hastanın taburcu olması 5- 20 gün arası uzamaktadır. Bu da beraberinde bir çok sorunu getirecektir. Buna bağlı olarak;

- Hastanın beslenme durumu bozulacak,
- Hastanın kan tablosu bozulacak,

- Hastanın psikolojik durumu bozulacak,
- Hastanın genel durumu bozulacaktır (Kartoğlu, 2008).

Hemşire yara iyileşmesini hızlandırmak ve enfeksiyonu önlemek için pansuman sırasında asepti, kurallarına uymalı, erken ambulasyonu bilinçli şekilde sürdürmeli, enfeksiyon belirtilerini değerlendirmeli, hastanın sıvı elektrolit dengesini, yeterli beslenmeyi sağlamalı, hastanın genel durumu ve yaşam bulgularını değerlendirmelidir (Fredin and Marshall; Dunn and Rawlinson alıntı Kilinç, 1995; Aksoy, 1998 ).

#### **2.4.8. Gastrik tüpün izlenmesi**

Gastrik tüp uygulaması, bazı ameliyatlarda ve gastrointestinal sistem komplikasyonlarının (mide dilatasyonu, parolitik ileus, mide distansiyonu) tedavisinde kullanılmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde hemşire, tüpün yerinde olup olmadığını ve çalışmasını değerlendirmelidir. Bunun dışında, hemşire, tüpten gelen drenajı nitelik ve nicelik açısından değerlendirmeli ve kayıt etmelidir (Güngel, 1988).

#### **2.4.9. IV Yol Kontrolü ve Bakımı**

Hastanelerde sıklıkla kullanılan damar içi sıvı uygulamaları hemşirenin önemli sorumluluklarından birisidir. Damar içi sıvılar klinikte çoğunlukla hemşireler tarafından uygulanmakta, izlenmesi ve bakımı yine hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir. 1954 tarihli 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nun içeriği, hekimin tavsiyesi üzerine ven içine enjeksiyon yapmayı hemşirenin yetki ve sorumlulukları içine almaktadır. Ancak bu uygulamanın etkisi ve güvenilir bir şekilde sürdürülmesi, doktor, hemşire ve hastanın karşılıklı iletişim ve işbirliğini gerektirir. Çeşitli amaçlarla sıklıkla kullanılan damar içi sıvı uygulamaları, doğru uygulanmaları halinde çok yararlı olmalarına karşın, hatalı uygulanmaları halinde ise infiltrasyon, tromboflebit, hava embolisi, sinir zedelenmesi, dolaşım yüklenmesi ve elektrolit dengesizliği gibi bazı komplikasyonlara neden olabilmektedir (Karagözoğlu, 2001).

#### **2.4.10. Mesane Kateterizasyonu**

Ameliyat sonrası dönemde mesane kateteri olan hastalar, kateterin yerinde olup olmadığı, işlerliği ve gelen idrarın miktarı, görünümü, kokusu açısından değerlendirilmeli ve uygun bakımı vermelidir. Hemşire normalin dışında olan durumları kayıt etmeli, olası nedenlerini araştırmalı ve hekime rapor etmelidir. Sürekli kateter uygulanması üriner sistem enfeksiyonuna ve doku travmasına neden olabilir. Yapılan araştırmalar, tanı ya da

tedavi amacıyla üriner sisteme kateterle girişimde bulunulan hastaların %80'den fazlasında üriner enfeksiyon geliştiğini göstermiştir. Bu konuda yapılan araştırma verilerine göre ortalama enfeksiyon oranı; kateter 24 saat kaldığında %4; kateter 4 hafta kaldığında %95'tir (Erdil ve Elbaş, 2001).

#### **2.4.11. Uygun Pozisyon**

Ameliyat sonrası dönemde hastaya, yeterli ventilasyonu sağlayacak, ağrıyı azaltacak uygun pozisyon verilmelidir. Ameliyattan çıkan hastanın bilinci yerine gelene kadar kusma ve aspirasyonu önlemek için hastaya sırtüstü, yastıksız ve başı yan olacak şekilde pozisyon verilmelidir. Ayrıca göğüs ameliyatlarında hastaya yarı oturur pozisyon verilerek başının yan çevrilmesi, akciğerlerin havalanması, solunumun rahatlatılması ve solunum komplikasyonlarının önlenmesi için önemlidir. Ekstremitelerde ameliyatlarında dolaşımın sağlanması ve sürdürülmesi için ekstremitelere elevasyona alınmalı ve hasta sırtüstü, başı yan pozisyonu verilmelidir. (Kilinç, 1995; Aksoy, 1998).

#### **2.4.12. Ağrı**

Ameliyat sonrası hastaların rahatsızlıklarının başında gelen ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travmaya bağlı olarak ortaya çıkan inflamatuvar sürecin eşlik ettiği bir akut ağrı türüdür. Ameliyat sonrası ağrı, nedeni önceden bilinen ve ortaya çıkması beklenen bir ağrıdır. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde ekibin üç önemli üyesi hasta, hemşire ve hekimdir. Ameliyat sonrasında hekimin hastanın ağrısına yönelik uygulanacak analjezik cinsi ve dozuna karar verme, hemşirelerin ise hekim tarafından belirlenen bu ilaçları uygulama ve uyguladıkları ilaçların etkinliğini değerlendirme sorumluluğu vardır. Bu nedenle hemşirelerin ve hekimlerin hastaların ağrılarını ve ağrı nedeniyle yaşadıkları sıkıntılarını azaltmaları için işbirliği içinde olmaları, hastaların ağrılarını değerlendirmeleri ve ağrı şiddetine göre uygun ağrı yönetim şeklini seçmeleri gerekmektedir.

Ameliyat sonrası ağrının ortaya çıkışını, şiddetini, niteliğini ve süresini etkileyen birçok etken ortaya konmuştur. Bunlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

1. Hastanın fizyolojik ve psikolojik altyapısı
2. Hastanın farmakolojik ve psikolojik açıdan ameliyat öncesi hazırlığı
3. Ameliyatın yeri, niteliği ve süresi
4. Ameliyat sonrası komplikasyonların varlığı
5. Cerrahi öncesinde, sırasında ve sonrasında uygulanan anestetik yaklaşım
6. Ameliyat sonrası bakımın kalitesi (Kayhan, 2003).



İlk 24 saatte oluşan ağrı:

- Çekme, kesme ve ameliyat işlemine
- Drenler, sıkı bandaj, araç-gerece,
- Uygun olmayan pozisyona bağlı olabilir

Bakımda:

- Yakın gözlem ve izleme, nedeni belirleme,
- ANT ve solunum durumu gözlenerek isteme göre ağrı kesici uygulama kaydetme,
- Pozisyonunu değiştirmesine yardım, dren ve bandajların kontrolü,
- Rahat ve havalandırılmış çevre, yüz ve ellerin serin tutulması (Aksoy, 1998; Gürler, 2007).

#### **2.4.13. Bulantı Kusma**

Ameliyat sonrasında bulantı ve kusma nedenleri:

- Premedikasyon, anksiyete, korku,
- Gastrik sıvının birikimi, abdominal distansiyon,
- Yetersiz gastrik drenaj,
- Bağırsak peristaltizmin ileri derecede azalması.

Hemşire hastanın bulantı ve kusmasına karşı dikkatli olmalı, başını yan çevirmeli, aspiratör ve böbrek küvetini hazır bulundurmalıdır. Ayrıca sedatif ve antiemetik ilaçlarla bulantı kusmayı gidermeye çalışmalı, eğer kusma olduysa miktarını ve sayısını kaydetmelidir (Aksoy, 1998).

#### **2.4.14. Yeterli Sıvı - Elektrolit**

Sıvı elektrolit dengesinin korunması yaşam için esastır. Sıvı-elektrolit dengesinin sürdürülmesi; bedendeki tüm sistemlerin bu dengeyi koruyacak şekilde fonksiyon görmelerine bağlıdır. Her ne kadar çok az sayıda hasta sadece sıvı elektrolit dengesizlikleri nedeniyle ölürse de, sıvı-elektrolit dengesizlikleri hastalığın seyrini ve sonucunu önemli derecede etkilemektedir. Bu nedenle sıvı elektrolit dengesinin devam ettirilmesi tüm hastaların tedavi ve bakımında temel hedef olarak yer alır.

Ameliyat sonrası yeterli kan volümü, kardiyak atım, idrar çıkarılması ve tüm sistemlerin normale dönüşünü sağlama, önerilen sıvıların IV yolla verilmesi ile olasıdır. Ancak laboratuvar verileri ile SVB ölçümleri rehberliğinde yeterli sıvı ve elektrolitler

verilirken, aşırı sıvı yüklenmesi de kontrol altına alınır. Elektrolit sıvı yetersizlikleri, hipovolemi ve şok gelişimini kolaylaştırır.

Nedenleri:

- Ameliyat öncesi eksikliklerin yerine konmaması,
- Ameliyat sonrası eksikliklerin karşılanmamış olması,
- Hiperventilasyon, aşırı terleme ve drenaj,
- Diyare ya da aşırı kusma olabilir.

Sıvı-elektrolit denge bozukluğunun önlenmesinde hemşire, günlük bazal gereksinimlerin yanı sıra aldığı çıkardığı sıvı takibi sonucu ek kayıpları da göz önüne alarak bu doğrultuda hesaplanan miktarı uygulamada önemli rol üstlenir.

Ameliyat sonrası hastanın sıvı-elektrolit dengesinin sürdürülmesi için:

- 1- Hastanın aldığı çıkardığı sıvıların doğru ölçümü ve kaydı,
- 2- Laboratuvar bulgularını değerlendirme, hekimi bilgilendirme,
- 3- İntravenöz sıvılar yeterli verilmeli ve gerekiyorsa hekim istemine uygun elektrolit katılmalı,
- 4- Drenaj sisteminin çalışması, gelen materyalin ölçümü ve kaydı,
- 5- Derin soluk alma ve öksürme egzersizleri yaptırma,
- 6- Uzun süreli kusmalardaki kayıplar ve drenden gelen sıvılar kaydedip yerine koyma,
- 7- Hastaya kan transfüzyonu uygulanırken dikkatli olma ve reaksiyonlar yönünden gözleme,
- 8- Uygun zamanda oral beslenmeye geçme önemlidir (Erdil, 1994; Akdemir, 2003; Aksoy, 1998).

#### **2.4.15. Yeterli Renal Fonksiyon**

Yeterli miktarda (30 ml/saat<sup>↑</sup>) idrar çıkarılması, hastanın durumunu değerlendirme ölçütlerinden biridir. Ameliyat sonrası 6-8 saatte idrar çıkarılır. Bu süre jinekolojik ve batın ameliyatlarında 8-10 saattir. İdrar yapmada hasta zorlanabilir ve distansiyon gelişir.

Nedenleri:

- Anestetik maddeler, ADH ve aldesteron salgılanması,
- Mesane travması, eksternal sfinkter spazmı,
- Korku, gerilim ve ağrı, uygun olmayan çevre,
- Pozisyon ve gizlilik duygusu
- Kateter varlığında kateterin tıkanması olabilir.

Ameliyattan 8 saat geçtiği halde hasta idrara çıkmamışsa:

- Uygun çevre (paravana), gizliliğine özen gösterme,
- İdrar yapabileceği pozisyona gelmesine yardım etme (zararı yoksa),
- Su sesi dinletme, perianal bölgeye ılık su dökme,
- Önerilen ağrı kesici uygulama önerilir.

Tüm bu hemşirelik girişimlerine karşın idrar yapması sağlanamadı ise hastaya aseptik koşullarda üriner kateter uygulanır, kapalı sistem oluşturulur. Sistemin bakımı hemşirenin sorumluluğundadır (Aksoy, 1998)

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Örnekleme

Araştırma Kocaeli Üniversitesi Cerrahi servislerinde gerçekleştirilmiştir. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 10 cerrahi servisi bulunmaktadır. Cerrahi Servisleri, bu servislerdeki yatak sayıları ve bu servislerde çalışan hemşire sayıları aşağıdaki çizelgede yer almaktadır.

**Çizelge 3.1. Cerrahi servislerinde bulunan yatak sayıları, bu servislerde çalışan hemşire sayıları ve günlük ortalama ameliyat sayıları**

Cerrahi Servisleri	Hemşire sayısı	Yatak sayısı	Günlük ortalama ameliyat sayısı
Beyin Cerrahi Servisi	8	19	3
Kalp Damar Cerrahisi / Plastik Cerrahi Servisi	9	18 17	5 5
Genel Cerrahi servisi	13	43	8
Kulak Burun Boğaz/ Göğüs Cerrahisi Servisi	7	12 28	5 4(Salı- Perşembe)
Ortopedi Servisi	12	38	6
Üroloji/ Göz Servisi	11	20 20	4 5
Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi	11	33	6
<b>Toplam</b>	<b>71</b>	<b>248</b>	<b>51</b>

Araştırmamızın evreni KOÜ Erişkin Hastanesi cerrahi servislerinde ameliyat olan ve yatan hastaların hemşire gözlem kayıtları ve 71 hemşireden oluşmaktadır. Örneklemini ise cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin tamamı (71 kişi) oluştururken, cerrahi servislerinde yatan, ameliyat sonrası yoğun bakıma alınmadan servise gelmiş ve ameliyat sonrası 24 saatlik süreyi doldurmuş olan hastaların kayıtları incelenmiştir.

Araştırma için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin ve KOU İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan Araştırma Ön Onay

**alınmıştır.** Araştırma sürecinde cerrahi servislerinde çalışmakta olan 71 hemşirenin 66'sı (%93) ile görüşülmüştür. Hemşirelerin 3'ü doğum izninde, 1'i yıllık izinde, 1'i de kadın hastalıkları ve doğum servisinde bebek hemşiresi olduğu için görüşülememiştir. Ameliyat sonrası yoğun bakıma alınmadan servise gelen toplam 69 hastanın dosyası incelenmiştir. Araştırmamızda veri toplama 16.02.2009 – 06.03.2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

**Çizelge 3.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Demografik Özellikleri (n=66)**

<b>Hemşire Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş Ortalamaları</b>	26.97 ± 4,10	
<b>Yaş Aralığı</b>	20-42	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	59	89.4
Erkek	7	10.6
<b>Mezun Olunan Okul Türü</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	33	50.0
Ön Lisans Programı	7	7.5
Lisans Programı	27	40.9
Yüksek Lisans Programı	1	1.5
<b>Mesleki Deneyim Süreleri</b>		
1-3 yıl	27	40.9
4-6 yıl	23	4.8
7-9 yıl	6	9.1
10 yıl ve Üzeri	10	15.2
<b>Cerrahi Servislerinde Çalışma Süreleri</b>		
1-3 yıl	42	63.6
4-6 yıl	12	18.2
7-9 yıl	6	9.1
10 yıl ve Üzeri	6	9.1
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Çizelge 3.2’de yer alan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre hemşirelerin yaş ortalamaları 26.97 olup, yaş aralığı 20-42’dir. Hemşirelerin %89.4’ü kadındır. Araştırmaya katılan 66 hemşirenin %50.0’si Sağlık Meslek Lisesi, %40.9’u Hemşirelikte Lisans Programı mezunudur. Mesleki deneyim sürelerine bakıldığında, %40.9’u 1-3 yıl, %34.8’i 4-6 yıldır. Cerrahi servislerinde çalışma sürelerine bakıldığında ise %63.6’sı 1-3 yıl, %18.2’si 4-6 yıl olduğu belirlenmiştir.

**Çizelge 3.3. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (n=69)**

Hasta Özellikleri	Sayı	%
<b>Yaş Ortalamaları</b>	45,61 ± 19,54	
<b>Yaş Aralığı</b>	0-83	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	39	56.5
Erkek	30	43.5
<b>İncelenen Hasta Dosyalarının Servislere Göre Dağılımı</b>		
Genel Cerrahi	17	24.6
Kadın Hastalıkları ve Doğum	9	13
Ortopedi travmatoloji	8	11.6
Üroloji	7	10.1
Kulak-Burun-Boğaz	7	10.1
Plastik Cerrahi	5	7.2
Göz	5	7.2
Göğüs Cerrahi	5	7.2
Nöroşirurji	5	7.2
Kalp Damar Cerrahi	1	1.4
<b>Hastaların Sistemik Hastalığının Bulunma Durumu</b>		
Evet	25	36.2
Hayır	44	63.8
<b>Toplam</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

Çizelge 3.2'de yer alan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre hastaların yaş ortalamaları 45.61 olup, yaş aralığı 7-83'tür. Hastaların %56.5'i kadındır. İncelenen hasta dosyalarının cerrahi servislerine göre dağılımına bakıldığında, %24.6'sı genel cerrahi, %13'ü kadın hastalıkları ve doğum, %11.6'sı ortopedi-travmatoloji, %10.1'i üroloji, %10.1'i kulak-burun-boğaz servislerinden alınmıştır. Hastaların 36.2'sinin sistemik hastalığının bulunduğu saptanmıştır.

### **3.3. Verilerin Toplanması**

Veriler hasta kayıtlarının (hemşirelik gözlem formları) incelenmesi ve hemşirelerle görüşme yapılarak elde edilmiştir.

Hasta kayıtlarının incelenmesinde araştırmacı, literatür doğrultusunda geliştirmiş olduğu form aracılığı ile, her serviste yukarıdaki kriterlere uyan hastaların hemşire gözlem formlarını değerlendirerek kayıt etmiştir. Bu formda hastaya ilişkin verilerin ve hemşire gözlemlerinin ve sıklığının kayıt edildiği bölümler yer almaktadır. Her bir cerrahi servisine hemşire gözlem formlarını incelemek üzere bir defa gidilmiş ve ameliyat sonrası dönemde olup 24 saatini doldurmuş olan hastaların hemşire gözlem formları incelenmiştir.

Tüm cerrahi servislerinde hasta kayıtlarının incelenmesi tamamlandıktan sonra hemşirelerle görüşme yapılmıştır. Hemşirelerle görüşme yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Görüşme formunda, hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, ameliyat sonrası ilk 24 saatte hemşire gözlemlerinin önemi, bakımda kayıt tutmanın yeri, hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde gerçekleştirdikleri gözlemler, gözlemlere karar verme ve sıklığı ile ilgili 13 soru yer almaktadır.

### **3.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizi istatistiksel paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler bu programa tek tek yüklendikten sonra amaçlar doğrultusunda verilerin frekans tabloları çıkarılmıştır.

#### 4. BULGULAR

**Çizelge 4.1. Hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastaların yakından gözlenmesi / izlenmesi gerektiğine inanma durumu (n=66)**

İnanma Durumu	Sayı	%
Evet	64	97.0
Hayır	2	3.0
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Hemşirelerin %97'si ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastaların yakından gözlenmesi / izlenmesi gerektiğine inandıklarını belirtmişlerdir.

**Çizelge 4.2. Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde hastaların yakından gözlenmesi / izlenmesine ilişkin görüşleri (n=64)**

Görüşler	Sayı	%
Bu dönem komplikasyonların sık gelişebildiği dönemdir.	61	92.4
Ağrının en yoğun yaşandığı dönem olması nedeni ile	1	1.5
Hastaların kendilerini güvende hissetmeleri açısından	3	4.5
Yaşam bulgularında değişikliklerin yaşanabildiği dönem olması nedeni ile	11	16.7

*\*Birden fazla seçeneğe cevap verildiğinden yüzdeler n üzerinden alınmıştır.*

Hemşirelerin %92.4'ü ameliyat sonrası ilk 24 saatin komplikasyonların sık gelişebileceği dönem olması nedeni ile ve %16.7'si ise bu dönemde yaşam bulgularında değişikliklerin yaşanabileceği dönem olması nedeni ile gözlem / izlemin önemli olduğunu belirtmişlerdir.



**Çizelge 4.3. Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde gerçekleştirdiklerini ifade ettikleri gözlemler (n=66)**

Gözlemler	Sayı	%
Yaşam Bulguları (A,N,T,S)	66	100.0
Hava Yolu Açıklığı	58	87.9
Bilinç	52	78.8
Pupil	27	40.9
Ekstremitte/duyu-motor	44	66.7
IV Yol Kontrolü ve Bakımı	65	98.5
Drenler	66	100.0
Üriner Kateter Kontrolü ve Bakımı	66	100.0
Ağrı Kontrolü	66	100.0
Aldığı- Çıkardığı İzlemi	66	100.0
Kanama Kontrolü	63	95.5
Dolaşım Kontrolü	60	90.9
Deri Kontrolü	53	80.3
Yara Kontrolü	26	39.4
Pansuman Kontrolü	0	0
Bulantı Kusma Kontrolü	66	100.0
NG Kontrolü (varsa)	63	95.5
Uygun Pozisyon Verme	66	100.0
Periferik Oksijen Saturasyonu	64	97

Araştırmaya katılan hemşirelerin tamamı (%100) yaşam bulgularını, dren kontrolünü, üriner kateter kontrolü ve bakımını, ağrı kontrolünü, aldığı çıkardığı izlemini, uygun pozisyon verme ve bulantı kusma kontrolünü yaptıklarını

ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %87.9'u hava yolu açıklığını, %78.8'i bilinç takibini, %98.5'i IV yol kontrol ve bakımını, %95.5'i kanama kontrolünü, %90.9'u dolaşım kontrolünü, %80.3'ü deri kontrolünü, %95.5'i NG kontrolünü ve %97'si oksijen saturasyonu kontrolünü yaptıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelerin tamamı (%100) pansuman kontrolünü, %59.1'i pupil kontrolünü ve %60.6'sı yara kontrolünü yapmadıklarını ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.4. Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde yaşam bulgularının ölçüm sıklığına ilişkin ifadeleri (n=66)**

Saatler	Sıklığı				
	1 defa Sayı %	2 defa Sayı %	3 kez Sayı %	4 defa Sayı %	Hiç ölçmeyen Sayı %
1. saat	-	-	-	66 %100	-
2. saat	3 %4.5	28 %42.4	-	35 %53	-
3. saat	19 %28.8	47 %71.2	-	-	-
4. saat	41 %62.1	24 %36.4	-	-	1 %1.5
5. saat	64 %97	-	-	-	2 %3
6-12 saatler arası	17 %25.8	22 %33.3	27 %40.9	-	-
13-18 saatler arası	57 %86.4	9 %13.6	-	-	-
19-24 saatler arası	62 %93.9	4 %6.1	-	-	-

Çizelge 4.4'de görüldüğü gibi ameliyat sonrası 1. saatte hemşirelerin tamamı (%100) yaşam bulgularını 4 defa izlediklerini, 2. saatte %53'ü 4 defa, %42.4'ü 2 defa izlediklerini, 3. saatte %71.2'si 2 defa, %28.8'i 1 defa izlediklerini, 4. saatte %62.1'i 1 defa, %36.4'ü 2 defa izlediklerini, 5. saatte %97'si 1 defa, 6-12 saatler arası %40.9'u 3

defa, %33.3'ü 2 defa izlediklerini, 13-18 saatler arası %86.4'ü 1 defa izlediklerini, 19-24 saatler arası %93.9'u 1 defa izlediklerini belirtmişlerdir.

**Çizelge 4.5. Ameliyat sonrası erken dönemde hemşirelerin yaşam bulgularını izleme sıklığını uygun bulmaya ilişkin ifadeleri (n=66)**

Uygunluk	Sayı	%
Uygun	48	72.7
Uygun Değil	18	27.3
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Çizelge 4.5'de hemşirelerin 72.7'si yaşam bulgularını izleme sıklıklarının uygun olduğunu belirtmişlerdir.

**Çizelge 4.6. Ameliyat sonrası erken dönemde yaşam bulgularını izleme sıklığını uygun bulmayan hemşirelerin uygun bulmama nedenleri (n=18)**

Uygun Bulmama Nedenleri	Sayı	%
Hastanın yaşam bulgularını ölçme sıklığına hastanın durumuna göre ben karar vermeliyim	12	66.6
1. Saatte 4 defa ölçmeye gerek yok	2	11.1
Ölçüm sıklığı ameliyatın türüne göre değişmeli	4	22.2
<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Ameliyat sonrası ilk 24 saatte yaşam bulgularını izleme sıklığını uygun bulmayan hemşirelerin %66'sı hastanın yaşam bulgularını ölçme sıklığına hastanın durumuna göre kendisinin karar vermesi gerektiğini, %22.2'si ölçüm sıklığının ameliyatın türüne göre değişmesi gerektiğini, %11.1'i 1. saatte 4 defa ölçmeye gerek olmadığını belirtmişlerdir.

**Çizelge 4.7. Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde gerçekleştirdikleri diğer gözlemler ve sıklıkları ile ilgili ifadeleri (n=66)**

Gözlemler	1 defa	2 defa	3 defa	4 defa	5 defa	6 defa	8 defa	12 defa	24 defa	Yaşam bulgularının izlenmesi sırasında	Ölçmeyen	Toplam
Hava Yolu Açıklığı	1 %1.5	-	4 %6.1	-	-	-	-	-	8 %12.1	45 %68.2	8 %12.1	66 %100
Bilinç	-	-	6 %9.1	-	-	-	1 %1.5	5 %7.6	18 %27.3	22 %33	14 %21.2	66 %100
Pupil	-	-	-	-	-	-	2 %3	9 %13.6	9 %13.6	7 %10.6	39 %59.1	66 %100
Ekstremiteler/duyuru-motor	3 %4.5	-	18 %27.3	1 %1.5	3 %4.5	2 %3	2 %3	10 %15.2	5 %7.6	-	44 %66.7	66 %100
IV Yol Kontrolü ve Bakımı	15 %22.7	1 %1.5	43 %65.2	5 %7.6	-	1 %1.5	-	-	-	-	1 %1.5	66 %100
Drenler	-	-	47 %71.2	1 %1.5	4 %6.1	6 %9.5	-	8 %12.1	-	-	-	66 %100
Üriner Katater Kontrolü ve Bakımı	31 %47	12 %19.7	22 %33.3	-	-	-	-	-	-	-	-	66 %100



Ameliyat sonrası ilk 24 saat süresince, yaşam bulguları dışında yer alan gözlemlerin sıklığı ile ilgili olarak hemşirelerin fikir birliği içinde olmadıkları görülmektedir. Hemşireler genellikle, aldığı çıkardığı sıvı izleminin (%100), ağrı kontrolünün (%92.4), bulantı kusma izleminin (%92.4), kanama takibinin (%89.4), dolaşım kontrolünün (%80.3), dren kontrolünün (%71.2), N.G kontrolünün (%68.2), deri kontrolünün (%51.2) 3 defa yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Bunun dışında hemşirelerin %92.4'ü oksijen saturasyonu izleminin saat başı ve %68.2'si hava yolu açıklığının yaşam bulguları izlem sıklığı ile paralel olması gerektiğini ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.8. Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde hangi gözlemleri yapacağını belirleme durumu (n=66)**

<b>Gözlemleri Belirleme Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Hastanın gereksinimlerine göre	13	19.7
Hekim istemi ve hastanın gereksinimlerine göre	53	80.3
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Çizelge 4.8'de hemşirelerin %80.3'ü ameliyat sonrası ilk 24 saatte yapacağı gözlemleri hekim istemi ve hastanın gereksinimlerine göre belirlediklerinin ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.9. Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde yaptıkları gözlemlerin sıklığını belirleme durumu (n=66)**

<b>Gözlemlerin Sıklığını Belirleme Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Hastanın gereksinimlerine göre	23	34.8
Hekim istemi ve hastanın gereksinimlerine göre	37	56.1
Hemşire yöneticilerin beklentisi	6	9.1
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Çizelge 4.9'da hemşirelerin %56,1'i ameliyat sonrası ilk 24 saatte yaptıkları gözlemlerin sıklığını hekim istemi ve hastanın gereksinimlerine göre, %34,8'i hastanın gereksinimlerine göre belirlediklerini ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.10. Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde gerçekleştirilmesi gereken hemşire gözlemleri ve sıklığına ilişkin bilgileri elde ettikleri kaynaklar (n=66)**

<b>Bilgileri Elde Etme Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Hemşirelik eğitimim sırasında	63	95.5
Katıldığım kongre, sempozyum, seminerler yolu ile	22	33.3
Mezuniyet sonrası okuduğum yayınlar aracılığı ile	14	21.2
Çalışma ortamında	28	42.4

*\*Birden fazla seçenek işaretlendiğinden yüzdeler n üzerinden alınmıştır.*

Çizelge 4.10'da görüldüğü gibi hemşirelerin %95.5'i ameliyat sonrası erken dönemde hemşire gözlemine ilişkin bilgileri hemşirelik eğitimi sırasında, %33.3'ü katıldığı kongre, sempozyum, seminerler yolu ile, %21.2'si mezuniyet sonrası okuduğu yayınlar aracılığı ile ve %42.4'ü çalıştıkları birimlerden elde ettiklerini ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.11. Hemşirelerin ameliyat sonrası gözlemlerine ilişkin uygulamalarının sahip oldukları bilgilerle uygunluk durumuna ilişkin değerlendirmeleri (n=66)**

<b>Uygunluk Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Uygun	52	78.8
Uygun değil	14	21.2
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Hemşirelerin %78,8'i ameliyat sonrası gözlemlerine ilişkin uygulamalarının sahip oldukları bilgilerle uygun olduğunu belirtmişlerdir.

**Çizelge 4.12. Hemşirelerin hemşirelik kayıtlarını hasta bakım ve tedavisini yönlendirmede yararlı bulma durumu (n=66)**

Yararlı Bulma Durumu	Sayı	%
Yararlı	63	95.5
Yararlı değil	3	4.5
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Hemşirelerin %95.5'i hemşirelik kayıtlarının hastanın bakım ve tedavisini yönlendirmede yararlı olduğunu ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.13. Hemşirelerin, hemşirelik kayıtlarını hasta bakım ve tedavisini yönlendirmede yararlı bulma nedenleri (n=66)**

Yararlı Bulma Nedenleri	Sayı	%
Bakımın devamlılığını sağlar. Bir sonraki vardiyada çalışacak arkadaşına yol gösterir	36	54.5
Bakımın planlanmasını ve değerlendirilmesini sağlar	23	34.8
Yasal olarak güvence altına alır. Yaptıklarımı kanıtlamama yardımcıdır	20	30.3
Ekibin hasta hakkında bilgi sahibi olmasını sağlar	8	12.1
Zamandan tasarruf sağlar	8	12.1
Diğer(Eğitimimize katkı sağlar, Hastanın güvenliğini sağlar)	4	6

\*Birden fazla seçeneğe cevap verildiğinden yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %54.5'i hemşirelik kayıtlarının bakımın devamlılığını sağladığını, bir sonraki vardiyada çalışacak hemşireye yol gösterdiğini,



%34.8'i bakımın planlanmasını ve değerlendirilmesini sağladığını, %30.3'ü kayıtların yasal olarak güvence altına aldığını, yaptıklarını kanıtlanmasına yardımcı olacağını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %3'ü hemşirelik kayıtlarının zaman kaybına yol açtığını ve %1.5'i gözlemediği değişikliklerde hekimle temasa geçtiği için gereksiz olduğunu ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.14. Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde yapmış oldukları gözlemler sonucu komplikasyon varlığını belirleme durumuna ilişkin ifadeleri (n=66)**

<b>Komplikasyon Varlığını Belirleme Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evet	59	89.4
Hayır	7	10.6
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Hemşirelerin %89.4'ü ameliyat sonrası ilk 24 saate yapmış oldukları gözlemler sonucu komplikasyon varlığını belirlediklerini ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.15. Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde yapmış oldukları gözlemler sonucu saptadıklarını ifade ettikleri komplikasyonlar (n=66)**

<b>Komplikasyonlar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Dolaşım ile ilgili sorunlar	55	83.3
Vücut sıcaklığı ile ilgili sorunlar	23	34.8
Solunum ile ilgili sorunlar	20	30.3
Renal sorunlar	12	18.2
Nörolojik sorunlar	11	16.7
Beslenme – metabolik durum ile ilgili sorunlar	7	10.6
Diğer	4	6

*\*Birden fazla seçeneğe cevap verildiğinden yüzdeler n üzerinden alınmıştır*

Ameliyat sonrası ilk 24 saatte yapmış oldukları gözlemler sonucu hemşirelerin %83,3'ü dolaşımla ilgili (taşikardi, bradikardi, hipertansiyon, hipotansiyon, Serebrovasküler olay, kanama, şok, kardiyak arrest, aritmi, MI, sinüs taşikardisi), %34.8i vücut sıcaklığı ile ilgili, %30.3'ü solunum ile ilgili (solunum arresti, pnömotoraks, pnömoni, solunum sıkıntısı), %18.2'si renal (anüri, AÇT farkından dolayı ödem, akut böbrek yetmezliği), %16.7'si nörolojik (bilinç değişiklikleri, konfüzyon, halüsinasyon, pitozis, fasiyal paralizi, epileptik nöbet, kafa içi basıncında artma), %10.6'sı beslenme-metabolik (hipoglisemi, hiperglisemi bulantı kusma), %6 sı diğer (cerrahide kullanılan araç gereçlere bağlı yaralanmalar, eviserasyon) komplikasyonları saptadıklarını belirtmişlerdir.

**Çizelge 4.16. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte gerçekleştirilmesi beklenen hemşirelik gözlemlerinin kayıtlara yansımaya durumu ve bu gözlemlerin ortalama sıklığı (n=69)**

Gözlemler	Sayı	%	24 saatte ortalama sıklık
Yaşam Bulguları (A,N,T,S)	69	100	14
Hava Yolu Açıklığı	0	0	0
Bilinç	3	4.3	17.1
Pupil	2	2,9	12
Ekstremiteler/duyu-motor	13	18.8	4.5
IV Yol Kontrolü ve Bakımı	67	97.1	3
Drenler	42	60.9	4.8
Üriner Kateter Kontrolü ve Bakımı	29	42	3
Ağrı Kontrolü	68	98.6	3.4
Aldığı- Çıkardığı İzlemi	41	59.4	4.5

Kanama Kontrolü	40	58	3.4
Dolaşım Kontrolü	34	49.3	3.7
Deri Kontrolü	12	17.4	3
Yara Kontrolü	0	0	0
Pansuman Kontrolü	0	0	0
Bulantı Kusma Kontrolü	67	97.1	3.3
NG Kontrolü	9	13	3
Uygun Pozisyon Verme	69	100	3.6
Periferel Oksijen Saturasyonu	2	2.9	24

*\*Sıklıklar gözlemlerin gerçekleştirildiği hasta sayısı üzerinden alınmıştır.*

Hemşirelerin ameliyat sonrası kayıtlara yansıyan gözlemlerine bakıldığında hastaların tamamında (%100) Yaşam bulgularının izlendiği (ortalama 14 kez), ve pozisyonun değerlendirilerek uygun pozisyonun verildiği (24 saatte ortalama 3.6 kez) belirlenmiştir.

Hasta kayıtlarında üriner kateteri (24 saatte ortalama 3 kez), Nazogastrik sondası (24 saatte ortalama 3 kez), drenleri (24 saatte ortalama 4,8 kez) ve pulse oksimetri (%2.9 ve 24 saatte ortalama 6 kez) olan hastaların tamamında, gerekli hemşirelik gözlemlerinin yapıldığı belirlenmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunda, ağrı izleminin (%98.8 ve 24 saatte ortalama 3.4 kez), IV yolun kontrolünün (%97.1 ve 24 saatte ortalama 3 kez), bulantı-kusma izleminin (%97.1 ve 24 saatte 3.3 kez) yapıldığı belirlenmiştir.

Hasta kayıtlarında, hastaların tamamında hava yolu açıklığının, yara izleminin ve pansuman izleminin yer almadığı; hastaların çok az bir kısmında, bilinç (% 4.3 ve 24 saatte

ortalama 17.1 kez), pupil (%2.9 ve 24 saatte ortalama 12 kez) kontrollerinin yapıldığı görülmüştür.

**Çizelge 4.17. Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde kayıtlara yansıyan yaşam bulguları izlem sıklığı (n=69)**

Sıklığı								
Saatler	1 defa Sayı %	2 defa Sayı %	3 defa Sayı %	4 defa Sayı %	5 defa Sayı %	6 defa Sayı %	7 defa Sayı %	Hiç ölçmeyen Sayı %
1. saat	11 %15.9	24 %34.8	4 %5.8	1 %1.4	-	-	-	-
2. saat	28 %40.6	31 %44.9	2 %2.9	8 %11.6	-	-	-	-
3. saat	51 %73.9	14 %20.3	-	-	-	-	-	4 %5.8
4. saat	51 %73.9	7 %10.1	-	-	-	-	-	11 %15.9
5. saat	47 %68.1	-	-	-	-	-	-	22 %31.9
6-12 saatler arası	13 %18.8	23 %33.3	16 %23.2	8 %11.6	4 %5.8	2 %2.9	3 %4.3	-
13-18 saatler arası	29 %42	34 %49.3	5 %7.2	-	1 %1.4	-	-	-
19-24 saatler arası	39 %56.5	23 %33.3	-	1 %1.4	1 %1.4	1 %1.4	-	4 %5.8

Çizelge 4.17’de görüldüğü gibi hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte kayıtlara yansıyan yaşam bulgularını izlem sıklığına bakıldığında 1. saatte; hastaların %34.8’inde 2 defa, 2. saatte; hastaların %44.9’unda 2 defa, 3. saatte; hastaların %73.9’unda 1 defa, 4.

saatte; hastaların %73.9'unda 1 defa, 5. saatte; hastaların %68.1'inde 1 defa, 6-12 saatler arasında hastaların %33.3'ünde 2 defa, 13-18 saatler arasında hastaların %49.3'ünde 2 defa, 19-24 saatler arasında hastaların %56.5'inde 1 defa izlem yapıldığı görülmüştür

**Çizelge 4.18. Ameliyat sonrası erken dönemde hemşirelik kayıtlarında hastalarda komplikasyon gelişimine ilişkin bilginin yer alma durumu (n=69)**

<b>Komplikasyon Gelişimine İlişkin Bilgi</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Var	34	49.3
Yok	35	50.7
<b>Toplam</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

Hemşirelik kayıtlarında hastaların %49.3'ünde ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastalarda komplikasyon geliştiğine ilişkin bilginin yer aldığı görülmüştür.

**Çizelge 4.19. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte hemşire kayıtlarında yer alan hasta komplikasyonları (n=69)**

<b>Hemşirelik Kayıtlarında Yer Alan Komplikasyonlar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Vücut sıcaklığı ile ilgili sorunlar	23	33.3
Hipertansiyon	14	20.3
Kanama	3	4.3
Solunum arresti	1	1.4

*\*Kayıtlarda bir hastada birden fazla komplikasyon görüldüğünden yüzdeler n üzerinden alınmıştır*

Hemşirelik kayıtlarında hastaların %33.3'ünde vücut sıcaklığı ile ilgili sorunlar, %20,3'ünde hipertansiyon, %4.3'ünde kanama, %1.4'ünde solunum arresti geliştiği görülmüştür.

## 5. TARTIŞMA

### **Hemşirelere göre ameliyat sonrası erken dönemde gözlemlerin değeri ve önemi:**

Ameliyat sonrası erken dönem, hastanın yaşamsal önem taşıyan gereksinimlerinin olması ve komplikasyon gelişme riskinin fazla olması nedeni ile gözlem ve izlemin en hayati olduğu dönemdir. Bu nedenle hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde hastalarda komplikasyonların gelişmesini önlemek, erken tanılacak, yaranın iyileşmesini hızlandırmak için hastaları yakından gözlemlenmeleri ve gerekli girişimleri hekimle işbirliği içinde gerçekleştirmeleri gerekir. Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre hemşirelerin %97'si ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastaların yakından gözlenmesi / izlenmesi gerektiğini düşünmektedir. Hemşirelerin %92.4'ü bu dönemin komplikasyonların sık gelişebildiği dönem olması nedeni ile önemli olduğunu belirtmişlerdir. Botti ve Hunt (1994), hemşirelerin %68'inin ameliyat sonrası komplikasyonları saptamak için gözlemin gerekli olduğuna inandıklarını belirlemişlerdir. Kiliç (1996), yaptığı çalışmada hemşirelerin tümünün (%100) ameliyat sonrası yaşam bulgularını sık izleme nedenlerinin ameliyat sonrası komplikasyonların erken tanımlanması nedeniyle olduğunu bulmuştur.

### **Hemşirelerin hasta kayıtlarına yansıyan/yansımayan gözlemleri ve kayıt edilmeme nedenleri:**

Çalışmamızda hemşirelerin %95.5'i hemşirelik kayıtlarının hastanın bakım ve tedavisini yönlendirmede yararlı olduğunu ifade etmişlerdir. McGain et al. (2008), hemşirelerin ameliyat sonrası yaptığı gözlemleri kaydetme durumuna bakmış ve ameliyat sonrası ilk 3 günde A hastanesinde uygulamaların %47.8'inin, B hastanesinde uygulamaların %66.0'sinin, C hastanesinde %72.8'inin, D hastanesinde %63.5'inin ve E hastanesinde %75.1'inin kaydedildiğini bulmuştur.

Bizim araştırmamıza katılan hemşirelerin %54.5'i hemşirelik kayıtlarının bakımın devamlılığını sağladığını, bir sonraki şifte çalışacak arkadaşına yol gösterdiğini, %34.8'i bakımın planlanmasını ve değerlendirilmesini sağladığını, %30.3'ü kayıtların yasal olarak güvence altına aldığını, yaptıklarını kanıtlanmasına yardımcı olacağını belirtmişlerdir. Karkainen and Eriksson (2005), yaptıkları araştırmada hemşirelerin %38'i durum analizi yapmak için, %26'sı bakımı planlamak için, %16'sı bakımı gerçekleştirebilmek için, %29'unda bakımın özeti ve tamamlayıcı bakımı planlamak için hemşirelik kayıtlarının önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Ameliyat sonrası erken dönemde hemşirelerin yaşam bulguları ölçme durumu ve sıklığına bakıldığında tamamının hem ifadelerinde hem de kayıtlarında yaşam bulgularını izledikleri belirlenmiştir. İzlem sıklığına bakıldığında hemşire ifadelerinde %100'ünün 1. saat 4 defa izledikleri görülürken, hasta kayıt formlarına bakıldığında çoğunlukla 2 defa izlendiği (%34.9), sadece %1,4'ünde 4 defa izlendiği görülmüştür. 2. saate bakıldığında hemşirelerin %53'ü 4 defa izlediklerini ifade ederken hasta kayıtlarına baktığımızda çoğunlukla 2 defa izlendiği (%44.9), sadece %11,6'sının 4 defa izlendiği görülmüştür. 3. saate bakıldığında hemşirelerin %71,2'si 2 defa izlediklerini ifade ederken hasta kayıt formlarında hastaların %73.9'unun 1 defa izlendiği, %20.3'ünün 2 defa izlendiği görülmüştür. 4. saate hemşirelerin %62.1'i 1 defa izlediğini söylerken kayıtlarda da hastaların %73.9'unun yaşam bulgularının 1 defa izlendiği görülmüştür.

Yukarıda belirtilen bulgulara bakıldığında hemşirelerin ifade ettikleri ve uyguladıkları yaşam bulguları izlem sıklığının paralellik göstermediği görülmektedir. Ayrıca hemşirelerin yaşam bulgularının izlem sıklığı ile ilgili ifadelerinde ve uygulamalarında fikir birliğinin de olmadığı görülmektedir. Literatürde yaşam bulgularının ölçüm sıklığı ile ilgili olarak fikir birliği olmamakla birlikte, çoğunlukla yaşam bulgularının ölçüm sıklığının; 1. saat 15 dakikada bir, 2. saat yarım saatte bir veya 15 dakikada bir, 3. saat yarım saatte bir, 4. saat saatlik ve daha sonra 4 saatte bir ölçülmesi gerektiği üzerinde durulmuştur (çizelge 2.1. ve 2.2.). Bununla birlikte yaşam bulgularının ölçüm sıklığının hasta bakımı üzerindeki etkisi ile ilgili olarak çalışmaların yapılması gerektiği önerilmektedir (Zeit and McCutcheon 2002). Literatür ile yaptığımız araştırma sonucunu karşılaştırsak hemşirelerin ifadeleri ile literatürün paralellik gösterdiğini, hemşirelerin hasta kayıtlarına yansıyan yaşam bulguları izlem sıklığı ile literatürün benzerlik göstermediğini söyleyebiliriz.

Hemşirelerin hava yolu açıklığı kontrol durumuna baktığımızda %87.9'u kontrol ettiğini ifade ederken kayıtlarda hava yolu açıklığı ile ilgili bir ibarenin olmadığı görülmektedir. Hemşirelerin %68.2'sinin hava yolu açıklığı kontrolünü yaşam bulgularıyla kontrol ettiğini söylemesi solunum ölçmenin hava yolu açıklığı kontrolü ile aynı şey olduğunu savunduklarını ortaya koymaktadır. Oysa hastanın temel fizyolojik gereksinimleri içinde en önde karşılanması gerekli olan, soluk alma gereksinimindeki yetersizliklerin, neden ne olursa olsun acil olarak karşılanması ve solunumun yeterli düzeyde sürdürülmesinin en kısa zamanda sağlanmasıdır. Bunun içinde sadece solunum ölçmek yeterli değildir. Solunum ve dolaşımın en iyi göstergeleri olduğu için hasta,

huzursuzluk, zorlu solunum, ürkeklik, hızlı nabız sayısı ve arteriyel basınç açısından yakından gözlenmeli ve doğru bir kayıt sistemi gerçekleştirilmelidir.

Bilinç kontrol durumuna baktığımızda hemşirelerin %78.8'i bilinç kontrolü yaptığını ifade ederken hasta kayıtlarında hastaların %4.3'üne bilinç kontrolü yapıldığı görülmüştür. Hemşirelerin %33'ü yine yaşam bulgularıyla kontrol yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bilinç kontrolü yapılan hastaların ise ameliyat sonrası ilk 24 saatte ortalama 17.1 defa kontrol edildikleri ve bu hastalarında nöroşirurji servisinden olduğu görülmüştür. Yine bilinç kontrolünün de yaşam bulgularıyla birlikte yapıldığının söylenmesi düşündürücüdür. Hemşirelere bilinç kontrolü yapma durumlarını sorulduğunda, hemşire bakım formlarında bulunan "iletişimin sağlanması" kısmı ile karıştırdıkları görülmüştür. Oysa bilinç, kişinin kendisine, yaşantılarına, çevresine, öteki kişilere, bir bütün olarak içinde yaşadığı dünyaya ilişkin farkındalığı, yaşanan deneyimlerden kendiliğinden doğan kendinin farkında olma görüngüsüdür. İletişim ise, iletilen bilginin hem gönderici hem de alıcı tarafından anlaşıldığı ortamda bilginin bir göndericiden bir alıcıya aktarılma sürecidir. Dolayısıyla iletişimin sağlanması ile bilinç kontrolü apayrı şeylerdir.

Çalışmamızda hemşirelerin %40.9'u pupil kontrolü yaptıklarını ifade ederken hasta kayıtlarına bakıldığında hastaların %2.9'una pupil kontrolü yapıldığı ve bunlarında sadece nöroşirurji servisinde yapıldığı görülmüştür. Hemşirelerle yapılan görüşmelerde nöroşirurji servisi dışında çalışıp pupil kontrolü yapmadığını ifade edenler pupil kontrolünün kendi servislerinde gerekli olmadığını savunmuşlardır. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte ortalama %13,6'sı saatte bir, %13.6'sı 2 saatte bir ölçtüklerini ifade etmişlerdir. Hasta kayıtlarında ise hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte ortalama 2 saatte bir pupil kontrolü yaptıkları görülmüştür. Hemşirelerin ifadeleriyle kayıtlara yansıyan pupil kontrol durumları uyumsuzken, kontrol sıklıkları ifadeleriyle kısmen uyduğu görülmüştür.

Ekstremiteler / duyu-motor kontrolüne baktığımızda hemşirelerin %66.7'si ameliyat sonrası ilk 24 saatte kontrol etmediklerini ifade ederken, hasta kayıtlarına yansıyan gözlemlerine bakıldığında %18.8'inde ekstremiteler / duyu-motor kontrolü yapıldığı bulunmuştur. Hemşirelerin ekstremitelerde duyu-motor kontrol sıklığı ile ilgili ifadelerinin birbirleri ile benzerlik göstermediği görülmüştür. %27.3'ü ameliyat sonrası ilk 24 saatte ortalama 3 defa, %15.2'si 2 saatte bir, %7.6'sı saatte bir kontrol ettiklerini ifade etmişlerdir. Hasta kayıtlarında ise ortalama 4.5 defa kontrol ettikleri bulunmuştur. Erdil ve Elbaş (2001), Ameliyattan sonra ilk 2 gün içinde 1-2 saatte bir periferik emboli ve alt ekstremitelerde sinirsel işlevleri (ekstremitelerde nabız, renk değişikliği, ağrı, duyu ve motor refleks kontrolü gibi) değerlendirmeye yönelik izlem yapılması gerektiğini vurgulamıştır.



Zeitz and McCutcheon (2006), yaptıkları araştırmada hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte ortalama  $6.67 \pm 8.01$  defa nörovasküler kontrol yaptıklarını gözlemlemişlerdir.

Hemşirelerle olan görüşmelerde hemşirelerin %98.5'i IV yol kontrolü ve bakımını yaptıklarını ifade ederken kayıtlara yansıyan gözlemlerde %97.1'inde IV yol kontrolü ve bakımı yapıldığı görülmüştür. Hemşirelerin %65.2'si ameliyat sonrası ilk 24 saatte IV yol kontrol ve bakımını 3 defa yaptıklarını ifade ederken, kayıtlara baktığımızda da hemşirelerin ortalama 3 defa yaptıkları görülmüştür. IV yolun izlenmesi ve bakımına baktığımızda hemşirelerin ifadeleriyle kayıtlara yansıyan hemşirelik gözlemlerinin paralellik gösterdiği dikkat çekmektedir. Zeitz and McCutcheon (2006), yaptıkları araştırmada hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte ortalama  $5.81 \pm 5.74$  defa IV yol kontrolü ve bakımı yaptıklarını bulmuşlardır. Karadağ ve Taşçı (2005), yaptıkları araştırmada bizim araştırmamızla benzer şekilde hemşirelerin %94'ünün IV yol kontrolü yaptığını belirlemişlerdir.

Çalışmamızda hemşirelerin tümü (%100) dren kontrolü yaptıklarını ifade ederken, hemşire kayıtlarının %60.9'unda dren kontrolü yapıldığı görülmüştür. Hemşire kayıtlarında kontrol yüzdesinin düşük çıkma sebebi, dren kontrolü yapılmadığı görülen hastalarda ameliyat sonrası dren olmamasından kaynaklanmaktadır. Dren kontrol sıklığına bakıldığında hemşirelerin %71.2'si ameliyat sonrası ilk 24 saatte 3 defa kontrol ettiklerini ifade ederken, hasta kayıtlarında ortalama 4.8 defa izlendiği görülmüştür. Burada da hemşirelerin sıklık ile ilgili ifadeleri ile uygulamaya yansıtılmaları arasında bir paralellik olduğu gözükmemektedir. Zeitz and McCutcheon (2006), yaptıkları araştırmada hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte ortalama  $6.12 \pm 5.71$  defa dren kontrolü yaptıklarını bulmuşlardır.

Sürekli kateter uygulanması üriner sistem enfeksiyonuna ve doku travmasına neden olabilir. Yapılan araştırmalar, tanı ya da tedavi amacıyla üriner sisteme kateterle girişimde bulunulan hastaların %80'den fazlasında üriner enfeksiyon geliştiğini göstermiştir. Bu konuda yapılan araştırma verilerine göre ortalama enfeksiyon oranı; kateter 24 saat kaldığında %4, kateter 4 hafta kaldığında %95'tir (Erdil ve Elbaş, 2001). Üriner kateter kontrolü ve bakımına incelendiğinde hemşirelerin tümü bu bakımı yaptıklarını ifade etmişlerdir. Hasta dosyalarında ise hastaların %42'sine bu bakımın yapıldığı saptanmıştır. Hemşire kayıtlarında kontrol yüzdesinin düşük çıkma sebebi, üriner kateter kontrolü yapılmadığı görülen hastalarda ameliyat sonrası üriner kateter olmamasından kaynaklanmaktadır. Kontrol sıklığında ise hemşireler arasında görüş birliği olmadığı görülmüştür. Hemşirelerin %47'si ameliyat sonrası ilk 24 saatte 1 defa kontrol edilmesi

gerektiğini savunurken, %33.3'ü 3 defa kontrol edilmesi gerektiğini savunmuşlardır. Hasta kayıtlarında ise ortalama 3 defa kontrol edildiği görülmüştür. Hemşirelerin üriner kateter kontrolünü yapma durumları ile ilgili ifadeleri ile kayıtları arasında fark varken, üriner kateter kontrol etme sıklıkları ile ilgili ifadeleri ile kayıtları benzerlik göstermektedir.

Büyük hümanist Albert Schweitzer'in "İnsanlığın ölümden bile daha korkunç efendisi" olarak tanımladığı ağrı konusu gerek temel eğitimde, gerekse uygulamada ihmal edilen önemli bir hasta sorunudur. Ağrının değerlendirilmesi ve izlenmesi başarılı ağrı kontrolünün ön koşuludur. Bunu yerine getirerek tedaviyi yönlendirecek kişiler ise, ağırlı hastayı sürekli gözleme olanağına sahip olan hemşirelerdir (Halingworth, 1994). Çalışmamızda hemşirelerin tümü (%100) ağrı kontrolünü yaptıklarını ifade ederken hasta kayıtlarına yansıyan gözlemlerinde de %98.6'sının ağrı kontrolü yaptığı görülmüştür. Özer (1998), yaptığı çalışmada hemşirelerin %78.85'inin ameliyat sonrası ağrı belirtilerini izlediklerini saptamıştır. Araştırmamızda hemşirelerin ağrı kontrol sıklığına baktığımızda hemşirelerin %92.4'ü ameliyat sonrası ilk 24 saatte 3 defa kontrol ettiklerini ifade ederken, hasta kayıtlarında ilk 24 saatte ortalama 3.4 defa kontrol edildiği bulunmuştur. Ağrı kontrolünde hemşire ifadeleri ile hasta dosyalarından elde edilen bilgilerin paralellik gösterdiği görülmektedir. Zeitz (2003), katılımlı gözlemler çalışmasında hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıya, 0-4 saatler arası 76 dakika, 5-12 saatler arası 150 dakika, 13-24 saatler arası 222 dakika ayırdığını bulmuştur. Bu da 24 saatte hemşirelerin ortalama 7,4 defa ağrı kontrolü yaptığını göstermiştir. Zeitz and McCutcheon (2006), yaptıkları araştırmada bizim araştırmamıza benzer bir sonuç bularak hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte  $2,82 \pm 4,99$  defa ağrı kontrolü yaptıklarını gözlemlemişlerdir.

Çalışmamızdan elde edilen verilere göre hemşirelerin tümü (%100) ameliyat sonrası ilk 24 saatte aldığı-çıkardığı kontrolü yaptıklarını ifade ederken, kayıtlara yansıyan hemşire gözlemlerinde hastaların %59.4'üne aldığı-çıkardığı kontrolü yapıldığı görülmüştür. Aldığı çıkardığı kontrol sıklığına bakıldığında hemşirelerin tümü (%100) ilk 24 saatte 3 defa kontrol ettiklerini söylerken, kayıtlarda hastalara ameliyat sonrası ilk 24 saatte ortalama 4.5 defa AÇT kontrolü yapıldığı bulunmuştur. Hemşirelerin AÇT kontrolü yapma durumları ile yapma sıklıklarının kayıtları ile uyuşmadığı görülmüştür.

Hemşirelerle olan görüşmelerde %95.5'i ameliyat sonrası ilk 24 saatte kanama kontrolü yaptıklarını ifade ederken, kayıtlarda hastaların %58'ine kanama kontrolü yapıldığı görülmüştür. Hemşirelerin %89.4'ü kanama kontrolünü ameliyat sonrası ilk 24 saatte 3 defa yaptıklarını ifade ederken kayıtlarda hastalara ortalama 3.4 defa kanama kontrolü yapıldığı görülmektedir. Hemşirelerin kanama kontrolünü yapma durumları ile

ilgili ifadeleri ile kayıtları arasında fark varken, kanama kontrolü yapma sıklıkları ile kayıtları benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %90.9'u dolaşım kontrolü yaptıklarını ifade ederken kayıtlara yansıyan gözlemlerinde hastaların %49.3'üne dolaşım kontrolü yaptıkları görülmektedir. Hemşirelerin %80.3'ü bu kontrolü ameliyat sonrası ilk 24 saatte 3 defa yaptıklarını ifade ederken, kayıtlarda ilk 24 saatte ortalama 3.7 defa dolaşım kontrolü yapıldığı görülmüştür. Hemşirelerin dolaşım kontrolü yapma durumları ile kayıtlara yansıyan dolaşım kontrolü yapma durumları arasında büyük fark olduğu gözlenirken, bu kontrolü yapma sıklıkları arasındaki farkın daha az olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda ortaya çıkan sonuçlara göre hemşirelerin %80.3'ü ameliyat sonrası ilk 24 saatte deri kontrolü yaptıklarını ifade ederken, hemşirelik kayıtlarında hastaların %17.4'üne deri kontrolü yaptıkları görülmüştür. Hemşirelerin %51.5'i ameliyat sonrası ilk 24 saatte deri kontrolünün 3 defa yapıldığını ifade etmiş ve kayıtlarda da ortalama 3 defa deri kontrolü yapıldığı görülmüştür. Hemşirelerin deri kontrolü yapma sıklıkları, kayıtları ile tutarlılık gösterirken, bu kontrolü yapma durumları ile kayıtlar arasında büyük bir fark vardır. Hemşirelerle yapılan görüşmelerde bunun sebebi açıkça görülmüştür. Hemşirelerin çoğu deri kontrolünü yatak yarası oluşuktan sonra bakım yapmaya başladıklarını ifade etmişlerdir. Bu da hemşirelerin yatak yarası oluşumunu önlemek yerine oluşuktan sonra geç kalınmış bir bakım olduğunu ortaya koymaktadır. Deri kontrolüne sadece yatak yarası yönünden bakmak doğru değildir. Hemşirelerin ameliyat sonrası hastaların dudak ve tırnak rengi, cilt rengini kontrol etmesi beklenir. Koyu, soluk, soğuk, nemli deri şokun göstergeleridir. Derhal ilgili hekime haber vermesi ve bu gözlemlerini kaydetmesi gerekmektedir.

Yara bakımının amacı yara bölgesinde enfeksiyon gelişimini önlemek ve skar dokusunu azaltarak iyileşmeyi hızlandırmaktır. Çalışmamızda ameliyat sonrası ilk 24 saatte hemşirelerin %39.4'ü yara kontrolü yaptıklarını ve ifade ederken hemşirelerin %22.7'si yara kontrolünün 3 defa yapıldığını söylemişlerdir. Hasta kayıtlarına baktığımızda yara kontrolü ile ilgili bir ibareye rastlanmaması düşündürücüdür. Zeitz and McCutcheon (2006), yaptıkları araştırmada, hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte  $7.18 \pm 6.25$  defa yara kontrolü yaptıklarını gözlemlemişlerdir. Zeitz (2003), yaptığı araştırmada hemşirelerin ameliyat sonrası 0-4 saatler arası 95 dakika, 5-12 saatler arası 250 dakika ve 13-24 saatler arası 428 dakikalarını yara bakımına ayırdıklarını gözlemlemiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hepsi ameliyat sonrası pansuman kontrolü yapmadıklarını ifade etmişlerdir ve kayıtlarında da pansuman kontrolü ile ilgili bir veriye

rastlanmamıştır. Hemşirelerle yapılan görüşmede araştırmaya katılan hemşirelerin tümü pansuman kontrolünü kendilerinin yapmadığını, hekimlerin yaptığını ifade etmişleridir. Yara kontrolünde hemşire kayıtlarında, pansuman kontrolünde de hem hemşire ifadeleri hem de kayıtlarında herhangi bir veriye rastlanmaması hemşirelerin ameliyat sonrası yara bölgesi ile ilgilenmediklerini açıkça ortaya koymaktadır.

Son yıllarda geliştirilen modern anestetik ilaçlar ve teknikler ameliyat sonrasındaki kusma oranını azaltmıştır. Bununla beraber ameliyattan sonra bazı hastalarda bulantı kusma görülmektedir (Erdil ve Elbaş, 2001). Hemşirelerin bulantı kusma kontrol durumuna baktığımızda tümü bu kontrolü yaptıklarını ifade ederken hasta kayıtlarında %97.1'ine yapıldığı görülmüştür. Hemşirelerin %92.4'ü bu kontrolü ameliyat sonrası ilk 24 saatte 3 defa yaptıklarını ifade ederken, hasta kayıtlarında ameliyat sonrası ilk 24 saatte ortalama 3.3 defa kontrol edildiği görülmüştür. Bulantı kusma kontrolüne baktığımızda hemşirelerin ifadeleriyle kayıtlara yansıyan hemşirelik gözlemlerinin paralellik gösterdiği görülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %95.5'i nazogastrik tüp kontrolü yaptıklarını ifade ederken, kayıtlarda hastaların %13'üne NG kontrolü yapıldığı görülmüştür. Bunun sebebi de kayıtlarda NG kontrolü yapılmadığı görülen hastaların tümünde NG olmamasıdır. NG kontrol sıklığına baktığımızda hemşirelerin %68.2'si ameliyat sonrası ilk 24 saatte 3 defa kontrol ettiklerini söylerken kayıtlarda da ortalama 3 defa kontrol edildiği görülmüştür. NG kontrol durumu ve sıklığında hemşire ifadeleri ile kayıtları arasında paralellik olduğu görülmektedir. Karadağ ve Taşçı (2005), yaptıkları araştırmada hemşirelerin %46.1'inin nazogastrik sonda uygulama ve bakımını yaptığını belirlemişlerdir.

Hemşirelerin uygun pozisyon verme durumuna baktığımızda tümünün (%100) hem ifadelerinde hem de kayıtlarında bu aktiviteyi yerine getirdikleri görülmüştür. Hemşirelerin %48.5'i günde 3 defa, % 40.9'u 12 defa uygun pozisyon verdiğini ifade ederken hasta kayıtlarında ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastalara ortalama 3.6 defa uygun pozisyon verildiği görülmüştür. Karadağ ve Taşçı (2005), yaptıkları araştırmada cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin %95.9'unun uygun pozisyon verdiklerini bulmuştur.

Çalışmamızda hemşirelerin %97'si periferik oksijen saturasyonu kontrolü yaptığını ifade ederken, kayıtlarda hastaların %2.9'una bu kontrolün yapıldığı görülmüştür. Hemşirelerle yapılan görüşmelerde, sadece monitörize hastalara bu kontrolü yaptıklarını ifade ettiklerinden bu fark ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin %92.4'ü bu kontrolü saat başı yaptıklarını ifade ederken hasta kayıtlarında da ameliyat sonrası ilk 24 saate saat başı periferik oksijen saturasyonu kontrolünün yapıldığı görülmüştür. Hemşirelerin ifade

ettikleri sıklık ile uygulamaları arasında paralellik olduğu görülmektedir. Zeitz (2003), hemşirelerin periferik oksijen saturasyonu kontrolüne, ameliyat sonrası 0-4 saatler arası 77 dakika, 5-12 saatler arası 181 dakika ve 13-24 saatler arası 222 dakika ayırdıklarını gözlemlemiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin %89.4'ü ameliyat sonrası ilk 24 saate yapmış oldukları gözlemler sonucu komplikasyon varlığını belirlediklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %83.3'ü dolaşım ile ilgili (taşikardi, bradikardi, hipertansiyon, hipotansiyon, SVO, kanama, şok, kardiyak arrest, aritmi, MI, sinüs taşikardisi), %34.8'i vücut sıcaklığı ile ilgili, %30.3'ü solunum ile ilgili (solunum arresti, pnömotoraks, pnömoni, solunum sıkıntısı) komplikasyon belirlediklerini ifade etmişlerdir. Hasta kayıtlarında ise hastaların %49.3'ünde komplikasyon geliştiği görülmüştür. Hastaların %33.3'ünde vücut sıcaklığı ile ilgili sorunlar, %20.3'ünde hipertansiyon kaydına rastlanmıştır. Hasta kayıtlarında görülen komplikasyonların çoğunun yaşam bulgularıyla ilgili sorunlar olması dikkat çekicidir.

Ameliyat sonrası komplikasyonlarla ilgili literatür incelendiğinde farklı cerrahi girişimler sonunda gelişebilen komplikasyonların belirlenmesine dönük çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Gamil and Fanning (1991), 2153 cerrahi hastanın % 5'inde ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde ciddi (önemli) komplikasyonların geliştiğini ve bu hastaların %15'inin büyük bir ameliyat geçirdiklerini belirlemişlerdir. Chung et al. (1996), günü birlik cerrahi girişim uygulanan 1017 hastada ameliyattan 24 saat sonra en fazla ağrı, bulantı-kusma, başağrısı ve baş dönmesi gibi sorunların görüldüğünü ve cerrahi girişimin tipi ile ameliyat sonrası gelişen sorunların hastaların günlük yaşam fonksiyonlarına geri dönüşünü etkilediğini belirlemişlerdir. Jawaid et al.(2004), genel cerrahi servislerinde 411 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada ameliyat sonrası en sık görülen komplikasyonların, postoperatif ateş, bulantı-kusma, yara enfeksiyonu, solunum yolları enfeksiyonu olduğunu belirlemişlerdir. Thompson et al.(2003), 1021 abdominal cerrahi girişim geçiren hasta üzerinde yaptıkları çalışmada majör komplikasyonların en yüksek oranda ameliyattan sonra 1-3. günler arasında geliştiğini ve en yaygın komplikasyonların, ameliyat sonrası ateş, bulantı-kusma, yara enfeksiyonu, solunum yolu enfeksiyonu olduğunu belirlemişlerdir. Zeitz et al. (2004), genel cerrahi servislerinde 144 hasta kayıtlarını değerlendirdiklerinde, hastalarda ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde en fazla bulantı ve kusmanın görüldüğünü belirlemişlerdir.

#### **Hemşirelerin gözlemlerin sıklığı ile ilgili bilgi ve düşünceleri:**

Hemşirelerin %72.7'si gözlemlerin sıklıklarını uygun bulduklarını ifade etmişlerdir. Gözlemlerin sıklığını uygun bulmayan hemşireler (%27.9) ise sadece yaşam bulgularının

ölçüm sıklıklarını uygun bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu hemşirelerin %66.6'sı "hastanın yaşam bulgularını ölçme sıklığına hastanın durumuna göre ben karar vermeliyim" yanıtını vermiştir.

### **Hemşirelerin bu gözlemleri hekim istemine göre / bağımsız olarak yapma durumları:**

Literatürün postoperatif bakımın sıklığı hakkında yol göstericiliği azdır. Birkaç çalışmada sık gözlem yapmaktan bahsedilmiştir (Davis and Nomura, 1990; Schumacher, 1995). Leinonen ve Leino-Kilpi (1999), cerrahi süreçte, erişkin hastaların bakımı ile ilgili 97 bilimsel çalışmayı analiz etmiştir. Araştırmacılar, ameliyat sonrası dönemle ilgili makalelerin, anesteziye uyum ve iyileşme, ağrı, beden sıcaklığı ve hemşirelik aktiviteleri üzerinde odaklandıklarını, ameliyat sonrası ölçüm ve gözlem sıklığına ilişkin bir çalışma olmadığını belirlemişlerdir. Zeitz and McCutcheon (2006), hemşirelik gözlemlerinin rutin ve hastane politikalarına bağlı olarak gerçekleştirildiğini ileri sürmektedir. Botti and Hunt (1994), hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde yapacağı gözlemlere hastane politikalarına göre karar verdiklerini söylemişlerdir.

Çalışmamızda hemşirelerin %80.3'ü ameliyat sonrası ilk 24 saatte gözlemleri hekim istemi ve hasta gereksinimlerine göre belirlediğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %56.1'i ise ameliyat sonrası ilk 24 saatte yapacağı gözlemlerin sıklığını hekim istemi ve hasta gereksinimlerine göre belirlediğini vurgulamıştır. Hemşirelerin sadece %9.1'i yapacağı gözlemlerin sıklığını hemşire yöneticilerin beklentisine göre belirlediğini ifade etmiştir.

Hemşirelerin ameliyat sonrası hemşire gözlemlerine ilişkin bilgileri elde ettiği kaynaklara bakıldığında %95.5'inin hemşirelik eğitimi sırasında elde ettiğini ifade ettikleri görülmüştür. Hemşirelerin %33.3'ünün katıldığı kongre, sempozyum, seminerler yolu ile ve %21.2'sinin mezuniyet sonrası okudukları yayınlar aracılığı ile ve %42.4'ünün çalışma ortamından bu bilgileri elde ettiklerini söylemesi hemşirelerin mezuniyet sonrası kendilerini geliştirmeye yönelik çaba sarf etmediklerini sadece okuldan öğrendikleriyle yetindiklerini ve çalışma ortamından öğrendiklerini bu bilgilere eklediklerini göstermektedir. Hemşirelerin bu bilgilerle çalışma hayatında uyguladıkları hemşirelik bakımının uygunluğuna baktığımızda %78.8'inin uygun olduğunu ifade ettiği görülmüştür.

Ameliyat sonrası erken dönem, hastanın yaşamsal önem taşıyan gereksinimlerinin olması, ve komplikasyon gelişme riskinin fazla olması nedeni ile gözlem ve izlemin en hayati olduğu dönemdir. Bu nedenle hemşirelerin hastanın iyileşmesini hızlandırmak için hastaları yakından gözlemlenmeleri ve gerekli girişimleri hekimle işbirliği içinde

gerçekleştirmeleri gerekir. Hemřirelerin bunu gerçekleştirmeleri, kendi alanlarına giren konularda bilgilerini arttırmakla, eylemleri üzerinde dűřünmekle, araştırmalar yürütmekle, kanıt değeri olan araştırma sonuçlarını hayata geçirmekle mümkündür. Tüm bunlar ise mesleki bilincin gelişmesi anlamına gelmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

\*Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%97), ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastaların yakından gözlenmesi/izlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşireler bu dönemde hastaların yakından izlenmesi gerekliliğinin nedenleri olarak komplikasyon gelişme olasılığının yüksek olmasını (%97.3) ve yaşam bulgularındada değişikliklerin yaşanmasını (%16.7) göstermişlerdir.

\*Hemşirelerin %95.5'i hemşirelik kayıtlarının hastanın bakım ve tedavisini yönlendirmede yararlı olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşireler kayıtların, bakımın devamlılığını sağlama ve bir sonraki vardiyada çalışacak hemşireye yol gösterme (%54.5), bakımın planlanmasını ve değerlendirilmesini sağlama ( %34.8), hemşireyi yasal olarak güvence altına alma ve yaptıklarını kanıtlanmasına yardımcı olma (%30.3) gibi yararlarının olduğunu belirtmişlerdir.

\*Araştırmaya katılan hemşirelerin tamamı, ameliyat sonrası ilk 24 saat boyunca hastaların yaşam bulgularını, üriner kateter ve drenleri, ağrıyı, aldığı çıkardığı sıvı miktarını, pozisyonu, bulantı ve kusmayı izlediklerini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu, hava yolu açıklığını (%87.9), bilinç takibini (%78.8), IV yol kontrol ve bakımını (%98.5), kanama kontrolünü (%95.5), dolaşım kontrolünü (%90.9), deri kontrolünü (%80.3), NG kontrolünü (%95.5) ve oksijen saturasyonu kontrolünü (%97) yaptıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin tamamı (%100) pansuman kontrolünü, %59.1'i pupil kontrolünü ve %60.6'sı yara kontrolünü yapmadıklarını ifade etmişlerdir.

\*Ameliyat sonrası ilk 24 saat boyunca, yaşam bulguları dışında yer alan gözlemlerin sıklığı ile ilgili olarak hemşirelerin fikir birliği içinde olmadıkları görülmüştür. Hemşireler genellikle, aldığı çıkardığı sıvı izleminin (%100), ağrı kontrolünün (%92.4), bulantı kusma izleminin (%92.4), kanama takibinin (%89.4), dolaşım kontrolünün (%80.3), dren kontrolünün (%71.2), N.G kontrolünün (%68.2), deri kontrolünün (%51.2) ve pozisyon izleminin (%48.5) 3 defa yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Bunun dışında hemşirelerin %92.4'ü oksijen saturasyonu izleminin saat başı ve %68.2'si hava yolu açıklığının yaşam bulguları izlem sıklığı ile paralel olması gerektiğini ifade etmişlerdir.

\*Hemşirelerin yaşam bulguları dışında, ameliyat sonrası kayıtlara yansıyan gözlemlerine bakıldığında hastaların tamamında (%100), pozisyonun değerlendirilerek uygun pozisyonun verildiği (24 saatte ortalama 3.6 kez) belirlenmiştir.



Hasta kayıtlarında üriner kateteri (24 saatte ortalama 3 kez), Nazogastrik sondası (24 saatte ortalama 3 kez), drenleri (24 saatte ortalama 4,8 kez) ve pulse oksimetri (%2.9 ve 24 saatte ortalama 6 kez) olan hastaların tamamında, gerekli hemşirelik gözlemlerinin yapıldığı belirlenmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunda, ağrı izleminin (%98.8 ve 24 saatte ortalama 3.4 kez), IV yolun kontrolünün (%97.1 ve 24 saatte ortalama 3 kez), bulantı-kusma izleminin (%97.1 ve 24 saatte 3.3 kez) yapıldığı belirlenmiştir.

Hasta kayıtlarında, hastaların tamamında hava yolu açıklığının, yara izleminin ve pansuman izleminin yer almadığı; hastaların çok az bir kısmında, bilinç (% 4.3 ve 24 saatte ortalama 17.1 kez), pupil (%2.9 ve 24 saatte ortalama 12 kez) kontrollerinin yapıldığı görülmüştür.

\*Hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde yaşam bulgularının izlem sıklığı ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin tamamı ameliyat sonrası 1. saatte 4 defa izlediklerini belirtmekle birlikte, diğer saatlerde tam bir fikir birliğinin olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte kayıtlara yansıyan yaşam bulgularını izlem sıklığına bakıldığında ise, 1. saat için söylemde var olan bu fikir birliğinin uygulamada gerçekleşmediği görülmüştür. Hemşire kayıtlarında ameliyat sonrası ilk saatte, hastaların %34.8'inde yaşam bulgularının 2 defa ölçüldüğü belirlenmiştir.

\*Hemşirelerin %89.4'ü ameliyat sonrası ilk 24 saate yapmış oldukları gözlemler sonucunda hastalarında komplikasyon belirlediklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin belirlediklerini ifade ettikleri komplikasyonlara bakıldığında, bu komplikasyonların büyük oranda (%83.3) dolaşım ile ilgili (taşikardi, bradikardi, hipertansiyon, hipotansiyon, SVO, kanama, şok, kardiyak arrest, aritmi, MI, sinüs taşikardisi) olduğu belirlenmiştir.

\* Hemşirelik kayıtlarında hastaların %49,3'ünde ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastalarda komplikasyon geliştiğine ilişkin bilginin yer aldığı görülmüştür.

\*Hemşirelik kayıtlarında hastaların %33.3'ünde vücut sıcaklığı ile ilgili sorunlar, %20.3'ünde hipertansiyon, %4.3'ünde kanama, %1.4'ünde solunum arresti geliştiği görülmüştür.

\*Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%72.7), yaşam bulgularını izleme sıklıklarının uygun olduğunu belirtmişlerdir. Ameliyat sonrası izlem sıklığının uygun olmadığını belirten hemşirelerin çoğunluğu (%66), hasta izlem sıklığının hastanın durumuna göre hemşirelerin belirlemesi gerektiğini dile getirirken, %22.2'si ölçüm sıklığının ameliyatın türüne göre değişmesi gerektiğini, %11.1'i ise, 1. saatte 4 defa ölçmeye gerek olmadığını

belirtmiştir. Hemşirelerin tümü yaşam bulguları dışındaki gözlemlerin sıklıklarının uygun olduğunu belirtmiştir.

\*Hemşirelerin çoğunluğu, ameliyat sonrası gerçekleştirilmesi gereken gözlemleri (%80.3) ve sıklığını (%56.1) hekim istemi ve hastanın gereksinimlerine göre belirlediklerini belirtmişlerdir.

\*Hemşirelerin %95.5'i ameliyat sonrası erken dönemde hemşire gözlemine ilişkin bilgileri hemşirelik eğitimi sırasında, %33.3'ü katıldığı kongre, sempozyum, seminerler yolu ile, %21.2'si mezuniyet sonrası okuduğu yayınlar aracılığı ile ve %42.4'ü çalıştıkları birimlerden elde ettiklerini ifade etmişlerdir.

\*Hemşirelerin %78.8'i ameliyat sonrası gerçekleştirdikleri gözlemlerin sahip oldukları bilgilerle uyumlu olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmadan elde edilen tüm bu sonuçlar, hemşirelerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastaların gözlenmesinin önemli olduğuna görüş belirtmekle birlikte, cerrahi servislerinde ameliyat sonrası hasta izlemi ile ilgili ortak bir görüş olmadığını göstermektedir.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Ameliyat sonrası erken dönemde (ilk 24 saat) hasta izlemleri ve sıklığının hasta bakımına etkisi ile ilgili olarak daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılması,
- Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin konu ile ilgili bilgi gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve bu doğrultuda hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi,
- Ameliyat sonrası erken dönemde, yara izlemi, pansuman izlemi, bilinç, pupil, hava yolu açıklığı, ekstremitelerde duyu motor izleminin hemşirenin önemli sorumlulukları olduğu konusunda hemşirelerin bilinçlendirilmesi,
- Hemşireler eğitimleri sırasında yaptıkları ya da yapmadıkları eylemlerin nedenlerinin bilincinde olacak şekilde yetiştirilmemesi,
- Cerrahi servislerinde hastalarda nelerin hangi sıklıkta gözleneceğine ilişkin hekimlerin ve hemşirelerin işbirliği içinde ve kanıt değeri olan bilimsel bilgileri kullanmaları,
- Hemşirelerin formal eğitimleri dışında, mesleki gelişimlerini sürdürmeleri için, mesleki yayınları izlemesi ve bilimsel faaliyetlere katılması,
- Hemşirelerin sorumluluklarını yerine getirmesini kolaylaştırmak için yeterli sayıda hemşire istihdamının sağlanması önerileri getirilmiştir.

## KAYNAKLAR

Akdemir N, Birol L. (2003) Sıvı elektrolit dengesizlikleri. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayını. İstanbul.

Aksoy G, Dramalı F.A, Erdil F, Hatipoğlu S, Kanan N, Elbaş N, Şelimen N, Akyolcu N, Güler Ü, Atay M. (1998) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, ed. Aksoy G. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.

Armstrong B.P, Clancy M, Simpson H. (2008) Making sense of vital signs. *Emergency Medicine Journal*. 25: 790-791

Black J, Matassarın – Jacobs E. (1997) Clinical management of continuity of care. Medical Surgical Nursing. Saunders. Philadelphia, PA, USA.

Botti MA, Hunt JO. (1994) The routine of post anaesthetic observations. *Contemp Nurse*. 1994 Jun;3(2): 52-7.

Bölükbaş N. (1991) Ameliyat sonrası komplikasyonlar. *Türk Hemşireler Dergisi*. 41(4): 15-18.

Brunner L.S, Suddarth D.S (1986) The Lippincott Manual of Nursing Practice. 4th ed.

Centre for Applied Nursing Research. (1998) Postoperative observations. A systematic review. Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. Adelaide.

Chung F, Un V, Su J. (1996) Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory anesthesia. *Canadian Journal of Anesthesia*. 43: 1121-1127.

CRNBC. (2007) Nursing documentation. college of registered nurses of British Columbia. 1-24. <http://www.crnbc.ca/NursingPractice/Requirements.aspx> (Ulaşım: 10 Nisan, 2009).

Crisp J, Taylor C. (2000) Potter and Perry's fundamentals of nursing. Mosby, Marrickville.

Çevik E, Tapucu A, Şahin A. (2004) Florence Nightingale'in hemşirelik öğretilerine ve feminist ideolojiye katkılarına genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 12: 177-182.

Davis M.J, Nomura L.A. (1990) Vital Sign of Class 1 Surgical Patients. *West J Nurs Res*: 12: 28-41

Dunn C.D, Rawlinson N. (Çev;Atalay C.) (1994) Cerrahi Tanı ve Tedavi 1. 14-99. Medikomat Basım Yayınevi. Ankara.

Erdal E. (1993) Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar. Dağışan Ofset, İzmir.

Erdil F, Elbaş N. (1996) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 97-136, Aydoğdu Ofset, Ankara.

Erdil F. (1994) Sıvı-Elektrolit Dengesizlikleri ve Hemşirelik Uygulamaları. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara.

Esatoğlu A, Artukoğlu A. (2000) Tıbbi dökümantasyon tarihi ve tıbbi dökümantasyon ile ilgili meslektaşın gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*. 1(1): 13-19.

Evans D, Hodgkinson B, Berry J. (1999) Vital signs. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery.4: 8-9.

Fernandez R. (2004) A Comparison of Evidence Based Regime With the Standard Protocol for Monitoring Postoperative Observation. 23(1): 15-21

Fredin J, Marshall V. (Çev: Değerli Ü. ve ark.) (1992) Ameliyat Öncesi, Esnası, Sonrası. 25-173. Nobel tıp kitapevi omaş ofset. İstanbul.

Gamil. M, Fanning A. (1991) The first 24 hours after surgery A study of complications after 2153 consecutive operations; *Anaesthesia* 46(9): 712-715.

Giuliano K.K, Higgins T.L. (2005) New-generation pulse oximetry in the care of critically ill patients. *American Journal of Critical Care*. 14 (1): 26-39.

Güngel H. (1988) Postoperatif problemler. Cerrahi – 1, ed. Değerli Ü, 186-202. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.

Gürler H. (2007) Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları ile ilgili görüşleri ve memnuniyet durumları. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi.

Hakemi A, Bender JA (2005) Understanding pulse oximetry, advantages, and limitations. *Home Health Care Management & Practice*. 17 (5): 416-418.

Hakverdioğlu G. (2007) Oksijen saturasyonunun değerlendirilmesinde pulse oksimetrimin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*: 11(3): 45-49.

Halingworth H. (1994) No gain. *Nursing Times*. 90(1): 24-27

Hinkelbein J, Genzwuerker H.V, Fiedler F (2007) Detection of a systolic pressure threshold for reliable readings in pulse oximetry. *Elsevier*. 72: 82-91.

Jawaid M, Masood Z, Iqbal S. (2006) Post-operative complications in a general surgical ward of a teaching hospital. *Pak J Med Sci*. 22(2): 171-175.

Jubran A. (1999) Pulse oximetry. *Critical Care*. 3 (2): 11-17.

Karadağ S, Taşçı S. (2005) Kayseri devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 14: 13-21

Karagözoğlu Ş. (2001) İntravenöz sıvı tedavisi komplikasyonu olarak gelişen tromboflebitte hemşirelik bakımı ve sıcak - soğuk uygulamanın yeri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*: 5(1): 18-25.

Karkkainen O, Bondas T, Eriksson K. (2005) Documentation of individualized patient care:a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*. 12(2): 123-132.

Kartoğlu S. (2008) Cerrahi yaralarda hemşirelik bakımı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi. 67: 25-30

Kayhan C. (2003) Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi. Tez (YL). Afyon Kocatepe Üniversitesi.

King J. (2004) Thermoregulation: Physiological responses and adaptations to exercise in hot and cold environments. *J. Hyperplasia Research*. 4(3)

Kilinç G. (1995) Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımına ilişkin bilgi ve uygulama düzeyleri. Tez (YL). Cumhuriyet Üniversitesi.

Leinonen K, Leino-Kilpi H. (1999) Research in peri-operative nursing care. *Journal of Clinical Nursing*. 8: 123-138.

Lewis S, Heitkemper M, Dirksen S. (2000) Assessment and management of clinical problems. *Medical Surgical Nursing*. 5th edn. Mosby. St Louis , MO, USA.

- Litwack K. ((1997) Practical points in the evaluation postoperative fever. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 12(2): 100-104.
- Marshall M. (1993) Postoperative Confusion: *Nursing* 93, 44-47
- McGain F, Cretikos M.A, Jones D, Dyk S.V, Buist M.D, Opdam H, Pellegrino V, Robertson M.S, Bellomo R. (2008) Documentation of clinical review and vital signs after major surgery. *MJA*. 189(7): 380-383
- McKenzie G, Porter T. (2007) *Clinical companion. Medical-surgical Nursing* (online). Elsevier. [http://books.google.com/books?id=VJjkxU9gWZ4C&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs\\_ViewAPI#PPP1,M1](http://books.google.com/books?id=VJjkxU9gWZ4C&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ViewAPI#PPP1,M1) (Ulaşım: 10 Mart 2009)
- Nuhr M, Hoerauf K, Joldzo A, Frickey N, Barker R, Gorove L, Puskas T, Kober A (2004) Forehead Spo2 monitoring compared to finger Spo2 recording in emergency transport. *Anaesthesia*. 59: 390-393.
- Ömür S. (2004) Yoğun bakım hastalarında vital bulguların takibi ve önemi. *Güncel Gastroenteroloji*. 8(2): 146-150.
- Özer N. (1998) Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağırlı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi.
- Pektekin Ç. ed. (1996) *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. Birlik ofset Ltd. Şti. İstanbul.
- Pellegrini A.C. (Çev; Doğru M.) (1985) Postoperatif komplikasyonlar. *Çağdaş Cerrahi Tanı ve Tedavi* (1. cilt). ed. Akgül A. 26-43. Türkiye Klinikleri Yayınevi 2. baskı. Ankara.
- Philips W, Long B, Woods N. (1987) *Concepts and Clinical Practice. Medical – Surgical Nursing*. Mosby. St Louis, MO, USA.
- Rowland M.A. (1990) Myths and facts about postop discomfort. *American Journal Of Nursing*. 60-64
- Saxton D, Pelikan P, Nugent P. (2000) *Mosby's comprehensive review of nursing*. CV Mosby. St Louis, MO, USA.
- Schumacher S.B. (1995) Monitoring Vital Signs to Identify Postoperative Complications. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. 4(2): 142-5.
- Simon S.B, Clark R.A. (2002) Using pulse oximetry: a review of pulse oximetry use in acute care medical wards. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 6: 106-110.
- Smeltzer S.C, Bare B.G. (2000) *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 10th ed.
- Sokol DK, Wilson J. (2008) What is a surgical complication. *World Journal of Surgery*. 32:942-944.
- Sun S.W, Patel B, Gangoo W, Carrey Z. (2003) Reliability of forehead pulse oximetry in critically ill patients. *Chest*. 124 (4): 178.
- Şendir M. (2000) Total Kalça protezi öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi.
- Thompson J.S, Baxter B.T, Allison J.G, Johnson F.E, Lee K.K, Park W.Y. (2003) Temporal patterns of postoperative complications. *Archives of Surgery*. 138(6): 596-602.
- Tourville C, Ingalls K. (2003) The living tree of nursing theories. *Nursing Forum*. 38(3): 21-36.
- Törnvall E, Wilhelmsson S. (2007) Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal Of Clinical Nursing*. 1-9.

Türk Dil Kurumu Resmi Web Sitesi,  
<http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=veritbn&kelimesec=141286> ( Ulaşım 17 Mayıs 2009)

Ülker S. (1985) Hemşire gözlem kâğıtları: 1.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı. 110-115. İzmir.

Wipke-Tevis D.D. (1999) Vascular infections: Medical and surgical therapies. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 13(2): 70-81

Woodrow P. (1999) Pulse oximetry. *Nursing Standard*. 13(42): 42-47.

Zeitz K, McCutcheon H. (2002) Policies that drive the nursing practice of postoperative observations. *International Journal of Nursing Studies*. 39: 831-839

Zeitz K. (2003) Nursing observations during the first 24 hours after a surgical procedure: what do we do? *Journal of Clinical Nursing* 14: 334-343

Zeitz K, McCutcheon H, Albretch A. (2004) Postoperative complications in the first 24 hours: a general surgery audit. *Journal of Advanced Nursing*. 46(6): 633-640.

Zeitz K, McCutcheon H. (2006) Observation and vital signs: ritual or vital for the monitoring of postoperative patients. *Applied Nursing Research*. 19: 204-211.

**EK.1. HEMŞİRELERİN AMELİYAT SONRASI İLK 24 SAATTE HEMŞİRE GÖZLEMLERİ İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELERİNİ BELİRLEMEYE İLİŞKİN GÖRÜŞME FORMU**

**DENEK NO:**

1-Yaşı;

2-Cinsiyeti;

a)Kadın b) Erkek

3-Mezun olduğu okul;

a)Sağlık Meslek Lisesi

b)A.Ö.F Hemşirelikte Ön Lisans Programı

c)Hemşirelikte Ön Lisans Programı

d)Hemşirelikte Lisans Programı

e)Yüksek Lisans Programı

4-Mesleki deneyim Süresi;

5-Cerrahi servislerinde çalışma süresi;

6-Ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastaların yakından gözlenmesi, izlenmesi gerektiğine inanıyor musunuz?

( )Evet Nedenini açıklayınız.

( )Hayır. Nedenini açıklayınız

7-Ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde, aşağıda belirtilen gözlemlerden hangilerini, hangi sıklıkta yaptığınızı ve kayıt edip etmediğinizi belirtiniz.

Hemşirelik Gözlemleri	Yapma durumu		Sıklığı ve uygunluğu (neden)		Kayıt etme durumu	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır (Neden?)	Evet	Hayır (Neden?)
Kan basıncı						
Nabız						
Solumun						
Vücut sıcaklığı						
Hava yolu açıklığı						
Bilinç						
Pupil						
Ekstremitte/duyu-motor						
IV yol kontrolü ve bakımı						
Drenler						
Üriner kateter kontrolü ve bakımı						
Ağrı kontrolü						
Aldığı-çıkardığı izlemi						
Kanama kontrolü						
Dolaşım kontrolü						
Deri kontrolü						
Yara kontrolü						
Pansuman kontrolü						
Bulantı kusma						
NG kontrolü (varsa)						
Uygun pozisyon verme						
Oksijen saturasyonu						
Diğer						



8- Ameliyat sonrası hangi gözlemleri yapacağınızı nasıl belirliyorsunuz?

- Hekim istemine göre belirliyorum  
 Hastanın gereksinimlerine göre belirliyorum  
 Hekim istemi ve hastanın gereksinimlerine göre belirliyorum  
 Diğer

9- Ameliyat sonrası gözlemlerin sıklığını nasıl belirliyorsunuz?

- Hekim istemine göre belirliyorum  
 Hastanın gereksinimlerine göre belirliyorum  
 Hekim istemi ve hastanın gereksinimlerine göre belirliyorum  
 Diğer

10- Ameliyat sonrası erken dönemde gözlenmesi gereken özellikler ve sıklığı ile ilgili bilgileri nasıl elde ettiniz?

- Hemşirelik eğitimim sırasında  
 Mezuniyet sonrası okuduğum yayınlar aracılığı ile  
 Katıldığım kongre, sempozyum ve seminerler yolu ile  
 Diğer

11- Sahip olduğunuz bilgiler mevcut uygulama ile paralellik gösteriyor mu?

- Evet  Hayır

12- Hemşirelik kayıtlarının, hastanın bakım ve tedavisini yönlendirmede yararı var mı?

- Evet, açıklayınız  Hayır, nedenini açıklayınız

13- Ameliyat sonrası ilk 24 saatte yapmış olduğunuz gözlemler sonucunda saptadığınız komplikasyonlar oluyormu?

- Evet (hangi komplikasyonlar?)  Hayır

**EK.2. AMELİYAT SONRASI İLK 24 SAATTE KAYIT EDİLEN HEMŞİRE  
GÖZLEMLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU**

**Tarih;**

**DENEK NO:**

**HASTA BİLGİLERİ**

**Yaşı;**

**Cinsiyeti;**

**Servisi;**

**Servise geldiği saat;**

**Tanısı;**

**Ameliyat türü;**

**Sistemik hastalığın varlığı ( )Var ; ( )Yok**

**Ameliyat sonrası ilk 24 saatte komplikasyon varlığı; ( ) Var;  
( )Yok**

Saatler ve sıklığı

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
<b>Yaşam Bulguları</b>																									
Nabız																									
Ölçüm Sonuçları																									
Yapılan Müdahale																									
<b>Solumun</b>																									
Ölçüm Sonuçları																									
Yapılan Müdahale																									
<b>Ateş</b>																									
Ölçüm Sonuçları																									
Yapılan Müdahale																									
<b>Kan Basıncı</b>																									
Ölçüm Sonuçları																									
Yapılan Müdahale																									

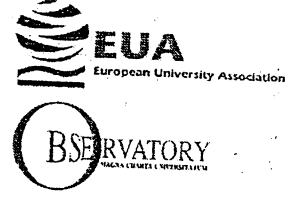
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
<b><u>Diğer Gözlemler</u></b>																									
<b>Ağrı</b>																									
<b>IV hat</b>																									
<b>AÇT</b>																									
<b>Drenler</b>																									
<b>Dolaşım</b>																									
<b>Deri</b>																									
<b>Yara</b>																									
<b>Bulantı / kusma</b>																									
<b>NG (varsa)</b>																									
<b>Pansuman</b>																									
<b>Hava yolu açıklığı</b>																									
<b>Pozisyon</b>																									

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
<b>Bilinç</b>																								
<b>Pupil</b>																								
<b>Ekstremiteler (duyu motor)</b>																								
<b>Üriner kateter</b>																								
<b>Periferik oksijen saturasyonu</b>																								
<b>Diğer</b>																								
<b>Diğer</b>																								
<b><u>Gözlemlere Dayalı Belirlenen Komplikasyonlar</u></b>																								
<b>Senkop</b>																								
<b>Yapılan Müdahale</b>																								
<b>Yara ile ilgili sorunlar</b>																								
<b>Yapılan Müdahale</b>																								
<b>Solumunla ilgili sorunlar</b>																								

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Yapılan Müdahale																								
<b>Nörovasküler problemler</b>																								
Yapılan Müdahale																								
<b>Bulantı / kusma</b>																								
Yapılan Müdahale																								
<b>Ağrı</b>																								
Yapılan Müdahale																								
<b>Boşaltımla ilgili problemler</b>																								
Yapılan Müdahale																								
<b>Diğer</b>																								
Yapılan Müdahale																								



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ  
BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı: B 30 2 KOÜ 0 H1 70 00/369  
Konu : Mehmet YEŞİLORMAN

30 / 01 / 2009

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
(Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü)

İlgi : 22.01.2009 tarih ve 92 sayılı yazınız.

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Mehmet YEŞİLORMAN'ın tez çalışmasını Hastanemiz Cerrahi Servislerinde yürütmesi uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nazım MUTLU  
Başhekim

..../..../2008 Memur Ç. SAYAN  
..../..../2008 Hast. Başmüdürü H. APAK

*Cerrahi Hast. Hem. A.D. Bşk*  
*3.2.2009*



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU



ARAŞTIRMA ÖN ONAY FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	PROJE NO ▶: 2009/9	İAEK 2/7
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE SEVİYESİ	Klinik-Prospektif Yüksek Lisans Tezi
	ARAŞTIRMANIN ADI	Ameliyat Sonrası 24 Saatte Hemşire Gözlemlerinin Değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI KURUMU	Prof.Dr.Süreyya Karaöz(Danışman) Mehmet Yeşilorman KOU Sağlık Meslek Yüksek Okulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	ARAŞTIRMANIN YERİ	KOU Tıp Fakültesi Cerrahi Servisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	+
	GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU	+
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	+
ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ	-	

**KARAR BİLGİLERİ** Etik değerlendirme amacıyla başvuru projesi tarihinde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'nda İAEK çalışma esasları dikkate alınarak incelenmiş ve araştırma etiğine uygun tasarlanmış olmasından dolayı **ön onay** verilmesine karar verilmiştir. 13.01.2009

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>					
İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, KOU İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi					
<b>ÜYELER</b>					
Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık	Kurumu	Cins.	İlişki *	Katılım/İmza
Prof. Dr. Ali DEMİRCİ Başkan	Radyoloji	KOU TF Dekani	E	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Prof. Dr. Nermin ERSOY Üye	Deontoloji	KOU TF Tıp Tarihi ve Etik AD.	K	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Prof. Dr. B.Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOU TF Farmakoloji AD.	E	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Prof. Dr. Güner ULAK Üye	Eczacı	KOU TF Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Prof. Dr. Sevinç KUŞKAY Üye	Biyokimya	KOU TF Biyokimya AD.	K	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Prof. Dr. Zelal BİRCAN Üye	Pediyatri	KOU TF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	K	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Prof. Dr. İzzet YÜCESOY Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	KOU TF Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.	E	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Prof. Dr. Dilek URAL Raportör	İç Hastalıkları, Kardiyoloji	KOU TF Kardiyoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Doç. Dr. Sevgiye K. ÖZKARA Üye	Patoloji	KOU TF Patoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Av. Füsun DOĞANAY Üye	Avukat	KOU Hukuk Bürosu	K	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Aysun ZEYİNCİ Üye	Hasta Hakları Savunucusu	Hasta ve Yakınları Derneği (HAYAD)	K	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	

(X) Sonuçlandırılmıştır. İnceleme yapılmıştır. Kararı beklenmektedir.

► **Araştırmacılara önemli not:** Çalışmanız tamamlandıktan sonra "etiğe uygunluk onayı" için ön onay almış olan bu çalışmanın özetiyle tekrar başvurmanız gerekmektedir.