T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

AMELİYAT SONRASI GECE VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Duygu KARAKURT

Referans no: 10170987

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

AMELİYAT SONRASI GECE VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Duygu KARAKURT

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Prof. Dr. İmmü Yıldız Fındık danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Duygu KARAKURT tarafından tez başlığı "Ameliyat Sonrası Gece Verilen Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 17/01/2019 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Unvanı Adı Soyadı
JÜRİ BAŞKANI
Prof. Dr. Ayfer ÖZDAŞ

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE
Prof. Dr. İmmü YILDIZ FINDIK

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE
Dr. Öğr. Üyesi. Şehor ÜNVER

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. .....
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince yardım ve desteği için değerli hocam Prof. Dr. ÜMMÜ YILDIZ FINDIK'a, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi hocalarıma, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi ve asistanlarına, bu araştırmada yer alan hastalar ve hemşirelere, her zaman destekçim olan aileme en içten duygularımla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **1**

GENEL BİLGİLER **3**

CERRAHİ VE CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ TARİHÇESİ **3**

BAKIM KAVRAMI **6**

HASTALARIN BAKIM KALİTESİ ALGISI **7**

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN ÖZELLİKLERİ **11**

CERRAHİ VE HASTA BAKIMI **12**

GEREÇ VE YÖNTEMLER **26**

BULGULAR **31**

TARTIŞMA **42**

SONUÇLAR **48**

ÖZET **50**

SUMMARY **52**

KAYNAKLAR **54**

ŞEKİLLER LİSTESİ **64**

ÖZGEÇMİŞ **65**

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

AORN : Assocation of Operating Room Nurses (Amerikan Ameliyathane Hemşireler Birliği)

Ark. : Arkadaşları

ASA : American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği)

CPAP : Continuous positive airway pressure (Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DVT : Derin Ven Trombozu

GHBÖ : Gece Hemşirelik Bakımı Ölçeği

GRS : Güvenlik Raporlama Sistemi

TARD : Türkiye Anesteziyoloji ve Reaminasyon Derneği

GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi girişimler, sağlığın sürdürülmesi ya da yeniden kazandırılması, yaşam süresinin uzatılması, organ fonksiyonlarının en üst düzeye çıkarılması, ağrının giderilmesi ve görünümün düzeltilmesinde etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (1). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 yılı istatistiksel verilerine göre 4.772.229 cerrahi girişim uygulandığı belirtilmektedir (2). Cerrahi girişimler anestezi ve analjezi tekniklerinin, cerrahinin uygulanma yöntemlerinin, enfeksiyon kontrolünün ve hasta bakım uygulamalarını destekleyen teknolojinin gelişmesi ile oldukça güvenli yapılabilmektedirler (3). Ancak cerrahi girişim geçiren hastalar, ameliyat yerinde kanama, ağrı, bulantı-kusma, atelektazi, yara enfeksiyonu, paralitik ileus, üriner retansiyon ve üriner enfeksiyon, konstipasyon vb. sorunlar yaşayabilmektedirler (4,5). Ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşayabileceği sorunların önlenmesi veya giderilmesinde hemşirelik bakım uygulamaları önemli rol oynamaktadır. İlgili literatürde ameliyat sonrası iyi planlanmış ve uygulanmış hemşirelik bakımının hasta sorunlarını büyük ölçüde azalttığı belirtilmektedir (4).

Watson'a göre bakım verme (caring), bir bilimdir, hemşireliğin esasıdır ve hemşirelik uygulamasının merkezi ve birleştirici odak noktasıdır. Verilecek olan hemşirelik bakımı hastanın bakış açısı ile değerlendirilmelidir (6,7).

Cerrahi hemşireliğinde hasta bakımının temel amacı, hastanın alışık olduğu yaşam biçimine en yakın koşullarda yaşamını devam ettirmesini ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlığını kazanabilmesini sağlamaktır (1). Hasta bakımında istenilen sonuca ulaşılabilmesi için, hastalarda gereken fiziksel ve ruhsal bakımın verilmesi, hastaların bilgilendirilmesi ve diğer destekleyici hemşirelik yaklaşımlarının hepsinin kaliteli bir şekilde

hastalara sunulması cerrahi hemşirelerinin temel sorumlulukları arasındadır (8). Cerrahi girişim geçirecek hastaların ameliyata en iyi şekilde hazırlanmaları, ameliyathanede ve ameliyat sonrası dönemde gereksinim duydukları bakımı eksiksiz alabilmeleri için yoğun hemşirelik bakım uygulamalarına gereksinimleri vardır. Ameliyat sonrası dönemde ağrının giderilmesi, solunumun sağlanması, yara iyileşmesinin desteklenmesi, başta kanamaların önlenmesi olmak üzere komplikasyonların önlenmesi önemli bakım hedefleridir. Hasta bakım uygulamaları gündüz saatlerinde daha çok uygulansa da bakımın yaklaşık yarısı gece verilen hemşirelik bakımı ile sağlanmaktadır. Gece verilen bakım, hastanın temel gereksinimlerinin karşılanmasına, özellikle kaliteli bir uyku ile dinlenebilmesine ve planlanmış bakım ve tedavi girişimlerinin uygulanmasına odaklanmaktadır (9). Özarslan (10) tarafından yapılan araştırmada, hemşirelerin gece vardiyalarında doğrudan hasta bakım uygulamalarına %56,4 oranında zaman ayırdıklarını ve en çok zamanı tedavi uygulamaları ile vital bulguların alınması işlemlerine ayırdıklarını göstermiştir (10). Cerrahi girişim geçiren hastalara gece uygulanan hasta bakım uygulamalarının sıklığı ve kalitesi çok çeşitli nedenlerden etkilenmektedir. Bu nedenler arasında hemşirelerin sayısal yetersizliği, hasta sayısının fazlalığı, bakım malzemelerinin yetersizliği, profesyonel destek alınabilecek sağlık personelinin gece saatlerinde klinikte bulunmaması vb. sayılabilir. Literatürde hemşire sayısının bakım kalitesi, hasta güvenliği, hastalık ve ölüm oranları üzerindeki etkisi tartışılmış ve önemi belirtilmiştir (11,12). Cerrahi hastalarının iyileşme sürecinin desteklenmesi sağlık profesyonelleri ve kliniklerle ilgili sorunların giderilmesi kadar hastaların hemşirelik bakımından beklentilerinin karşılanması ile de ilgilidir (8).

Cerrahi hastaları ve hemşireleri tarafından hemşirelik bakımının doğru algılanması, verilen bakımın niteliğinin artmasına ve dolayısıyla hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin de yükselmesine neden olacaktır. Yapılan araştırmalarda cerrahi hastalarının gündüz uygulanan hemşirelik bakımına ilişkin düşünceleri değerlendirilmiştir. Kayrakcı ve Özşaker (13) cerrahi hastalarının aldıkları hemşirelik bakımından iyi düzeyde memnun olduğunu, Acar ve Fındık (14) hastaların ameliyathanede aldıkları hemşirelik bakım kalitesini yüksek olarak algıladıklarını belirlemişlerdir. Ancak cerrahi girişim geçiren hastaların gece bakımına ilişkin düşüncelerini değerlendiren araştırmalar yetersizdir. Cerrahi hemşireleri ve hastaları tarafından gece bakım uygulamalarının değerlendirilmesi bakımın niteliğinin arttırılması açısından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı; ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesidir.

GENEL BİLGİLER

CERRAHİ VE CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ TARİHÇESİ

Cerrahi hemşiresi yara bakımı yapan, yaralı hastanın bakımını sağlayan ve bu kontrollü travma sürecinde hastanın bakımını profesyonelce üstlenen kişidir (15). Cerrahi hemşireliğinin bugünkü durumunu anlamak için tarihsel sürecini bilmek, bugünkü ulaştığı konumunun önemini kavramak gerekmektedir (16). Teknoloji ve bilimdeki ilerlemeler sağlık çalışanlarının kendilerini geliştirmeleri ve değişimlere uygun ilerlemeleri gereğini ortaya koymaktadır (17). Hemşireler güncel bilgi ve teknolojik gelişmelere uygun ve cerrahi ekibin önemli bir üyesi olarak görev yapmaktadırlar (18). Yazılı tarih öncesi dönemlerde cerrahinin ilk başvurulan yöntem olmadığı görülmektedir. Bu durum dini açıdan yasak olması nedeniyle insan bedenindeki incelemelerin kesintiye uğraması ve cerrahi hakkında bilgi ve tecrübenin olmayışından kaynaklanmıştır. İlk cerrahi girişim, epilepsi tedavisi için yapılan kraniyel dekompresyondur. M.Ö. 3000'li yıllarda ise Mısır'da cerrahi işlem olarak sünnetin yapıldığı da bilinmektedir (15,19). Yunan ve Mısır uygarlığı yapıtlarında o dönemin hekimleri cerrahi aletleri ve uygulamaları belirtmişlerdir. Hipokratın 'Teşhis Kitabı' ve 'Cerrahi Üzerine Notlar' isimli kitabı o dönemde cerrahiye verilen önemin kanıtı olarak gösterilmektedir. Bu yapıtta bir cerrahta bulunması gereken özellikler ve küçük cerrahi girişimler belirtilmiştir (Ölü dokuların alınması vb.) (20).

M.Ö. 800'lü yıllarda Hindistan'da cerrahinin bir sanat olarak görüldüğü, ameliyathane hemşireliğinden bahsedildiği ve Hindistanlı hekim Susruta'nın hemşireleri cerrahi girişim sırasında asistan olarak çalıştırdığı bilinmektedir. Hemşireliğe ait ilk uygulamaların

Hindistanda olduğu belirtilmektedir. Susruta yazdığı kitabında cerrahi tekniklerden bahsedip, cerrahi aletlerin tarifini yapmıştır (15,19,21,22).

Cerrahinin ilerlemesinde Rönesansın katkısı büyüktür. İlk anatomist cerrah Andreas Vesalius, 1543 yılında De Humani Corporis Fabrica (İnsan Bedeninin Oluşumu Üzerine) eseri cerrahlar için insanın atlası olarak kabul edilmiştir. Eğitimlerinde onlara yol gösterici olmuştur (23). Andreas Vesalius modern cerrahinin kurucusu kabul edilen ünlü Fransız cerrahı Ambroise Pare için örnek ve yol gösterici olmuştur. Ambroise Pare o dönemde yazdığı eseri ile cerrahinin statüsünü yükseltmiştir. Ambroise Pare için dönemin savaşlarında ortaya çıkan kanama kendisini cerrahi olarak geliştirmesini sağlamıştır (19,24). İslam medeniyetlerinde karşımıza çıkan ilk durum bedenin kutsallığıdır. İbn'i Sina 'Kanun' isimli eserinde hastalıklar ve tedavi yöntemleri ile dikkat çekmektedir (25). Osmanlı Devleti döneminde, dönemin hekimleri cerrahi üzerine ilgi duyarak araştırma ve uygulama yapmışlardır. Zehravi'nin kitabında cerrahi girişim ve aletlerin anlatılması bunun kanıtıdır (19). Osmanlı Devleti döneminde modern tıp ve cerrahi eğitimine geçişin Sultan 2. Mahmut döneminde açılan tıp okulları ile olduğu ve bizler için ilk adımlar olduğu bilinmektedir. Bunun devamında Cemil Topuzlu ülkemizde modern cerrahinin kurucusudur (26).

19. yüzyıla kadar cerrahi işlemler yapılmıştır ve tarih öncesi dönemlere kadar gitmesine rağmen ilerlemesi 19. Yüzyıldan sonrasıdır. Cerrahi girişimlerde kullanılan ilk alet insanın kendi elidir. İlerleyen zamanlarda kemik ve demir gibi madenlerden aletler yapmışlar. Ama insanlar için sağlık açısından hep tehlikeli olmuştur. 19. yy' dan sonra cerrahi insanlar için tehlikeli boyutunu değiştirerek ilerlemiştir (19,24). Cerrahide ki bu değişim ve gelişim olarak 19. yüzyılda cerrahi ile ilgili önemli gelişmeler arasında bulunan anestezi, asepsi ve antisepsinin ortaya çıkması ve enfeksiyonlara karşı önlemlerin alınmasıdır (25,27). Bu dönemden sonra cerrahinin modern dönemine geçilmiştir denilebilir. Türkiye'nin modern cerrahiye geçme aşamasında 1930'lu yıllarda ülkemize Almanya'dan gelen Yahudi hekimlerin etkisininde olduğu bilinmektedir. Bu önemli isimlerden biri Rudolph Nissen'dir (24,27). M.Ö. 800'lü yıllar dışında hemşirelik ve cerrahi hemşireliğinden bahsedilmemesi o dönemlerde hemşirelik yapılmadığını ifade etmiyor. Sadece gönüllülük esası ile hemşirelik hizmeti verildiği için kayıtlara geçen bir durum bulunmamaktadır (15). Hemşirelik mesleğinin bugün ulaştığı nokta hiçbir şekilde göz ardı edilemeyecek şekilde önemli ve değerlidir. Hemşirelik yasal olarak kabul edilmiş kendine ait kanunu olan bir meslek grubudur (28). Cerrahi hemşireliğinin gelişiminde etkili olan bu tarihi süreçte hemşireler, cerraha sadece sünger uzatan, yardımcı olan konumundan bugünkü Cerrahi Hemşireliği bilim dalı düzeyine gelmiştir. Bugün cerrahi hemşiresi kanıta dayalı bakım uygulamaları ile cerrahi ekibin büyük

sorumluluklar taşıyan bir üyesidir (15,29). Ameliyathane Hemşireliği Lisans diploması 1903 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde verilmiştir. AORN (Assocation of Operating Room Nurses) Amerikan Ameliyathane Hemşireler Birliği 1949 yılında kurulmuştur (15).

Modern hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilen Florance Nightingale modern cerrahi hemşireliğinin de kurucusu olarak kabul edilmektedir (30). Sultan Abdülhamit zamanında Almanya'dan getirilen 11 rahibe hemşire ve Birinci Dünya Savaşı sırasında Türk ordusundaki yaralılara bakmak için görevlendirilen 7 Kızılhaç hemşiresi bakım için hemşire gerekliliğinin göstergeleridir (28).

Florance Nightingale'nin yazdığı mektuplar cerrahi hemşireliği açısından önemli ve farklı görülmüştür. Floranse Nightingale'nin Kırım Savaşı zamanında askerlere yaptığı bakım uygulamaları modern cerrahi hemşireliğinin gelişimine zemin oluşturmuş ve katkı sağlamıştır (30,31).

Ülkemizde modern hemşireliğin temeli Balkan Savaşı, Birinci Dünya Savaşı ile atılmıştır. Hasta bakıcı kurslarını organize eden Dr. Besim Ömer Paşa'nın Türk kadınlarının hemşireliğe yönlendirilmesinde rolü büyüktür (16). Türk kadınlarında hemşireliğin öncüsü olarak kabul edilen kişi Safiye Hüseyin'dir. Safiye Hüseyin hasta bakıcı kurslarına katılmış daha sonrasında çalıştığı hastanede ameliyatlara girmiş ve yara bakımında uzmanlaşmıştır. Safiye Hüseyin Çanakkale Savaşında gönüllü olarak askerlere bakım vermiştir. Çanakkale Savaşı sırasında 'hastane gemisi' olarak ifade ettiği gemide yaralı askerlerin bakımını üstlenmiştir (22). Tıbbi bilimsel araştırma ve bilgiler cerrahi hemşireliğinin gelişmesine katkı sağlamıştır. Cerrahi girişime alınacak olan hastanın anamnezinin alınması 1900- 1919 yılları arasında hemşirenin rol ve sorumluluklarına katılmıştır (15).

Bugün ileri düzeyde teknoloji ile cerrahi işlemler yapılıyor olması bilim ve teknolojinin beraber ilerliyor olması ile ilgilidir (32,33). Bilim ve teknolojinin ilerlemesi sonucu gelişen robotik cerrahi hasta ve hemşireler için önemlidir. Hastanede kalma süresini azaltmakta, komplikasyonların görülme olasılığını düşürmektedir. Taburculuk sonrasına uyumu kolaylaştırmakta ve kemoterapi gibi tedavinin gerektiği durumların kesintisiz devam edebilmesine olanak sağlamaktadır (18). Bilim ve teknolojideki ilerlemelere paralel, cerrahi hemşireliğinde bakım uygulamalarının da gelişmesi gerekmektedir. Cerrahi hastasının bakımı ameliyat kararı verilmesi ile başlamakta ve ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakım uygulamaları ile devam etmektedir.

BAKIM KAVRAMI

Bakım kavramı insanlığın varoluşu ile ortaya çıkmıştır. Hemşireliğin özünde her zaman insana yardım etme duygusu vardır. Hastaları bütüncül olarak ele alıp onlara kaliteli bir bakım sağlamak hemşirelik uygulamalarının amacı olarak belirlenmiştir (8). Hemşirelik mesleğinin temel çatısı olarak nitelendirilen bakım kavramı cerrahi hemşireliğinin her aşamasında önem taşımaktadır. Profesyonel hemşireliğin gelişmesi ve uygulanabilirliği bakım kavramı ile ilişkilidir. Bakım kavramı hemşire kuramcılara göre farklı farklı yorumlanmaktadır. Leninger bakımı (care), bakım davranışı ve hemşirelik mesleğinin temeli olarak ifade etmiştir. Kültürel bakım farklılığı ve evrenselliği etkili bir şekilde fonksiyon görebilmesi için farklı kültürlerin anlaşılması gerektiği vurgulanmaktadır (6). Leninger, bakımın kültürel yeterlilikte olması gerektiğini hemşirelerin sağlık ve hastalık kavramlarını bütüncül bir düşünce ile kültürel faktöre göre değerlendirmeleri gerektiğine dikkat çekmiştir (34).

Watson'a göre bakım verme (caring), hemşireliğin esasıdır ve hemşirelik uygulamasının merkezi ve birleştirici odak noktasıdır. Verilecek olan hemşirelik bakımı hastanın bakış açısı ile değerlendirilmelidir (6). Watson bakım kavramında bireyi yaşayan ve büyüyen bir varlık olarak değerlendirmiştir. Hemşirelik sürecini insandan-insana tanımladığı için hasta birey- hemşire arasındaki etkileşim olarak görmüştür. Bakım modelini; bakım ilişkisi, bakım durumu ve bakım verilen an olmak üzere 3 aşama olarak değerlendirmiştir (35). Cerrahide hemşirelik bakımını bu 3 aşamada sınıflandırıldığında;

Bakım İlişkisi: Cerrahide hemşirelik bakımı hasta ile hemşire arasındaki süreçtir. Hasta ile hemşire arasındaki iletişim ve birbirini anlayabilir olma hali ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında önemlidir.

Bakım Durumu: Cerrahide hasta bakımının gereklilikleri, bakım verilen hastanın durumu ve bakım kalitesi açısından önemlidir.

Bakım Anı: Cerrahi sürecin en önemli aşamalarından biridir. Çünkü bakım anı birebir iletişim ve etkileşimin olduğu en önemli zamandır.

Hemşirelik mesleği dinamik bir yapıya sahiptir. Sürekli değişen ve gelişen bir yapıdadır (34). Hemşireler bakımı karşılıklı etkileşim içinde olma, karşıdaki kişiye saygı, onu değerli görme, ona karşı özel ve hassas davranma, hasta bireyin acı çekme ve hastalığı ile baş ederek benlik saygısının gelişmesi, hastanın ihtiyaçlarını giderme olarak görmektedirler (6,36). Uygulanan profesyonel bakımın bazı özellikleri taşıması beklenmektedir.

Bakımın Özellikleri

- Doğru ve güvenilirdir.
- Kalitelidir.
- Hasta merkezli, genişleyen, büyüyen, değişken bir eylemdir.
- Çok boyutludur.
- Profesyonel bir süreçtir.
- Bütüncül bir bakış açısı ile uygulanan tutum, davranış ve değerleri içerir.
- Etik ilkelere uygun ve hümanistik görüşle yürütülür .
- Kişiler arası etkileşim içerir.
- Terapötik müdahaledir.
- Bilişsel becerileri kapsamaktadır (6,8).

Hemşireler bakım verirken hastayla ilgili tüm varsayımları düşünmek durumundadırlar. Doğru karar verme, profesyonel olma, hastanın memnuniyetini, güvenli ve hasta katılımının sağlanmasını içeren bir bakım olmalıdır (37). Bakım kavramı hemşirenin etik sorumlulukları ile karşı karşıya kaldığı önemli bir durumdur (8). Bakım vermedeki bütün amaçlar vicdani bir duygu ile de başarılacağı gibi, profesyonel hemşirelik kapsamında bilimsel bilgi temelli yapılması kaliteli bakımı ortaya çıkarmaktadır (36). Doğru ve güvenilir hemşirelik bakımı olmadan profesyonel hemşirelik mümkün olmamaktadır (38). Bakım kavramı kişinin yaşamını sürdürebilmesi için gereksinim duyduğu günlük yaşam aktivitelerinin kaliteli bir şekilde karşılanması olarak da ifade edilmektedir (36,38). Bu özellikleri ile bakıma yaşamsal bir kavramdır diyebiliriz. Bu yaşamsal eylemin gerçekleştiren cerrahi hemşirelerinin duyarlı bir kişilik yapısına sahip olması gerekmektedir. Hastaları fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden ele alarak bütüncül yaklaşımla bakım vermelidirler. Cerrahi girişim süreci hasta bakımının hemşireler tarafından karşılandığı önemli ve kritik bir dönemdir (8). Bu dönemde sağlık ekibi içinde hasta ile en uzun zaman geçiren ve en fazla iletişim halinde olan hemşirelerdir (38).

HASTALARIN BAKIM KALİTESİ ALGISI

Bakım kalitesi hastanın memnun olabileceği en iyi bakımı, etkili iletişim yöntemleri ve profesyonel bir bakım vererek sağlamaktır (39). Diğer bir deyişle bakım kalitesi, hastaların bekledikleri, istedikleri bakım ile hizmet aldıkları bakım arasındaki farktır. Hastaların kaliteyi, iyi olarak belirtebilmeleri için aldıkları bakımın beklentilerinden daha iyi olması gerekmektedir. Bakım kalitesi hasta memnuniyetini etkileyen önemli bir faktördür (40).

Kaliteli bir hemşirelik bakımı hastaların en doğal hakkıdır. Cerrahi hastaları gereksinim duydukları durumlara göre verilen bakımı en önemli hizmet göstergesi olarak kabul etmektedirler (41). Hastaların bakım kalitelerinin istenilen optimal düzeyde geliştirilmesi, çalışan ve hasta güvenliği için risklerin en aza indirilmesi için uygulanan ve hedeflenen bakım kalitesi amaçları bulunmaktadır (42).

Hemşirelik Kalite Göstergeleri'nin Ulusal Veri Tabanına ve Londra Ulusal Hemşirelik Araştırma Birimine göre, Amerikan Hemşireler Birliği'nin belirledikleri bakım kalitesi göstergeleri;

- Enfeksiyonların azaltılması,
- Basınç yaralarının azaltılması,
- Düşmelerin azaltılması,
- İlaç uygulama hatalarının azaltılması,
- Hasta memnuniyeti,
- Etkin ağrı yönetimi,
- Pnömoni ve akut miyokard infarktüsü gibi hastalığı olan hastalarda sigarayı bıraktırmadır (39,43,44,45).

Bu göstergelerin profesyonel hemşirelik uygulamaları içinde ulaşılabilirliği bakım verici hemşireler ve bakım alan hastalar tarafından değerlendirilmektedir. Hastaların kalite algısını etkileyen durumlar;

- Hastanede kalış süresi,
- Hastaların memnuniyet durumu,
- Tedavi için harcanan maliyet,
- Bakım için bekleme süreleri,
- Sağlık kuruluşunun niteliği, güvenli bakım ortamı ve hastanenin ergonomik özellikleri,
- Hastaların beklentileri,
- Hastaların sosyodemografik özellikleri,
- Bakım veren kişilerin profesyonelliği, uygun iletişim ve psikososyal etkileşim
- Hastalara uygulanacak bakım için uygun ve yeterli zamanın ayrılmasıdır (40,43,46).

Hastaların aldıkları bakımı değerlendirmeleri kişiden kişiye göre değişkenlik göstermektedir. Bulundukları hastane ortamının temizliği, konforu, mahremiyet ve güvenlik duyguları, kişisel ihtiyaçlarına gösterilen ilgi ve özen, istedikleri zaman hemşirelik bakımına ulaşılabilirlik, bakıma karar verme sürecine katılım gibi unsurlardır. Hastaların almak

istedikleri bakım ve beklentileri onların memnuniyet durumlarını etkilemektedir (47). Hastaların bakım kalitesi algısını etkileyen en önemli unsurlardan biri bakıma ulaşılabilirliktir. Gereksinim duyduklarında bakım ihtiyacının giderilmesi çeşitli nedenlerle mümkün olmayabilmektedir. Hasta sayısının çok, hemşire sayısının az olması, bakım ihtiyacının gece veya gündüz hissedilmesi, ehil personele ulaşılamaması, yeterli kalitede bakım ürünlerinin bulunmaması vb. birçok faktör bakım ihtiyacının giderilmesinde etkilidir (48). Çalışanların memnuniyeti ve işbirliği bakım kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır. Bakım kalitesinin artmasında cerrahi hemşirelerinin profesyonel kişiler olmaları gerekmektedir. Kalite, hizmetten kaynaklanabilecek problemlerin en aza indirilmesidir (39).

Gece verilen hemşirelik bakımı cerrahi hastalarının bakım kalitesinin sağlanmasında önemlidir. Cerrahi girişimlerin büyük bir çoğunluğu acil ameliyatlar hariç gündüz yapılmaktadır. Hastaların olası komplikasyonlarının ortaya çıkması genellikle gece saatlerinde olmaktadır.

Komplikasyonların giderilmesinde uzman sağlık personeline ve nitelikli malzemeye ulaşım gece saatlerinde zorlaşmaktadır (9,49,50). Cerrahi işlemden sonra hastalarda komplikasyon ortaya çıkması bakım kalite standartları açısından uygun görülmemektedir (48). Bu durum cerrahi hemşireleri ve bakım alan hastalar açısından kalite algısını düşüren bir durumdur. Giderilmeyen bakım sorunları hastaların bakım kalitesi algısını olumsuz etkilemekte hasta ve çalışan memnuniyetini azaltmaktadır. Bakım kalitesi algısının düşük olması ameliyat sonrası dönemde bakım eksikliği anlamına da gelmektedir. Cerrahi hemşireleri gece vardiyasında gündüz saatlerindeki hasta sayısından daha fazla sayıda hastaya bakım sorumluluğu üstlenmektedirler (9). Hastaların bakımından günün 24 saati cerrahi hemşireleri sorumludur ve hastaların bakım kalitesi algıları ve bakımdan memnuniyet durumlarının belirlenmesi cerrahi hemşireliği bakım uygulamaları için önemlidir (51).

Hemşirelik bakımında bakımın bireyselleştirilmesiyle kalitenin artırılması hastaların kendilerini daha iyi ve özel hissetmelerine neden olmaktadır. Bireyselleştirilmiş bakım ile hem hasta hem de hemşirelerin bakım kalitesini değerlendirmesi daha doğru yapılabilmektedir (52). Ancak hemşirelik bakımından memnuniyet birçok faktörden etkilenmektedir. Hastaların eğitim düzeyleri, sosyal statü ve durumları, yaşları, önceki cerrahi deneyimleri, hemşirelerden gördükleri saygı, aldıkları hemşirelik bakımı, hemşirelerle olan iletişimleri ve hemşirelere ulaşabilme durumları vb. birçok neden hemşirelik bakımından memnuniyeti etkilemektedir (53). Cerrahi girişim geçiren hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi bakım kalitesi için önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Hemşirelik bakım kalitesini artırmak cerrahi hemşirelerinin bakım hedeflerinden biridir

(39,54,55). Son yıllarda Türkiye'de sağlık hizmetlerinde kalite kavramı oldukça önem kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı bakım kalite standartları hedeflerini yerine getirmek için; Hastanelerde kurum kalite yönetimi birimleri ile kalitenin sürekli iyileştirilmesi amaç edinilmiştir. Bunun için hastanelerde yapılan uygulamalar;

- Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komiteleri,
- Hasta Güvenliği Komiteleri,
- Enfeksiyonların önlenmesine yönelik hastanelerde Enfeksiyon Kontrol Komitelerini bulundurmak,
- Yapılan hataların önlenmesi ve sorunların çözüme kavuşturulabilmesi için Güvenlik Raporlama Sistemlerini kullanmak,
- Hastanelerde kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda gerekli eğitimlerin verilmesini sağlamaktır (42,56).

Sağlık Bakanlığı bakım kalitesini artırmak için; Hasta bakım kalitesinin düzenli olarak ölçülüp, denetlenmesi ve takip edilmesini önermiştir. Bakım kalitesi yönetimi sadece hemşirelerin mesleki bilgi, yetkinlik ve uygun teknolojinin hasta bakımında uygulanması değil, hastaların aldıkları bakımın türü, kalitesi hakkındaki algılarının değerlendirilmesini de kapsamaktadır (47). Ayrıca bakımın etik kurallara göre düzenlenmesini ve sürekliliğinin sağlanmasını da içermektedir (57). Cerrahi hemşirelerinin etkin ve verimli çalışmaları ile cerrahi hemşireliği bakım kalitesi artmaktadır. Hastaların önceki olumlu cerrahi işlem deneyimleri ve bakıma dahil edilmeleri cerrahi hemşirelerinin bakım vermesinde olumlu katkı sağlamaktadır (10). Cerrahi hemşirelerinin çalıştıkları ortamlar hem kendileri hem de hastalar açısından oldukça karışık ve yüksek riskli ortamlardır. Karar alma sürecinin hızlı bir şekilde gerçekleştirildiği ekip çalışmasının yapıldığı önemli ortamlardır (58). Cerrahi hemşirelerinin kalitesi yüksek hemşirelik bakımı sunabilmeleri için iyi düzenlenmiş çalışma ortamlarına ihtiyaçları vardır ve bu durum kurumsal bir faktördür. Ameliyat sonrası kaliteli hemşirelik bakımı uygulayabilmek için ihtiyaçlara göre iyi düzenlenmiş bir ortam, malzeme cerrahi hemşirelerine zamanında ve eksiksiz temin edilmelidir. Bu durum cerrahi kliniklerin yöneticilerinin sorumluluğundadır. Gülkaya (59) yaptığı araştırmada hastalara bakım veren hemşirelerden, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün yüksek oranda olduğunu belirlemiştir. Cerrahi hemşirelerinin iş yükü fazlalığı hasta ve hemşire iletişimini aksatmakta, hemşirelerin motivasyonlarını düşürmektedir (60). Hemşireler bakıma yanıt veren hasta olduğu için bireysel olarak hasta ile iletişimde olmak istemektedirler. Hemşirelik bakımında hemşirelerin yetkinliği, verimliliği, tutum ve davranışları hastanın bakımdan memnuniyetini

etkilemektedir (47). Cerrahi kliniklerde bakım kalitesini etkileyen faktörlerin başında hemşire sayısının yetersiz olması gelmektedir. Bu durumda hemşireler verdikleri bakımı, hastalar ise aldıkları bakımı etkin ve verimli görmemektedirler. Gece nöbetlerinde kalan hemşire sayısı iş yükleri ve gece hasta gereksinimlerine göre ayarlanmalı ve gerekli cerrahi hemşiresi sayısı kurum tarafından sağlanmalıdır (12). Hemşire sayısının yeterli sayıda olması sağlık sisteminde çok önemlidir. Hemşire sayısı azlığı temel tedavide aksama ve azalmış klinik bakım ile eş anlamlıdır (50). Sayıca yetersiz hemşirelerin gece vardiyasında hasta bakımına ayırdıkları süre yetersiz olacağından ameliyat sonrası komplikasyonları önlemeleri veya gidermeleri yetersiz olacaktır (10). Hemşire sayı yetersizliğinin sağlık bakımı ile ilgili enfeksiyonlar ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (50). Cerrahi hemşirelerinin iş yükünün fazlalığı hastaların zarar görmesi ve ölümle sonuçlanması gibi hem hastalar hem de hemşireler için tehlikeli durumlar ortaya çıkarabilmektedir. Tıbbi hataların en fazla yapıldığı klinikler cerrahi klinik ve cerrahi yoğun bakımlardır. İş yükü ve hastaların fazla olması hemşirelerin dikkatini dağıtıp hata yapma riskini artırmaktadır (60). Gündoğdu ve Bahçecik (61) hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre hataların belirlenmesi ve hatalarla ilgili hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, bu durumunda kalıcı olabilmesi için eğitimlerin düzenlenmesini önermişlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; Dünya'da yılda 234 milyon cerrahi işlem yapıldığı ve ameliyat sonrası dönemde yaklaşık olarak 7 milyon komplikasyon yaşandığı belirtilmektedir. Bu durum cerrahi girişim güvenliğinin sağlanması, hastalıkların önlenmesi ve hasta bakımının daha iyi şekilde geliştirilmesi için önemlidir. Hastalarda tıbbi ve teknik olarak görülen hataların yarısı tedavi gördükleri cerrahi kliniklerde görülmektedir. Güvenli cerrahi uygulamalarına dikkat edilmesi ile hatalar yarı yarıya azaltılabilmektedir (62). Ameliyat sonrası hasta bakımında bakım kalitesinin sağlanmasında hemşirelerin mesleki özellikleri de çok önemlidir.

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN ÖZELLİKLERİ

- Cerrahi hastasının bakımını sağlayacak genel bilgi, iyi bir hemşirelik becerisi ve yeteneğe sahip,
- Karar verme, liderlik ve yönetici özelliği olan,
- Entellektüel olarak titiz, etik ilkelere göre hareket eden,
- Biyopsikososyal kimliğinin bilincinde, sosyal sorumluluk ve mesleğine bağlı,
- Dikkatli, oluşabilecek her durumu düşünen, tedbirli,

- Aniden oluşan değişikliğe çözüm bulabilecek sakin yapıda,
- Problem çözücü, hızlı karar verebilen,
- Mesleki profesyonelliği bilen, uygulayan, cerrahi hastası bakımını gündüz ve gece yürütebilecek yeterlilikte,
- Hemşirelik kanun ve yönetmeliklerini bilen ve uygulayan,
- Cerrahi hastasının beklentisinin ne olduğunu bilen, uygulanacak işlemle ilgili bilgisinin ne durumda olduğunu araştıran,
- Teknolojiyi aktif bir şekilde kullanabilen,
- Cerrahi hemşireliği ve hemşirelik araştırmaları sonuçlarını takip eden ve kullanan,
- Hasta, hasta ailesi ve diğer sağlık profesyonelleri ile iyi iletişim kurabilen meslek profesyoneli olmalıdır (8,29,50,53,60,63).

Hemşirelik mesleği problem çözme ile uğraşan bir meslek grubudur. Cerrahi girişim hasta için kapsamlı ve karmaşık bir süreçtir. Bu aşamada cerrahi hemşiresinin rolü empatik bir şekilde çaresizlik duygusu içinde olan hasta bireyin problemlerine çözüm bulmaktır (64,65).

Cerrahi hemşirelerinin Maslow'un hiyerarşisinde belirtilen kendini gerçekleştirme basamağına gelebilmeleri mesleki olarak büyük katkı sağlayacak bir durumdur. Cerrahi hemşirelerinin kendilerini gerçekleştirmeleri, yaşamlarında motivasyonları, kişisel anlamda gelişmeleri, cerrahi bakım alanında gelişmeleri ve değişime ayak uydurabilmeleri açısından önemlidir (66).

Cerrahi hemşirelerinin görevi; cerrahi tedavi yöntemleri ve cerrahi girişim sürecinde bakıma ilişkin değişimleri takip etmek ve bu değişimlere uygun bakımı uygulayabilmesidir (67).

CERRAHİ VE HASTA BAKIMI

Cerrahi hastasının bakımı ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemi kapsayan bir süreçtir. Gece verilen hemşirelik bakımı, cerrahi hemşireleri için ameliyat sonrası dönemi kapsayan bir dönemdir. Cerrahi girişim sürecinde bakım, hastaya cerrahi işlem yapılacağı kararının alınmasından taburcu oluncaya kadar devam eden bir süreçtir. Bu süreçte bakım hemşire ve hasta arasında birebir etkileşim gerektirdiğinden çok önemlidir (58,68). Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında kanıta dayalı hemşirelik bakımı, iyi bir izlem ve tedavinin uygulanması ile erken iyileşme sağlanmakta ve hastanede yatış süresi kısaltılmaktadır (67). Cerrahi hastası bakımını karmaşık yapan durum fizyolojik ve psikolojik

birçok değişimi içeren ve yaşamsal önemi olan bir durum olmasıdır. Ameliyat öncesi ve sonrası hastanın yaşamsal fonksiyonlarının sürekliliği sağlanmalı ve her cerrahi hastasına gereksinimleri doğrultusunda bireyselleştirilmiş bakım verilmelidir. Cerrahide hemşirelik bakımı hasta gereksinimlerine ve bakımın gerekliliklerine cevap verebildiği sürece kaliteli bir bakım olma özelliğini sağlayacaktır (53).

Cerrahi hastasında bakımın planlı ve güvenilir bir şekilde yapıldığı, cerrahi girişim sonrası bakım kavramının giderek geliştiği bilinmektedir (69). Birçok bilim dalında cerrahi girişim uygulanmaktadır. Bunlar; Göz, Kulak Burun Boğaz, Üroloji, Ortopedi, Genel Cerrahi, Kadın Doğum ve Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi, Kalp Damar Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahidir. Cerrahi tekniklerin sürekli değişmesi, yenilenmesi cerrahi hastasının bakımında hemşirelerin rol ve sorumluluklarını değiştirmektedir. Cerrahi hemşireleri bu sürekli değişen dinamik yapıda cerrahi hemşireliği bakımını kanıtlanmış, güvenilir güncel bilgilere göre organize etme durumundadırlar (39). Teknolojinin ilerlemesi cerrahi yöntemlerdeki gelişmeler hastalar için daha güvenilir cerrahi girişimlerin yapılıyor olmasını sağlamıştır. Gelişme ve değişme cerrahi hastasının bakımına yansıtılmalıdır. Ameliyat sonrası hastalara verilen iyi bir cerrahi hemşireliği bakımı, yapılan doğru ameliyat tekniği kadar önemlidir. İyi planlanıp uygulanan hemşirelik bakımı görülebilecek birçok komplikasyonun önlenmesini sağlamaktadır (3,4).

Cerrahi hastasının bakımı ameliyat öncesi, sırası ve sonrası olarak günün 24 saati devam ettirilmektedir. ICN (International Council of Nurses)'in hemşirelik tanımında bulunan ifadede 'yetersizliği olanların bakımını kapsar' ifadesinden cerrahi hastası bakımı düşünülecek olursa; cerrahi girişim sonrasında hastanın bir süre algılamasının, hareketlerinin ve kendi kendine bakımının kısıtlanması açısından bir yetersizlik olarak kabul edilebilir. Cerrahi hemşireleri hastaların bu yetersizliğini en uygun bakım girişimleri ile gidermelidirler (10). Cerrahi hemşireliği bakım girişimlerinin, hem cerrahi girişim öncesi hem sonrasında veriliyor olması hasta bakımını daha iyi ve güvenilir duruma getirmektedir. Hasta açısından istenen günübirlik cerrahi olmasına rağmen birçok cerrahi girişim hastanede bir günden fazla yatmayı gerektirmektedir (3). Cerrahi hastaları cerrahi girişim sonrası vücut bütünlüğünün bozulması nedeni ile diğer hastalardan farklıdırlar. Dolayısı ile hastaların bakım gereksinimleri de farklıdır (55). Genellikle hasta sayısı cerrahi kliniklerde fazladır. Ancak bakım iyileşmenin artırılıp hızlandırılacağı şekilde bütün hastalara uygulanmalıdır (70). Bakımın, hastanın da dahil edildiği ekip yaklaşımı ile sunulması modern sağlık hizmetlerinde önemli rol oynamaktadır (54,58).

Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Cerrahi hemşireleri, hastaların ameliyat öncesi hazırlığında öncelikle görev alan sağlık profesyonelleridir (71). Ameliyat öncesi bakım, hastanın cerrahi girişimi riske sokabilecek sorunlarının giderilmesi, ameliyat sırası ve sonrası dönemin sorunsuz geçirilmesinde önemlidir. Cerrahi girişim öncesi hastayla ilk görüşme hastanın düşüncelerinin öğrenilmesi, ameliyat ile ilgili hastaya bilgi verilmesi, tedavinin riskleri ve ameliyat sonrası hasta beklentilerinin tartışılması açısından önemlidir (72). Cerrahi sürecin başarılı bir şekilde geçirilmesinin sağlanabilmesi için ameliyat öncesi bakımda nitelikli bir cerrahi hemşiresinin görev alması önemlidir (58).

Ameliyat öncesi hastalardan anamnez alınması: Hastaların cerrahi kliniklere yatışı yapıldıktan sonra anamnez alınmalı ve fiziki muayene yapılmalıdır. Ameliyat öncesi değerlendirme hastanın cerrahi girişimdeki risklerini belirlemek, işlem sonrasında cerrahi hastalarını bekleyen durumları saptamak, hastayı bilgilendirmek için önemlidir. Fiziki muayene hastada önceden var olan sağlık sorunlarını saptamak için önemlidir. Tüm sistemler açısından tek tek değerlendirme yapılmalıdır. Ameliyat sonrası dönem için risk oluşturan kronik hastalık varlığı, obezite, yaşlılık gibi özellikli durumları olan hastalar ameliyat girişim öncesi özel hemşirelik bakım uygulamaları gerektirmektedir (72,73). Uygulanan ameliyatın türü, kullanılan ilaçlar, bakım yetersizliği, ilaç kullanımı, hasta alışkanlıkları gibi birçok neden ameliyat sonrası dönem için risk faktörüdür (24,74). Hastaların kullandığı ilaçlar ve bitkisel ürünler hepsi ayrı ayrı sorgulanmalıdır. Türkiye Anesteziyoloji ve Reaminasyon Derneğinin (TARD) 2015 yılı klavuzuna göre; Hastalarda bitkisel ilaç kullanım durumu çok sık görülen bir durumdur. Garlic, ginseng ve gingko kanamaya yol açabilen bitkilerdir. Garlic cerrahi işlemden 7 gün önce, ginseng 24 saat önce, gingko ise 36 saat önce kullanımı bırakılmalıdır. Bitkisel ilaçlar antikoagülan ilaçlarla etkileşim gösterebilmekte, vücutta hepatotoksisiteye neden olabilmektedir .

Cerrahi işlem öncesinde devam edilmesi gereken ilaçlar;

- Betablokörler, bazal hızda insülin veren pompa, statinler, ACE inhibitörleri ve Anjiotensin reseptör blokörleri, tiroid ilaçları, doğum kontrol ilaçları, göz damlaları, antikonvülsanlar, narkotikler, astım ilaçlarıdır.

Cerrahi işlem öncesinde bırakılması gereken ilaçlar;

- Topikal ilaçlar, oral antidiyabetikler,
- Kısa etkili insülin (cerrahi işlem günü bırakılmalı),

- Diüretikler (Hipertansiyon için kullanılan tiyazid grubu hariç bırakılmalıdır),
- Sildenafil (viagra vb.) 24 saat önce, NSAİİ 48 saat önce,Varfarin (Kumadin) 4-5 gün önce, Aspirin işlemden 1 hafta önce, Monoamino oksidaz inhibitörleri (MAOI) türü ilaçlar 3 hafta önce bırakılmalıdır (75).

Cerrahi hemşireleri hastaların kullanmaya alışkın oldukları ilaçların kesilmesi konusunda dikkatli olmalıdırlar. Hastaların alışkanlıklarının sorgulanması ameliyat öncesinde önemlidir. Sigara yara iyileşmesi ve enfeksiyon açısından risk oluşturduğu için minimum 4 hafta önce bırakılmalıdır. Alkol kullanımının da son 1 ay içinde bırakılması önerilmektedir (24,75,76). Önceki cerrahi deneyimlerinde yara iyileşmesi sürecinin bilinmesi yeni cerrahi işlem için hastaya bilgi verilmesi, önlemler alınması yönünden önemlidir. Protez varlığı ameliyatlarda koter kullanımının oluşturacağı yara ve yanık oluşumunu önlemek için sorgulanmalıdır (76).

Hastalarda anamnez alınırken sorulması gereken durumlardan birisi de bulaşıcı hastalıkların varlığıdır. Hepatit B, Hepatit C, HIV gibi bulaşıcı hastalık varlığı hem hasta hem de cerrahi işlemi gerçekleştirecek ekip açısından önemlidir. Ekip üyelerinin önlemler alması, ameliyathanede diğer hastalara enfeksiyon bulaşmasını önlemek ve günlük ameliyat listesi sırası belirlemek açısından durumun bilinmesi ve ameliyathaneye bildirilmesi önemlidir (77).

Hastaların ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı: Cerrahi girişim hastayı tüm vücut sistemleri açısından etkileyen psikolojik ve fizyolojik bir durumdur. Cerrahi süreç hasta için ciddi bir deneyimdir. Cerrahi girişimde hastaların ölüm, insanlara bağımlı olma, cerrahi işlem, anestezi, ihtiyaçlarını karşılayamama gibi korkuları vardır (8). Cerrahi girişim hasta güvenliği için risk oluşturan, baş etme gücünün azaldığı bir süreçtir (64). Cerrahi girişimin büyüklüğü hangi boyutta olursa olsun hastayı anksiyete ve stres faktörlerinin beklediği bilinmektedir. Cerrahi girişim öncesi anksiyete görülebilmektedir. Bu durum bilinmeyen duygusu, ameliyat ile ilgili bilgi yetersizliği, kontrol kaybının yaşanmasından kaynaklanan çaresizlik, kendisine tıbbi işlemlerin uygulanacak olması gibi nedenlere bağlı oluşmaktadır (65). Hastalarda yüksek anksiyetenin iyileşmeyi geciktirdiği, komplikasyonların gelişimini kolaylaştırdığı bilinmektedir (78). Cerrahi hemşireleri, hastalarla uygun iletişim ortamı oluşturmalı, karşılıklı ilişkide doğru, gerçek ve koşulsuz tavırda olmalıdırlar. Hemşireler hastalara karşı olumlu yaklaşmalı, durumunu anladığını belirtmeli ve saygı duymalıdırlar (55). Cerrahi girişim geçirecek hastaya doğru ve etkili iletişim ile yaklaşmak hastaların tüm cerrahi sürece aktif olarak katılabilmesi için önemlidir (65). Hastaların sağlık çalışanlarından ilgi ve hoşgörü, kendilerinin ruhsal anlamda rahatlatılması gibi beklenti ve istekleri olmaktadır. Cerrahi işlem

süreci ile baş etme stratejilerinin öğretilmesi onların bu beklenti ve isteklerine yardımcı olacaktır (79). Hastalar hemşirelik bakımının aktif katılımcısı olarak görülmelidirler. Cerrahi işlemler hastaların vücudunda değişimler meydana getirmektedirler. Hastaların vücut değişikliklerini tolere edebilmek için iyi bir hemşirelik bakımına ihtiyaçları bulunmaktadır.

Ameliyat öncesi hastaların fizyolojik olarak ameliyata optimum düzeyde hazırlanması sistemlere yönelik değerlendirme ve mevcut sorunların giderilmesi ile mümkündür. Hastalarda cerrahi girişim öncesi dönemde kardiyovasküler bir hastalık olup olmadığı sorgulanmalıdır. Hayatı tehdit eden taşikardi, hipotansiyon, hipertansiyon, genetik kalp hastalığı varlığı, nefes almada zorlanma, göğüs ağrısı sorgulanmalıdır (75). Hipertansiyon, konjestif kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı, ritim bozuklukları ameliyat sonrası komplikasyonları önlemek için araştırılmalı ve mümkün olduğunca tedavi edilmelidir. Laboratuvar bulgularında kanama oluşturabilecek bulgular olup olmadığı değerlendirilmelidir. (73,80). Akciğer grafisi çekilerek anestezinin etkisiyle ciddileşebilecek bir solunum sistemi problemi bulunup bulunmadığı belirlenmelidir. Astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı varlığına göre cerrahi işlem öncesi ve sonrasında gerekli önlemlerin alınması ve takibi gerekmektedir (24,81). Foksiyonel akciğer kapasitesi, obezite, sigara içme durumu, toraks bölgesinde deformiteler açısından hastalar değerlendirilmelidir (73). Cerrahi girişim öncesinde, hastaların hastalığına, hastaneye oryante olma derecesini bilmek cerrahi hemşirelerine nörolojik değişimleri değerlendirmede yardımcı olmaktadır (78). Ruhsal bir sorunun olması, kişilik bozuklukları cerrahi işlem sonrasında uyumu güçleştirir, iyileşme durumunu geciktirir, psikiyatrik ve nörolojik komplikasyonlara yatkınlığı arttırmaktadır (82). Nörolojik sistemde herhangi bir sorun olduğunu bilmek, cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrasında hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme için önemlidir (68,82).

Ameliyat öncesi dönem, gastrointestinal sistem komplikasyonlarının önlenmesi ve beslenmenin sürdürülmesi açısından değerlendirilmelidir. Amaç hastanın cerrahi girişimden önce gereğinden fazla aç kalmasını önlemek, cerrahi girişim sonrası minimum bekleme süresi ile oral beslenmeye başlanmasını, erken mobilizasyonu sağlamaktır (83). Cerrahi girişim öncesi dönemde bütün yaş gruplarında uzun süreli açlık istenmemektedir. Amerikan Anestezistler Derneği (American Society of Anesthesiologists-ASA)'nin belirlediği "guidelines for preoperative fasting" kılavuzu önerilerine göre cerrahi girişimden altı saat öncesinde katı gıdaların alımının, iki saat öncesinde de berrak sıvıların alımının kesilmesinin yeterli olduğu belirtilmektedir. Cerrahi hemşireleri hastalara hiçbir şey yemeyin dedikleri zaman sakız çiğnemenin ve sigara içmenin de yasak olduğunu belirtmelidirler. Sakız çiğnemek gastrik sekresyonun artışına, mide bulantısına ve mide boşalmasının gecikmesine

neden olmaktadır (67). Hastalar eğer işlem sabahında evlerinden geleceklerse istenilen saatten sonra hiçbir şey yiyip içmemeleri bu duruma uyulmadığında aspirasyon riski gibi önemli durumların gelişebileceği ya da cerrahi girişimin iptal edilip ertelenebileceği bir kağıda yazılıp verilerek belirtilmeli ve uyarılmalıdırlar (49).

Hastalarda diyabet varlığı cerrahi işlem için bir risk faktörüdür. Kan şekeri takibi düzenli ve dikkatli yapılmalıdır. Türkiye Anesteziyoloji ve Reaminasyon Derneğinin (TARD) 2015 yılı klavuzuna göre; 180 mg/dl'nin altında olması cerrahi işlem için istenen durumdur (75).

Ameliyat öncesinde gerekmedikçe nazogastrik sonda takılması ve bağırsak temizliği önerilmemektedir. İşlem öncesinde bağırsakların temizliği hasta konforunu bozmakta, enfeksiyonlara yatkınlığı artırmaktadır (67). Fakat kabızlık sorunu olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bağırsak temizliği yapılması önerilmektedir (72).

Ameliyat öncesi üre ve kreatinin değerleri cerrahi işlem sonrasında laboratuar değerlerinin takibi ve kullanılan ilaçların düzenlenmesi için önemlidir. Böbrek hastalıkları, böbrek yetmezliği varlığı durumunda aldığı çıkardığı takibi ve elektrolit dengesizlikleri takibi yapılmalıdır (76). Bulantı, kusma, diyarenin ameliyat öncesi ve sonrasında sıvı- elektrolit dengesizliğine yol açabileceği bilinmelidir (81). Ameliyat öncesi cilt hazırlığı cerrahi işlem sonrası dönemde enfeksiyon gelişmemesi için önemlidir. Cilt hazırlığı yapılan insizyon alanından büyük olmalıdır. Enfeksiyonu önlemek için cildi tahriş etmemeye özen gösterilmelidir (84).

Hemigway ve arkadaşlarının (85) derleme makalelerine göre, cerrahi işlem öncesinde cilt temizliğinde; tüy temizliği gerekmiyorsa temizlik yapılmaması, cilt temizliği gerekiyorsa tüy dökücü krem ya da elektrikli tıraş makinesi tercih edilmesi gerektiği, kremlere alerji gelişti ise ameliyat günü tıraş makinesi tercih edilmesi önerilmektedir. Perioperatif Hemşireler Derneği (AORN: Association of Perioperative Registered Nurses) cerrahi işlem ve cerrahi işlem sonrasında eğer yara bakımı için engel oluşturacak bir durum yoksa tüylerin temizlenmemesini önermektedir (84).

Hastaların cerrahi girişim sürecinde bilgilenme gereksinimlerinin karşılanması sürecin sorunsuz geçirilmesinde gereklidir. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımının en önemli girişimlerinden biridir (86). Cerrahi hemşireleri, hastaların hem fizyolojik hem de psikolojik anlamda kendilerini hazır hissetmeleri için gereksinim duydukları bilgileri hastalara sağlamalıdırlar (81). Teknolojinin gelişmesi ile hastalar kendi bakımlarında pasif durumdan aktif duruma geçmişlerdir. Cerrahi işlem hakkında bilgi sahibi, araştıran bir roldedirler ve karar verme aşamasında bulunmak istemektedirler. Cerrahi girişim sürecinin her aşamasında

istenen durum hastanın ve ailesinin bilgilendirilmesidir (47). Ayrıca ameliyat öncesi bilgilendirmede derin solunum, öksürme ve ekstremite egzersizleri anlatılmalı ve öğretilmelidir (81).

Ameliyat öncesi yasal hazırlık hastanın karar verdiği dönemdir. Hastaların ameliyat izinlerinin alınmasında hemşirelerin rol ve görevleri izin durumuna tanıklık yapmak, hastanın karar verme aşamasında savunucu ve yardım edici rolde olmaktır. Cerrahi hemşireleri, imzanın hastaya ait olup olmadığından ve rıza gösterdiği sırada zihinsel karışıklık oluşturacak ilaç alıp almadığından emin olmalıdırlar. Bilgilendirilmiş izin belgelerinde cerrahi hemşirelerinin imzalarının olması hastanın herhangi bir baskı altında kalmadan karar verdiğinin, kendi başına karar verecek yeterlilikte olduğunun cerrahi hemşireleri tarafından doğrulandığının kanıtıdır (87).

Ameliyat Sırasında Hemşirelik Bakımı

Ameliyathaneye hastanın girmesiyle başlayıp, anestezi indüksiyonu ile devam edip ayılma ünitesi, yoğun bakım veya ameliyat sonrası bakım servisine alınmasına kadar devam eden süreçteki bakımdır. Ameliyat sırasında hemşirelik bakımında, hemşireler hastanın tüm gereksinimlerini karşılamak ile sorumludurlar. Hastanın emosyonel olarak sağlık durumunun devamı, ameliyat yapılan alanın kontrolü, cerrahi asepsinin sağlanması, hastaya uygulanacak cerrahi işleme uygun pozisyonun verilmesi, hasta güvenliğinin sağlanması gibi görevleri mevcuttur (88,89). Ameliyathane hemşireleri Steril (Scrub) ve Dolaşan (Sirküle) Hemşire olmak üzere iki ayrı grup olarak ifade edilmektedir.

Steril (Scrub) hemşire: Ameliyat esnasında steril alanda görev yaparlar. Asepsiyi sağlayıp, hasta güvenliği için gerekli önlemleri alırlar. Cerrahi işlemde görevli ekip üyesi olduğu için el antisepsisini sağlayıp steril giyinir ve diğer ekip üyelerinin steril giyinmesine yardım eder. Cerrahi işlem için gerekli malzemelerin temini ve koordinasyonunu sağlarlar. Güvenli cerrahi listesinin kendisine ait olan bölümünün kontrolünü sağlarlar. Ameliyat esnasında hastadan alınan doku örneklerinin sirküle hemşireye teslimini sağlayıp, işlemde kullanılan malzemelerin sayımı ve temizliğinde sirküle hemşire ile beraber çalışırlar (90,91).

Dolaşan (Sirküle) hemşire: Hastanın kimlik doğrulamasını yapıp, tüm bilgilerini kontrol eder ve doğrularlar. Hastaların ameliyathanede bakımını sağlayıp, psikolojik destek verirler. Hasta için uygun çevre ve güvenlik için gereken yardımı sağlarlar. İşlem için gerekli malzemelerin teminini sağlarlar. Ameliyattan önce, sırasında ve sonrasında kullanılacak tüm

malzemelerin sayımını ve kontrolünü steril hemşire ile birlikte yaparlar. Güvenli cerrahi listesinin kendilerine ait olan bölümünü kontrol ederler. Cerrahi işlem bittikten sonra hastanın gideceği bölüme, üniteye teslimiden sorumludurlar. Hastaya uygun pozisyon verilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanmasına yardım ederler. Hastadan alınan doku materyalinin kayıt edilmesi ve uygun bir şekilde laboratuvara teslimini sağlarlar. Ameliyat salonuna ait kayıtları tutar ve her vaka için hazırlanmasını sağlarlar (90,91). Son yıllarda Dünya'da sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği öncelikli konu haline gelmiştir (92). Ameliyathaneler karmaşık ve tıbbi hatalardan kaynaklı zarar görme ve ölüme neden olabilecek ortamlardır. Ameliyathanelerde yanlış taraf cerrahisi, düşmeler, hatalı gaz karışımları, yanıklar, ilaç uygulama hataları, enfeksiyon gibi hasta güvenliği risk faktörleri bulunmaktadır (93).

Ameliyathanede risk faktörlerinin önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için öneriler aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

- Hastanelerde hasta güvenliği kültürü oluşturularak ameliyathane ekip üyelerine benimsetilmelidir. İnsan ve sistem kaynaklı sorunlar için önlemler alınmalıdır.
- Hastalarda yapılacak olan her uygulamadan önce hasta kimlik doğrulaması yapılmalıdır.
- Hasta transferi sırasında ekip üyeleri arasında etkili ve doğru iletişim kurulmalıdır.
- Enfeksiyonlara karşı önlemleri alarak steril ortam kurallarına uyarak çalışılmalıdır.
- Düşmeleri önlemek için gerekli önlemler alınmalıdır.
- Yabancı cisim unutulmasını önlemek için malzemelerin sayısından, ameliyat öncesi ve sonrası sayılarak emin olunmalıdır.
- Ameliyat ekibinin, risk faktörlerini düşünerek dikkatli hareket etmesi gerekmektedir (8,93,94).

Hasta güvenliğini sağlayacak önerilerin yerine getirilmesinde cerrahi hemşirelerinin önemli görevleri vardır. Sağlık Bakanlığının Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) 2016 yılı İstatistik ve Analiz Raporlarına göre bildirilen tüm tıbbi hatalar içinde cerrahi hata bildirim oranı %7,56'dır. Bildirilen bu hatalar arasında en sık bildirilen 10 cerrahi hata;

- Ameliyat bölgesinin işaretlenmemesi,
- Ekip üyelerinin kendilerini tanıtmamaları,
- Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması,
- Malzemelerin hazır ve steril olduğunun kontrol edilmemesi,
- Gerekli cerrahi profilaksinin uygulanmaması,
- Cerrahi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi,

- Anestezi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi,
- Kan şekeri kontrolü gerekliliğinin değerlendirilmemesi,
- Gerekli DVT(Derin Ven Trombozu)-profilaksisinin uygulanmaması,
- Antikoagülan kullanımının sorgulanmamasıdır (95).

Ameliyathane hemşireleri hastaların sağlık bakım gereksinimlerini karşılayarak konforunu sağlamalı ve bakım kalitesini artırmalıdırlar (89). Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklarını koruyabilmeleri, en iyi ve uygun biçimde bakım verebilmeleri için ameliyathanelerin mevcut durumlarının ve risklerinin tanılanıp hemşirelerin sağlığı açısından ergonomik biçimde tasarlanmaları cerrahi hemşireliğine ve ameliyathanede hasta bakımına katkı sağlayacaktır (96).

DSÖ'nün 2011 yılında Güvenli Cerrahi uygulamalarında belirledikleri hedeflerde;

- Cerrahi ekip; doğru hasta, ameliyat ve taraf cerrahisi konusunda emin olmalıdır.
- Ekip, hastayı anestezinin zararlı etkilerinden koruyarak ağrıyı gidermeli ve korumalıdır.
- Cerrahi ekip, aşırı kan kaybı durumu riskini göz önünde bulundurarak hazırlıklı olmalıdır.
- Cerrahi ekip, cerrahi alan enfeksiyonunu her zaman göz önünde bulundurarak tüm önlemleri dikkatle almalıdır.
- Cerrahi ekip cerrahi işlem boyunca sürekli birbiri ile iletişim içinde olmalıdır (62).

Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası hastaya bütüncül yaklaşımla hemşirelik bakımı verilmelidir. Cerrahi girişim sonrası amaç bozulan homeostatik dengenin tekrar düzelmesi ve hızlı bir şekilde iyileşmeyi sağlamaktır (70,97,98). Ameliyat sonrası hasta takibinin iyi yapılmaması komplikasyonların görülme oranını arttırmaktadır (99). Ameliyat sonrası ilk saatlerde hastaların sık sık izlenmesi ve iyileşme ya da komplikasyon belirtilerinin tanılanması yapılmalıdır. Cerrahi hemşireleri hastaların geçirdikleri cerrahi işleme yönelik komplikasyon belirtilerini takip edebilmeli ve değerlendirebilmelidirler (24). Cerrahi girişim sonrasında erken dönemde yani hastanın cerrahi işlem geçirdiği ilk gün ve gece dikkatli, kaliteli bir hasta takibi ile süreç sürdürülmelidir (58). Bu dönemde hastaların bakımının yaklaşık yarısı gece verilen hemşirelik bakımı ile karşılanır. Cerrahi işlem sonrası gece verilen hemşirelik bakımı, hastaların temel gereksinim duydukları ihtiyaçlarının karşılanması, dinlenebilmeleri, iyi bir şekilde uyumaları, gece için planlanmış bakım ve tedavilerin uygun şekilde yapılması üzerine

odaklanmaktadır (9). Ameliyatı izleyen gece hastalara en çok zaman ayıran sağlık personeli hemşirelerdir ve bu durumdan dolayı hemşirelik bakımı çok önemlidir (41). Cerrahi hemşireleri her hastaya özgü bakım planı geliştirerek bakımı profesyonel bir biçimde uygulamalıdırlar (36).

Ameliyat sonrası dönemde gündüz ve gece cerrahi hemşirelerinin hastalarda gözlemleyebileceği komplikasyonlar; atelektazi, pnömoni, akciğer embolisi gibi solunum sistemi sorunları, hipokalemi, dehidratasyon ve ödem gibi sıvı elektrolit dengesizlikleri, kanama, tromboemboli, derin ven trombozu gibi dolaşım sorunlarıdır (73). Ayrıca üriner sisteme ait oligüri, anüri, mesane dolgunluğu görülebilir (106). Gastrointestinal sisteme ait bulantı ve kusma, abdominal distansiyon, beslenme bozukluğu vb. sorunlar görülebilmektedir. Bütün cerrahi girişimlerde ağrı, yara enfeksiyonu, hipovolemik şok, basınç yaraları ve çeşitli nedenlerden dolayı düşmeler ve travmalar gelişebilmektedir (82,100,101,102,103). Komplikasyonların önlenmesinde sistemlerin izlenmesi ve duruma yönelik önleyici bakım verilmesi önemlidir. Özellikle yaşlı hastalarda sık karşılaşılan diğer bir sorunda deliryumdur. Hastaların bilinç düzeyi, emosyonel durumu, bulunduğu ortam, durum ve ailesine oryantasyonu değerlendirilmelidir (78). Ameliyat sonrası dönemde solunumun derinliği, sayısı, özelliği dikkatli bir şekilde takip edilmelidir. Anesteziden sonra hastaların solunumu genellikle yavaş ve derindir. Akciğerlerin kollabe olamaması sonucu atelektazi, pnömoni ve hipoksemi görülebilir. Hastalarda ateş, titreme, taşikardi, taşipne ve hipoksemi görülebilir (104). Solunum sistemine ait komplikasyonları önlemek için belirti ve bulguları erken belirleyip önlem almak çok önemlidir. Pulseoksimetre ile solunumu ölçerken parmakların soğukluğu; tırnakların rengi oksijenlenme durumu açısından bilgi verir (24). Hastanın hava yolu açıklığının tanımlanması ve sürekliliğinin sağlanması önemlidir (103). Solunum komplikasyonlarının önlenmesinde derin nefes alma ve öksürme egzersizleri uygulanmalı, iki saatte bir pozisyon değiştirilmeli ve gerekirse oksijen tedavisi uygulanmalıdır. Hastalarda gece hemşirelik bakımında dikkat edilmesi gereken konulardan biri de uyku apnesidir. Hastalarda daha önceden uyku apnesi durumu var ise; Continuous positive airway pressure (CPAP) cihazının odada bulundurulması için hasta odası düzenlenmelidir (72).

Cerrahi hemşireleri hastaların servise kabulünde intravenöz sıvıların miktarını, tipini ve hekim istemini kontrol edip kaydetmelidirler (103). Cerrahi işlem sonrasında sıvı-elektrolit dengesizliğini önlemek için aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır. Vücutta ödem veya dehidratasyon olup olmadığına dikkat edilmelidir. Basınç noktalarına bakılmalı, gode bırakan ödem olup olmadığı gözlemlenmelidir (72). Hastaların kan basıncı, solunum ve nabız sayısı

cerrahi işlem sonrası dönemde kardiyovasküler fonksiyonunu değerlendirebilmek için düzenli olarak takip edilmelidir. Hasta şok belirti ve bulguları, ameliyat bölgesi, pansumanı, dren miktarı, içeriği olası bir kanama yönünden takip edilmelidir (24). Ameliyat sonrası ilk 24 saat kanama açısından önemlidir. Ameliyat sonrası kanama, hastaları şok tablosuna sokup ölümle sonuçlanabilecek durumlara götürebilir. Kanama, hastaların tekrar cerrahi girişime alınmasına da neden olabilmektedir. Ameliyat sonrası hastaların hareketsiz kalmasına bağlı birçok problem görülmektedir. Tromboflebit, venöz tromboemboli, pulmoner emboli, basınç yaraları bazılarıdır. Ameliyattan 7-14 gün sonrası tromboflebit ve sonucunda emboli gelişebilir (72). Fibrinolitik sistemin bozulması sonucu hastalarda ateş, titreme ve terleme belirtileri vardır. Ameliyat sonrası dönemde koruyucu önlemler önemlidir (104). Ameliyat öncesi hastalara öğretilen egzersizleri yapmalarına yardımcı olunmalıdır. Hastaların ameliyat sonrası aldığı çıkardığı takip edilmelidir. Ameliyat sonrası dönemde ADH ve aldosteron miktarı artmakta ve sodyum ve su tutulumu olmaktadır. Hastalarda sıvı tutulumu ile idrar miktarı azalmaktadır. Ancak hastalara yeterli sıvı replasmanı sağlandığında 6-8 saat içinde idrar çıkarımı olmaktadır (24). Üriner sondası varsa idrarın miktarı ve özellikleri kaydedilmeli, mesane distansiyonu yönünden hasta izlenmelidir. İdrar retansiyonu cerrahi girişimler sonrası görülebilecek bir komplikasyondur. İdrar yapamama ya da sık sık idrar yapmayı denediği halde çok az idrar yapıp mesanesinin tam boşalmaması hastalara rahatsızlık vermektedir (105). İdrar retansiyonu, mesane globu gibi şikayetlerin ortaya çıkması da gece hemşirelik bakımında önemli durumlardır (106). Çünkü cerrahi işlemlerin acil işlemler dışında büyük çoğunluğu gündüz saatlerinde yapılmakta ve hastaların şikayetlerinin ortaya çıkması genellikle gece saatlerinde olmaktadır.

Cerrahi girişim bir travma olarak kabul edildiği için metabolizma üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Cerrahi girişim sonrası erken dönemde hipometabolizma olmasına rağmen ilerleyen saatlerde vücudun enerji ihtiyacı ile stres hormonlarının artışı insülin direncinin ortaya çıkması, enflamatuar mekanizmaların devreye girmeye çalışması durumu hipermetabolizmaya çevirmektedir (83). İnsülin ihtiyacı ve glikoz alımının bozulması ile hipoglisemi ve hiperglisemi açısından cerrahi işlem sonrası kan şekeri sıkı takip ve kontrol altında tutulması gereken bir durumdur. Ameliyat sonrası dönemde kan şekerinin yüksek olması komplikasyon görülme olasılığını artırır. Kan şekeri yüksek ise miyokard infarktüsü, morbidite ve mortalitenin artması, pulmoner fonksiyonlar ve renal fonksiyonlarda bozulma görülebilmektedir. Cerrahi girişim sonrası dönemde istenen normoglisemik kan glikoz düzeyidir. Ameliyat sonrası dönemde kan şekeri 80-200 mg/dl arasında olması önerilmektedir (107). Ameliyat sonrası immün sistemin desteklenmesi yara iyileşmesinin artırılması ve

iyileşmenin hızlandırılması için beslenme önemlidir (108). Cerrahi işlem sonrası dönemde hastalarda peristaltizm azaldığı için bağırsak sesleri çok azdır ya da yoktur. Bağırsak seslerinin varlığı değerlendirilmelidir. Bulantı-kusma, paralitik ileus, konstipasyon, hıçkırık yönünden hastalar takip edilmelidir. Bağırsak motilitesini uyarmak ve artırmak için mobilizasyon önemlidir (103). Bağırsak hareketlerinin başlaması, bağırsak seslerinin duyulması beslenmenin başlaması için kriter olarak kabul edilmektedir. Ameliyat sonrası oral beslenmeye kademeli olarak geçilmeli, bulantı varlığı değerlendirilerek normal diyete devam edilmelidir (109).

Ameliyat sonrası hastaları bekleyen en önemli komplikasyonlardan birisi ağrıdır (100). Cerrahi travmanın etkisi ile oluşan ağrı, cerrahi işlem sonrasında hem hasta iyileşmesi hem de hemşirelik bakımı için büyük zorluklar oluşturan istenmeyen bir durumdur. Gece hemşirelik bakımında cerrahi hemşiresinin ağrı kontrolünde rolü büyüktür. Hastanın ağrısının tanılanması, yönetimi ve baş etme mekanizması geliştirilmesinde cerrahi hemşireleri aktif olmalıdır (110). Ağrı hastalarda kan basıncı, solunum, ruh halinde değişime, genel durum bozukluğuna neden olabilmektedir. Ağrının yeri, derecesi, önceki ağrı deneyimi, sıklığı hemşireler tarafından belirlenmelidir (111). Gece hemşirelik bakımında ağrı yönetimi zorlukları olan bir durumdur. Gece saatlerinde hasta ile hekimi arasında iletişim kurabilecek olan kişiler cerrahi hemşireleridir. Cerrahi hemşireleri gece hastanın ağrısının başlangıcını iyi takip edebilmeli ve ağrı seviyesinin artması durumunda müdahale edebilmelidir. ‘Ağrı var’ ya da ‘ağrı yok’ şeklinde değerlendirmeden ziyade bir ağrı değerlendirme ölçeği kullanarak değerlendirilmeli ve bakım planlanmalıdır (112). Hemşirelik bakımında ağrı gidermede ağrı kesicilerin kullanımı, terapötik dokunma, müzik dinletme dikkatini dağıtma gibi birçok yöntem olsada son zamanlarda ağrı kontrolünde dikkat çeken bir konu ‘Hasta Kontrollü Analjezi’ (HKA) dir. Hastanın bir analjezik pompası kullanarak, ağrısını algıladığı an kendisine ilacı uygulaması olarak belirtilebilir. Bu cihazda hekim istemine göre belirlenen dozda opioid ilaçlar bulunmaktadır. Bu ilaçların olası yan etkileri cerrahi hemşireleri tarafından gözlenmelidir. Bu yöntemle ağrı giderme, hem hasta hem de hemşire memnuniyeti ile sonuçlanan bir durumdur (113). Cerrahi hastasının gece bakımında dikkat edilmesi gereken önemli bir durum hastaya pozisyon verilmesidir. Hastalar sürekli aynı pozisyonda yattıkları sürece solunum sorunları ve basınç yarası görülme riski artmaktadır. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında cilt bakımının sağlanması ve 2 saatte bir pozisyon değişikliği solunum ve deri problemlerinin önlenmesinde önemlidir (101).

Ameliyat sonrası hastalar düşme riski taşımaktadırlar. Anestezi, kan basıncı değişiklikleri, ilk kez ayağa kalkma, yürümeye yardımcı araç kullanma, inkontinans varlığı,

alt ekstremitelerde güçsüzlük, fazla ilaç kullanımı, görme bozukluğu, tek başına yardımsız mobilizasyon, denge durumunda bozukluk gibi birçok neden cerrahi işlem geçiren hastalar için düşme riskini oluşturmaktadır (102). Ameliyat sonrası gece hemşirelik bakımında hastaların düşme risklerinin yüksek olduğunun bilincinde olunması, hastalara güvenli bir ortam sağlanması ve mobilizasyonlarında dikkatli davranılması önemlidir (114). Deliryum, cerrahi işlem geçiren hastalarda yüksek oranda görülen bir komplikasyondur. Deliryum hastalarda dikkat bozukluğu ve bilinç bulanıklığı ile karakterize bir tablodur. Cerrahi işlem geçiren yaşlı ve daha önceden psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar deliryum için risk grubunu oluştururlar (115). Hastalarda görülen travma, ateş, enfeksiyon, fiziki çevre, yaşlılık deliryuma neden olabilmektedir (116).

Cerrahi hemşireleri yaşlı hastalarda gece saatlerinde deliryum tablosunun gelişebileceğinin farkında olmalıdırlar. Hastaların mental durumunu sık aralıklarla değerlendirmelidirler. Cerrahi hemşireleri, deliryum tablosuna giren hastalara karşı anlayışla yaklaşmalı ve hastanın cerrahı ile iletişime geçmelidirler (49).

Hemşirelik bakımında fiziksel komplikasyonların görülmesi, bakımı aksatıcı ve yorucu bir süreçtir. Fakat psikososyal komplikasyonlar ameliyat sonrası dönemde cerrahi hemşirelerini gece bakımında çok daha rahatsız eden bir durum olarak karşılarına çıkmaktadır (117).

Cerrahi hemşireleri hastaların bakımında onların beklentilerini, ihtiyaçlarını bilmek durumundadırlar. Hastalar verilen hemşirelik bakımı ile bekledikleri hemşirelik bakımının değerlendirmesini ancak aldıkları bakıma göre belirleyebilirler. Gece görülebilecek durumlar içinde, yorgunluk ve uykusuzluk da bulunmaktadır. Hastaların gece bakımının sağlayıcıları hemşirelerdir. Gece hasta bakımı hem hemşire hem de hastaların ikisinin de etkileşimde oldukları bir zamandır (47). Yılmaz ve ark. (118) cerrahi servislerde yaptıkları araştırmaya göre, hastaların uyku sorunu yaşadıklarını belirlemişlerdir. Uyku sorununa neden olan durumları ise; hastaların ağrılarının olması, kaygı yaşamaları, hastane ortamındaki gürültüler, yatakları ve odalarından memnun olmamaları olarak belirtmişlerdir. Johansson ve ark. (119) yaptıkları araştırmaya göre; hemşirelerin, hastaların gece verilen bakımı reddetmesinden dolayı hemşirelik girişimlerini uygulamada zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Ameliyat sonrası dönemde geceye rastlayan ve iyileşme için çok önemli olan süreç birçok faktörden etkilenerek olumlu ya da olumsuz sonuçlanmaktadır. Cerrahi hemşirelerinin bu süreçte bakım girişimleri oldukça önemlidir. Ameliyat sonrası gece bakım uygulamalarının planlanması ve uygulanmasında bakım vericilerin yani cerrahi hemşirelerinin ve bakım alıcıların yani hastaların düşünceleri önemlidir. Bakım girişimlerinin değerlendirilmesi ve

yeniden yapılandırılmasında veri sağlamaktadır. Bu nedenle bu araştırma; ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE TİPİ

Ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımını değerlendirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Cerrahi Kliniklerinde Mayıs 2017- Eylül 2017 tarihleri arasında yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Bu araştırmanın evrenini, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Cerrahi Kliniklerinde yatan ve ameliyat olmuş olan hastalar ile bu kliniklerde çalışan hemşireler oluşturdu. Örneklem sayısının belirlenebilmesi için gerekli kaynak incelemeleri yapıldı ve Acaroğlu ve arkadaşlarının (9) yaptıkları (Bir Nöroşirürji Kliniğinde Gece Verilen Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi) isimli çalışmadaki bilgilerin dahilinde (51.39 ± 5.38), %95 Güven ve %90 Güç düzeyinde ve %5 tolerans ön görerek power analizle örneklem; 97 hemşire ve 97 hastadan oluşmak üzere 194 kişi olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

Hastaların;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü,
- 18 yaş ve üstünde,
- İletişim sorunu olmayan,

- Cerrahi girişim geçirmiş ve en az 1 gündür hastanede yatan,
- Yer, zaman ve kişiyi algılamada sorunu olmayan,
- Türkçe konuşabilen hastalar araştırmaya dahil edildi.

Hemşirelerin;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü,
- Cerrahi servislerinde çalışan hemşireler araştırmaya dahil edildi.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Gece verilen hemşirelik bakımına yönelik hastaların algıları olumludur.

H2: Gece verilen hemşirelik bakımına yönelik hemşirelerin algıları olumludur.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma veri toplama araçları olarak hasta ve hemşirelerin bireysel özelliklerini belirleyici soruları içeren bilgi formu ve Gece Hemşirelik Bakımı Ölçeği (The Night Nursing Care Instrument) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada hastalar için kullanılan kişisel bilgi formu; hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence, kronik hastalığı, daha önce hastaneye yatma durumu, daha önce cerrahi girişim geçirme durumu) ve yapılan cerrahi girişim ile ilgili (cerrahi girişim geçirdiği tıbbi tanı, ameliyat ile ilgili hemşireler tarafından bilgi verilme durumu, hastanede yattığı gün süresi) ile ilgili bilgilerini içerecek şekilde araştırmacı tarafından geliştirilmiş, 12 sorudan oluşan veri toplama aracıdır (Ek 1). Cerrahi girişim geçirdikleri tıbbi tanıların sınıflandırılması Sağlık Bakanlığı'nın cerrahi müdahale listesine göre yapılmıştır. https://www.saglik.gov.tr/TR,10998/cerrahi-mudahale-birimlerinde-uygulanacak-cerrahi-mudahale-listesi-hakkinda-genelge200942.html), (120).

Araştırmada hemşireler için kullanılan kişisel bilgi formu; hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslekte çalışılan yıl süresi, cerrahi hemşiresi olarak çalışma süresi, mesleği sevme durumu, cerrahi hemşireliği kongrelerine katılma durumu) ile ilgili bilgilerini içerecek şekilde araştırmacı tarafından geliştirilmiş, 8 sorudan oluşan veri toplama aracıdır (Ek 2).

Gece Hemşirelik Bakımı Ölçeği (GHBÖ)

Hastaların ve hemşirelerin ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımını değerlendirmek amacı ile 'Gece Hemşirelik Bakımı Ölçeği' kullanıldı (Ek 3).

Hemşire ve hastanın bakış açısından gece verilen hemşirelik bakımını değerlendirmek üzere Johansson (119) tarafından 2002 yılında tez çalışması kapsamında geliştirilen ve Türk toplumuna uyarlanması 2006 yılında Acaroğlu, Şendir ve Kaya (9) tarafından yapılan, Gece Hemşirelik Bakımı Ölçeği (GHBÖ), her biri 11 madde içeren iki bölümlü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin, birinci bölümü hemşirelerin, ikinci bölümü ise hastaların değerlendirmelerini kapsamaktadır. Her iki bölüm de benzer olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Hemşireler için olan ölçek "hemşirelik girişimleri (1.-6. maddeler arası)", "medikal girişimler (7.-8. maddeler arası)" ve "değerlendirme (9.-11. maddeler arası)" olmak üzere üç alt boyut içermektedir. Ölçeğe verilen yanıtlar 1 (tamamen farklı fikirdeyim) ile 5 (tamamen katılıyorum) arasındadır. Ölçeğin değerlendirilmesi hemşire ve hastaların maddelere verdikleri yanıtların yüzdeleri ve puan ortalamaları üzerinden yapılmaktadır. Yüzdelik üzerinden değerlendirmede " Tamamen farklı fikirdeyim ve farklı fikirdeyim" yanıtları olumsuz deneyimler, "katılıyorum ve tamamen katılıyorum" yanıtları ise olumlu deneyimler olarak değerlendirilmektedir (119),(Ek 3).

Gece hemşirelik bakımı ölçeğinden alınacak en düşük puan 11 ve en yüksek puan 55'tir. Gece hemşirelik bakımı ölçeğinden alınan yüksek puanlar, gece bakımını olumlu değerlendirdiklerini; düşük puanlar ise gece hemşirelik bakımını olumsuz değerlendirdiklerini ifade etmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışmasında; orijinalinde (119) hemşirelerin doldurduğu bölümün Cronbach's Alpha katsayısı 0.85 iken Acaroğulları ve ark. (9) çalışmasında 0.65 olarak belirlenmiştir. Orijinal araştırmada hastaların doldurduğu bölümün katsayısı 0.80 iken Acaroğulları ve ark. çalışmasında 0.79 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada ise ölçeğin; hemşirelerin doldurduğu bölümün Cronbach's Alpha katsayısı 0.86, hastaların doldurduğu bölümün Cronbach's Alpha katsayısı 0.87 olarak belirlendi.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından hastalara ve hemşirelere araştırmanın amacı ve yöntemi açıklandı. Araştırmaya 97 hasta ve 97 hemşire katıldı. Veriler, hastaların kendi odalarında, hemşirelerin hemşire odalarında yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacının kendisi tarafından iki basamakta yaklaşık 30 dakikada toplandı.

1. Basamak – Bilgilendirme

Araştırmaya başlamadan önce servis yönetici hemşireleri araştırma hakkında bilgilendirildiler. Daha sonra araştırmaya katılmayı kabul eden, örnekleme uygun hastalar hasta odalarında, hemşireler hemşire odalarında uygun oldukları bir zamanda ziyaret edildiler. Araştırmanın amacı ve içeriği hakkında kendilerine bilgi verildi ve soruları cevaplandırıldı. Araştırmaya katılmayı kabul edenlerden sözlü izin alındı.

2. Basamak- Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan literatür bilgisi dahilinde hazırlanan Kişisel Bilgi Formunu ve Gece Hemşirelik Bakımı Ölçeğini doldurmaları istendi. Daha sonra örneklemi oluşturan hastaların yattığı serviste çalışan cerrahi hemşirelerinden Kişisel Bilgi Formu ve Gece Hemşirelik Bakımı Ölçeği'nin hemşirelere ait bölümünü doldurmaları istendi.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek 4) ve Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Merkez Müdürlüğünden (Ek 5) gerekli izinler alındı.

Gece Hemşirelik Bakımı Ölçeği'nin kullanımı için Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan Kaya'dan (Ek 6) izin alındı.

Araştırmanın yapılacağı klinik yöneticilerine, servis sorumlu hemşirelerine, servis hemşirelerine ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve uygulanışı hakkında açıklama yapıldı. Hastaların ve hemşirelerin verdikleri bilgilerin sadece bu araştırma için kullanılacağı söylendi ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair sözlü izinleri alındı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Hipotez testlerinin uygulanmasında normal dağılım varsayımları dikkate alınmıştır. Araştırmada değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır.

Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır($p>0,05$). Verilerin analizinde parametrik yöntemler olarak iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin

karşılaştırılmasında T-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ değeri kabul edildi. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırma, Mayıs 2017-Eylül 2017 tarihleri arasında, ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi amacıyla 97 hemşire, 97 hasta olmak üzere toplam 194 kişi ile yapıldı. Araştırmadan elde edilen veriler normal dağılıma uygunluk durumları değerlendirilerek uygun istatistiksel testler ile analiz edildi ve tablolar şeklinde sunuldu.

Tablo 1' de hastaların kişisel özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının 55,3±16,5 olarak belirlendi. Hastaların %45,4'ü kadın, %54,6'sı erkek olarak belirlendi. Hastaların %79,4'ünün ilköğretim ve okuryazar olmayan, %20,6'sının lise ve üzeri eğitimde olduğu belirlendi. %74,2'sinin evli, %25,8'inin bekar olduğu belirlendi. Hastaların %19,6'sının çalıştığı, %34,0'ünün çalışmadığı, %46,4'ünün emekli olduğu belirlendi. Hastaların %94,8' inin sosyal güvencesinin olduğu ,%5,2'sinin olmadığı belirlendi.

Tablo 1. Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımları

Kişisel Özellikleri			
Yaş ortalaması (min- max)	55,3±16,5 (18-84)		
		n	**%**
Cinsiyet	Kadın	44	45,4
	Erkek	53	54,6
Eğitim Durumu	İlköğretim ve okuryazar olmayan	77	79,4
	Lise Ve üzeri	20	20,6
Medeni Durum	Evli	72	74,2
	Bekar	25	25,8
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	19	19,6
	Çalışmıyorum	33	34,0
	Emekli	45	46,4
Sosyal Güvence Durumu	Var	92	94,8
	Yok	5	5,2

Tablo 2'de hastaların hastalık özelliklerinin dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların hastanede yattıkları gün ortalamaları 7,09±8,05 olarak belirlendi. Hastaların %58,8'inin kronik hastalığı olduğu, %41,2'sinin olmadığı belirlendi. Hastaların %81,4'ünün daha önce hastaneye yattığı, %18,6'sının yatmadığı belirlendi. Hastaların %69,1'inin daha önce cerrahi girişim geçirdiği, %30,9'unun geçirmediği belirlendi. Hastaların cerrahi girişim geçirdikleri tanılarının %26,8'inin minör cerrahi, %54,6'sının majör cerrahi, %18,6'sının diğer grubunda (skar revizyonu, lipom alınması, lokal anestezi ile yapılan küçük girişimler gibi) olduğu belirlendi. Hastaların %34,0'üne ameliyat ile ilgili hemşireler tarafından bilgi verildiği, %66,0'sına bilgi verilmediği belirlendi.

Tablo 2. Hastaların hastalık özelliklerinin dağılımları

Hastalık Özellikleri			
Hastanede Yattığı Gün ortalaması (min- max)	7,09±8,05 (2-47)		
		n	**%**
Kronik Hastalık Durumu	Var	57	58,8
	Yok	40	41,2
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	Var	79	81,4
	Yok	18	18,6
Daha Önce Cerrahi Girişim Geçirme Durumu	Var	67	69,1
	Yok	30	30,9
Cerrahi Girişim Geçirdiği Tanı	Minör Cerrahi	26	26,8
	Majör Cerrahi	53	54,6
	Diğer	18	18,6
Ameliyat İle İlgili Hemşire Tarafından Bilgi Verilme Durumu	Evet	33	34,0
	Hayır	64	66,0

Tablo 3'de hemşirelerin kişisel özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 32,9±6,91 belirlendi. %88,7'si kadın, %11,3'ü erkek olarak belirlendi. Hemşirelerin %28,9'unun ön lisans ve altı, %71,1'inin lisans ve üzeri eğitim aldığı belirlendi. %73,2'si evli, %26,8'i bekar olarak belirlendi.

Tablo 3. Hemşirelerin kişisel özelliklerinin dağılımları

Kişisel Özellikler			
Yaş ortalaması (min- max)	32,9±6,91 (23-49)		
		n	**%**
Cinsiyet	Kadın	86	88,7
	Erkek	11	11,3
Eğitim Düzeyi	Önlisans ve Altı	28	28,9
	Lisans ve Üzeri	69	71,1
Medeni Durum	Evli	71	73,2
	Bekar	26	26,8

Tablo 4'de hemşirelerin mesleki özelliklerinin dağılımları yer almaktadır. Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ortalaması 11,0±6,98 cerrahi hemşiresi olarak meslekte çalışma süreleri ortalaması 7,64±6,48 olarak belirlendi. Hemşirelerin %87,6'sının mesleği sevdiği, %12,4'ünün sevmediği belirlendi. %28,9'unun cerrahi hemşireliği kongrelerine katıldığı, %71,1'inin katılmadığı belirlendi.

Tablo 4. Hemşirelerin mesleki özelliklerinin dağılımları

Mesleki Özellikleri			
Meslekte Çalışma Süresi Ortalaması (min- max)	11,0± 6,98 (0 -30)		
Cerrahi Hemşiresi Olarak Meslekte Çalışma Süresi Ortalaması (min- max)	7,64±6,48 (0 -30)		
		n	**%**
Mesleği Sevme Durumu	Evet	85	87,6
	Hayır	12	12,4
Cerrahi Hemşireliği Kongrelerine Katılma Durumu	Evet	28	28,9
	Hayır	69	71,1

Tablo 5'de gece verilen hemşirelik bakımı, hasta ve hemşireler tarafından değerlendirildiğinde, hemşirelik girişimleri ölçek alt boyutu, hemşirelerin puan ortalamasının 26,4±4,01, hastaların puan ortalamasının 20,9±4,71 olduğu ve hemşirelerin puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi (t=8,710, p=0,000).

Gece hemşirelik bakımı, medikal girişimler ölçek alt boyutu (Tablo 5), hemşirelerin puan ortalamasının 9,36±1,00, hastaların puan ortalamasının 9,74±0,78 olduğu belirlendi. Hastaların medikal girişimler puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (t=-2,957, p=0,004).

Gece hemşirelik bakımı, değerlendirme ölçek alt boyutu (Tablo 5), hemşirelerin puan ortalamasının 13,0±2,11, hastaların değerlendirme puan ortalamasının 13,7±1,83 olduğu ve hastaların değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (t=-2,321, p=0,021).

Gece hemşirelik bakımı, toplam ölçek puanına bakıldığında (Tablo 5), hemşirelerin değerlendirme puan ortalamasının 48,8±6,01, hastaların değerlendirme puan ortalamasının 44,4±6,07 olduğu ve hemşirelerin toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (t=5,107, p=0,000).

Tablo 5. Hemşireler ve hastalar tarafından gece verilen hemşirelik bakımı

Gece Hemşirelik Bakım Ölçeği (n=194)	**Hemşire (n=97)**	**Hasta (n=97)**	**İstatistik**	
	Ort±SS	Ort±SS	t	p
Hemşirelik Girişimleri	26,4±4,01	20,9±4,71	8,710	0,000***
Medikal Girişimler	9,36±1,00	9,74±0,78	-2,957	0,004**
Değerlendirme	13,0±2,11	13,7±1,83	-2,321	0,021*
Toplam	48,8±6,01	44,4±6,07	5,107	0,000***

Bağımsız gruplar T-testi, *<0,05; **<0,01; ***<0,001

Tablo 6'da gece verilen hemşirelik bakımı hastaların kişisel özelliklerine göre değerlendirildiğinde;

Hastaların yaşı ve gece hemşirelik bakımı ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde (Tablo 6); hemşirelik girişimleri (r=0,042, p=0,682), medikal girişimler (r=0,005, p=0,960), değerlendirme (r=0,059, p=0,565), ölçek toplam puan ortalaması (r=0,050, p=0,627) arasında istatistiksel olarak anlamlılık olmadığı belirlendi (p>0,05).

Hastaların cinsiyeti ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 6); hemşirelik girişimleri (t=-1,335, p=0,185), medikal girişimler (t=1,135, p= 0,249), değerlendirme (t=0,854, p=0,395), ölçek toplam puan ortalaması (t=-0,626, p=0,533) arasında istatistiksel olarak anlamlılık olmadığı belirlendi (p>0,05).

Hastaların eğitim durumu ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 6); hemşirelik girişimleri (F=0,218, p=0,804), değerlendirme (F=2,475, p=0,090), ölçek toplam puanı ortalaması (F=1,054, p=0,353) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

İlköğretim ve okuryazar olmayan hastaların gece hemşirelik bakımı ölçek alt boyutu medikal girişimler (F=4,009, p=0,021) puan ortalaması diğer eğitim düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlendi (p <0,05), (Tablo 6).

Hastaların medeni durum ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 6); hemşirelik girişimleri (t=1,169, p=0,245), medikal girişimler (t=1,360, p=0,279), değerlendirme (t=2,161, p=0,082), ölçek toplam puanı ortalaması (t=1,740, p=0,160) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Hastaların çalışma durumu ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 6); hemşirelik girişimleri (F=0,013, p=0,987), medikal girişimler (F=2,823, p=0,064), değerlendirme (F=0,213, p=0,809), ölçek toplam puanı ortalaması (F=0,155, p=0,857) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05) .

Hastaların sosyal güvence ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 6); hemşirelik girişimleri (t=-0,316, p=0,753), medikal girişimler (t=-0,756, p=0,452), ölçek toplam puanı ortalaması (t=-0,754, p=0,453) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Sosyal güvence düzeylerinden; sosyal güvencesi olmayan hastaların gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyutu değerlendirme puan ortalaması (t=-1,367, p=0,001) sosyal güvencesi olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlendi (p<0,05), (Tablo 6).

Tablo 6. Gece verilen hemşirelik bakımı ve hastaların kişisel özellikleri

		Hemşirelik Girişimleri GHBÖ	Medikal Girişimler GHBÖ	Değerlendirme GHBÖ	Toplam GHBÖ
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş		r= 0,042 * p= 0,682	r= 0,005 * p= 0,960	r= 0,059 * p= 0,565	r=0,050 * p=0,627
Cinsiyet	kadın	20,2±4,38	9,84±0,68	13,8±1,93	43,9±5,87
	erkek	21,5±4,94	9,66±0,85	13,5±1,76	44,7±6,26
		t= -1,335** p= 0,185	t= 1,135** p= 0,249	t= 0,854** p= 0,395	t= -0,626** p= 0,533
Eğitim Durumu	ilköğretim ve altı	20,9±4,65	9,81±0,66	13,7±1,92	44,4±6,01
	lise	21,7±3,16	9,80±0,63	14,6±0,69	46,1±3,44
	üniversite ve üstü	20,3±6,58	9,10±1,37	12,8±1,54	42,2±8,18
		F=0,218*** p= 0,804	F= 4,009*** p= 0,021	F= 2,475*** p= 0,090	F= 1,054*** p= 0,353
Medeni Durum	evli	21,2±4,45	9,80±0,66	13,9±1,58	45,0±5,24
	bekar	20,0±5,38	9,56±1,04	13,0±2,33	42,6±7,84
		t= 1,169** p= 0,245	t= 1,360** p= 0,279	t= 2,161** p= 0,082	t= 1,740** p= 0,160
Çalışma Durumu	çalışıyorum	21,0±5,39	9,79±0,91	13,5±1,83	44,4±6,58
	çalışmıyorum	21,0±3,32	9,97±0,17	13,8±1,78	44,8±3,92
	emekli	20,8±5,34	9,55±0,94	13,6±1,90	44,0±7,16
		F= 0,013*** p= 0,987	F= 2,823*** p= 0,064	F= 0,213*** p= 0,809	F= 0,155*** p= 0,857
Sosyal Güvence Durumu	var	20,9±4,80	9,72±0,80	13,6±1,86	44,2±6,18
	yok	21,6±2,96	10,0±0,00	14,8±0,44	46,4±3,13
		t= -0,316** p= 0,753	t= -0,756** p= 0,452	t= -1,367** p= 0,001	t= -0,754** p= 0,453

*Pearson korelasyon analizi, ** Bağımsız iki örneklem T testi, *** Tek yönlü Anova testi

Tablo 7'de gece verilen hemşirelik bakımı hastaların hastalık özelliklerine göre değerlendirildiğinde;

Hastaların hastanede yattıkları gün süresi ve gece hemşirelik bakımı ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde (Tablo 7); hemşirelik girişimleri (r=0,113, p=0,271), medikal girişimleri (r=0,111, p=0,277), değerlendirme (r=0,075, p=0,465), ölçek toplam puanı ortalaması (r=0,125, p=0,224) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (p>0,05).

Hastaların kronik hastalık varlığı ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 7); hemşirelik girişimleri (t=0,258, p=0,797), medikal girişimler (t=-1,140, p=0,237), değerlendirme (t=0,949, p=0,345), ölçek toplam puanı ortalaması (t= 0,341, p= 0,734) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Hastaların daha önce hastaneye yatma durumu ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 7); hemşirelik girişimleri (t=-0,327, p=0,745), değerlendirme (t=-0,453, p=0,652), ölçek toplam puan ortalaması (t=-0,547, p=0,586) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Daha önce hastaneye yatmayan hastaların gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyutu medikal girişimler puan ortalaması (t=-1,220, p=0,028) daha önce hastaneye yatan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlendi (p<0,05), (Tablo 7).

Hastaların daha önce cerrahi girişim geçirme durumu ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 7); hemşirelik girişimleri (t= -0,536, p=0,539), değerlendirme (t=1,118, p=0,311), ölçek toplam puan ortalaması (t=-0,286, p=0,776) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Daha önce cerrahi girişim geçirmeyen hastaların gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyutu medikal girişimleri puan ortalaması (t=-1,626, p=0,025) daha önce cerrahi girişim geçiren hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlendi (p<0,05) (Tablo 7).

Hastaların cerrahi girişim geçirdikleri tanılar ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 7); medikal girişimler (F=0,291, p=0,748), değerlendirme (F=1,025, p=0,363), ölçek toplam puan ortalaması (F=2,533, p=0,085) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Hastaların cerrahi girişim geçirdikleri tanılarda, majör cerrahi olan hastaların gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyutu hemşirelik girişimleri puan ortalaması (F=3,555, p=0,032) minör cerrahi girişim geçiren hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlendi (p<0,05),(Tablo 7).

Ameliyat ile ilgili hemşireler tarafından bilgi verilme durumunda, hastaların gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyutları hemşirelik girişimleri (t=3,066, p=0,003) değerlendirme puan ortalaması (t=2,844, p=0,001) ve ölçek toplam puan ortalaması (t=3,411, p=0,001) ameliyat ile ilgili hemşireler tarafından bilgi verilen hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlendi(p<0,05). Medikal girişimler (t=0,961, p=0,339) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0,05),(Tablo 7).

Tablo 7. Gece verilen hemşirelik bakımı ve hastaların hastalık özellikleri

		Hemşirelik Girişimleri	Medikal Girişimler	Değerlendirme	Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hastanede Yattığı Gün Süresi		r= 0,113* p= 0,271	r= 0,111* p= 0,277	r= 0,075* p= 0,465	r= 0,125* p= 0,224
Kronik Hastalık Varlığı	var	21,0±4,76	9,66±0,85	13,8±1,81	44,5±6,36
	yok	20,8±4,70	9,85±0,66	13,5±1,86	44,1±5,70
		t= 0,258** p= 0,797	t= -1,140** p= 0,237	t= 0,949** p= 0,345	t= 0,341** p= 0,734
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	var	20,8±4,89	9,69±0,85	13,6±1,86	44,2±6,43
	yok	21,2±3,95	9,94±0,23	13,8±1,74	45,1±4,19
		t= -0,327** p= 0,745	t= -1,220** p= 0,028	t= -0,453** p= 0,652	t= -0,547** p= 0,586
Daha Önce Cerrahi Girişim Geçirme Durumu	var	20,7±5,17	9,65±0,91	13,8±1,69	44,2±6,70
	yok	21,3±3,52	9,93±0,25	13,4±2,12	44,6±4,42
		t= -0,536** p= 0,539	t= -1,626** p= 0,025	t= 1,118** p= 0,311	t= -0,286** p= 0,776
Cerrahi Girişim Geçirdiği Tanı	minör cerrahi	19,1±4,96	9,65±1,09	13,4±1,79	42,2±6,70
	majör cerrahi	22,0±4,46	9,75±0,67	13,6±2,04	45,4±5,88
	Diğer	20,3±4,43	9,83±0,51	14,2±1,06	44,4±5,04
		F=3,555*** p= 0,032	F=0,291*** p= 0,748	F= 1,025*** p= 0,363	F=2,533*** p= 0,085
Ameliyat İle İlgili Hemşireler Tarafından Bilgi Verilme Durumu	evet	22,9±4,08	9,84±0,50	14,4±1,11	47,1±4,37
	hayır	19,9±4,72	9,68±0,88	13,3±2,02	42,9±6,35
		t= 3,066** p= 0,003	t= 0,961** p= 0,339	t= 2,844** p= 0,001	t= 3,411** p= 0,001

*Pearson korelasyon analizi, ** Bağımsız iki örneklem T testi, *** Tek yönlü Anova testi

Tablo 8'de gece verilen hemşirelik bakımı hemşirelerin kişisel özelliklerine göre değerlendirildiğinde;

Hemşirelerin yaşı ve gece hemşirelik bakımı ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde (Tablo 8); hemşirelik girişimleri (r=0,318, p=0,002), değerlendirme (r=0,207, p=0,042) ve ölçek toplam puanı ortalaması (r=0,282, p=0,005) arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu (p<0,05). Hemşirelerin yaşı ve gece hemşirelik bakımı ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; medikal girişimler (r=-0,013,p=0,898) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (p>0,05). Hemşirelerin cinsiyeti ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 8);

hemşirelik girişimleri (t=1,417, p=0,160), medikal girişimler (t=-0,010, p=0,992) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Kadın hemşirelerin gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyutu değerlendirme (t= 3,094, p=0,003) ve ölçek toplam puan ortalaması (t=2,010, p=0,047) erkek hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlendi (p <0,05),(Tablo 8).

Hemşirelerin eğitim düzeyi ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 8); hemşirelik girişimleri (t=1,356, p=0,178), medikal girişimler (t=0,200, p=0,842), değerlendirme (t=0,270, p=0,788), ölçek toplam puan ortalaması (t=1,029, p=0,306) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Hemşirelerin medeni durumu ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 8); hemşirelik girişimleri (t=0,512, p=0,610), medikal girişimler (t= 0,543, p=0,589), değerlendirme (t=1,123, p=0,264), ölçek toplam puan ortalaması (t=0,826, p=0,411) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Tablo 8. Gece verilen hemşirelik bakımı ve hemşirelerin kişisel özellikleri

		Hemşirelik Girişimleri GHBÖ	**Medikal Girişimler GHBÖ**	**Değerlendirme GHBÖ**	**Toplam GHBÖ**
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş		r=0,318 * p=0,002	r=-0,013* p=0,898	r=0,207* p=0,042	r=0,282* p=0,005
Cinsiyet	Kadın	26,6±4,11	9,36±1,01	13,2±1,93	49,2±6,00
	Erkek	24,8±2,71	9,36±0,92	11,2±2,64	45,4±5,22
		t=1,417** p=0,160	t= -0,010** p=0,992	t= 3,094** p=0,003	t= 2,010** p=0,047
Eğitim Düzeyi	önlisans ve altı	27,2±4,56	9,39±1,03	13,1±2,32	49,8±6,91
	lisans ve üzeri	26,0±3,73	9,34±0,99	13,0±2,04	48,4±5,61
		t=1,356** p=0,178	t=0,200** p=0,842	t=0,270** p=0,788	t= 1,029** p=0,306
Medeni Durum	Evli	26,5±4,36	9,39±0,97	13,1±2,06	49,1±6,36
	Bekar	26,0±2,86	9,26±1,07	12,6±2,22	48,0±4,96
		t= 0,512** p=0,610	t= 0,543** p=0,589	t=1,123** p=0,264	t= 0,826** p=0,411

*Pearson korelasyon analizi, ** Bağımsız iki örneklem T testi

Tablo 9'da gece verilen hemşirelik bakımı hemşirelerin mesleki gelişim özelliklerine göre değerlendirildiğinde;

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve gece hemşirelik bakımı ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde (Tablo 9); hemşirelik girişimleri (r=0,315, p=0,002),değerlendirme (r=0,213, p=0,036) ve ölçek toplam puanı ortalaması (r=0,288, p=0,004) arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu (p <0,05), (Tablo 9).

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve gece hemşirelik bakımı ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde (Tablo 9); medikal girişimler(r=0,018, p=0,861) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (p>0,05).

Hemşirelerin cerrahi hemşiresi olarak meslekte çalışma süresi ve gece hemşirelik bakımı ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde (Tablo 9); hemşirelik girişimleri (r=0,269, p=0,008), değerlendirme (r=0,220, p=0,031) ölçek toplam puanı ortalaması (r=0,268, p=0,008) arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu (p <0,05), (Tablo 9).

Hemşirelerin cerrahi hemşiresi olarak meslekte çalışma süresi ve gece hemşirelik bakımı ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde (Tablo 9); medikal girişimler (r=0,067, p=0,516) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (p>0,05).

Hemşirelerin mesleği sevme durumu ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 9); hemşirelik girişimleri (t=2,451, p=0,176), medikal girişimler (t=1,338, p=0,184), değerlendirme (t=2,813, p=0,130), ölçek toplam puan ortalaması (t=2,871, p=0,140) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Hemşirelerin cerrahi hemşireliği kongrelerine katılma durumu ve gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 9); hemşirelik girişimleri (t=1,819, p=0,072), medikal girişimler (t=-1,143, p=0,344), değerlendirme (t=1,121, p=0,265), ölçek toplam puan ortalaması (t= 1,408, p=0,162) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Tablo 9. Gece verilen hemşirelik bakımı ve hemşirelerin mesleki gelişim özellikleri

		Hemşirelik Girişimleri GHBÖ	Medikal Girişimler GHBÖ	Değerlendirme GHBÖ	Toplam GHBÖ
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Meslekte Çalışma Süresi		r= 0,315* p= 0,002	r= 0,018* p= 0,861	r= 0,213* p= 0,036	r= 0,288* p= 0,004
Cerrahi Hemşiresi Olarak Meslekte Çalışma Süresi		r= 0,269* p= 0,008	r= 0,067* p= 0,516	r= 0,220* p= 0,031	r= 0,268* p= 0,008
Mesleği Sevme Durumu	Evet	26,7±3,29	9,41±1,01	13,2±1,70	49,4±4,68
	Hayır	23,8±7,00	9,00±0,85	11,5±3,70	44,3±11,0
		t= 2,451** p= 0,176	t= 1,338** p= 0,184	t= 2,813** P= 0,130	t= 2,871** p= 0,140
Cerrahi Hemşireliği Kongrelerine Katılma Durumu	Evet	27,5±2,67	9,17±1,30	13,4±1,45	50,1±4,18
	Hayır	25,9±4,37	9,43±0,84	12,8±2,32	48,2±6,56
		t= 1,819** p= 0,072	t= -1,143** p= 0,344	t= 1,121** p= 0,265	t= 1,408** p= 0,162

*Pearson korelasyon analizi, ** Bağımsız iki örneklem T testi

TARTIŞMA

Bu araştırma ‘Ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımını değerlendirmek’ amacıyla Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Cerrahi kliniklerinde Mayıs 2017-Eylül 2017 tarihleri arasında tanımlayıcı bir araştırma olarak yapıldı.

Araştırmada yer alan hemşire ve hastaların kişisel özelikleri değerlendirildi. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının 55,3±16,5, %54,6’sı erkek, %79,4’ünün ilköğretim ve okuryazar olmayan, %74,2’sinin evli, %46,4’ünün emekli ve %94,8’inin sosyal güvencesinin olduğu belirlendi (Tablo 1). Benzer şekilde, Şahin ve ark. (121) kolorektal kanser cerrahisi hastalarında yaptıkları araştırmada hastaların yaş ortalamalarının 61,3 olduğu, Wong ve ark.(122) yatan hastaların deneyimlerini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında ise hastaların % 56’sının erkek ve yaş ortalamasının 58 olduğunu belirlemişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların hastanede yattıkları gün ortalamaları 7,09±8,05, %58,8’inin kronik hastalığının olduğu, %69,1’inin daha önce cerrahi girişim geçirdiği, %54,6’sının majör cerrahi, %66,0’sına bilgi verilmediği belirlendi (Tablo 2). Çam ve ark.(123) ameliyat sonrası dönemde günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yaptıkları araştırmada %43,3’ünün kronik hastalığı olduğu, %53.3’ünün ameliyat sonrası iyileşme sürecini bilmedikleri belirlenmiştir. Çevik ve Eşer (124) nöroşirurji kliniğinde yaptığı araştırmada hastaların %81,6’sının daha önceden hastanede yattığı, Yıldız ve ark.(125) araştırmalarında ise hastaların %79,9’unun daha önceden hastane deneyiminin olduğunu belirlemişlerdir. Aksakal ve Bilgili (126) hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti değerlendirdiği araştırmalarında hastaların %86,2’si hemşirelerden bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir. Dolgun ve Dönmez (127) araştırmalarında, hastaların ameliyat hakkında bilgiyi aldıkları

sağlık personeline göre dağılımı incelendiğinde; hastaların % 42,0'sinin hem hekim hem de hemşireden bilgi aldığı, %11,6'sının sadece hemşireden bilgi aldığı belirlenmiştir. Hastaların % 52,2'sinin verilen bilgiyi yeterli bulduklarını belirlemişlerdir. Araştırmada hastaları kapsayan örneklem grubunun kişisel özellik bulguları cerrahi hastaları ile yapılan diğer araştırma bulguları ile benzer bulundu.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 32,9±6,91, %88,7' si kadın, %11,3'ü erkek, %71,1'inin lisans ve üzeri eğitim aldığı, %73,2'sinin evli olduğu belirlendi (Tablo 3). Karamanoğlu ve ark.(128) araştırmalarında hemşirelerin %56,1'inin 28-35 yaş grubunda olduğu, %81,3'ünün evli, %32,7'sinin açık öğretim ön lisans mezunu olduğu, %51,9'unun 11 yıl ve üzeri çalıştığı, %48,6'sının yaklaşık 5 yıldır cerrahi birimlerde çalıştığı belirlenmiştir. Gökdoğan ve Yorgun (92) hemşireler ve sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ilişkisini araştırdıkları araştırmalarında hizmette Meslek Yüksekokulu mezunu olan hemşireler %61,5 ve lise mezunu olan hemşireler %26,9 çoğunlukta olarak belirlenmiştir. Araştırmada hemşirelerin kişisel özelliklerinin diğer çalışmalardaki bulgulara benzer olduğu belirlendi.

Tablo 4'de hemşirelerin mesleki özelliklerinin dağılımı incelendiğinde meslekte ortalama çalışma süreleri 11,0±6,98, cerrahi hemşiresi olarak çalışma süreleri 7,64±6,48 olduğu ve %87,6'sının mesleği sevdiği belirlendi. Karabulut ve Çetinkaya (58) araştırmalarında hemşirelerin %59,5'inin cerrahi klinikte çalışmaya istekli olduğunu belirlemişlerdir. Gürlek ve Yavuz (86) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerle yaptıkları araştırmada hemşirelerin yaş ortalamasının 31,26±5,03, hizmet yılı ortalamasının 10,0±6,29, çalıştıkları klinikteki hizmet yılı ortalamasının 5,11±3,93 olduğunu belirlemişlerdir. Bu araştırma ve diğer araştırmaların sonuçları hemşirelerin bireysel özelliklerinin diğer çalışmalarla benzer ve cerrahi hemşirelerinin isteyerek uzun süreli çalıştıklarını gösterdi.

Hastalara gece verilen hemşirelik bakımının hastalar ve hemşireler tarafından değerlendirilmesi tablo 5'de yer almaktadır. Gece verilen hemşirelik bakımı, hasta ve hemşireler tarafından değerlendirildiğinde, hemşirelik girişimleri (t=8,710, p=0,000) ve toplam ölçek puanı (t=5,107, p=0,000) hemşirelerde hastalardan daha yüksek belirlendi. Palese ve ark.(129) cerrahi hastalarında hasta memnuniyetini belirlemek için altı Avrupa Ülkesinde yaptıkları araştırmada hastaların bakımdan memnuniyetleri ve hemşirelik algılarını yüksek bulmuşlardır. Algıer ve ark. (130) dahili, cerrahi ve VIP kliniklerde hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerini algılamaları konulu araştırmalarında hemşirelerin fizyolojik ve güvenlik anlamında girişimleri daha önemli gördüklerini hastaların ise bu konuda aynı düşüncede olmadıklarını belirlemişlerdir. Yine cerrahi kliniklerde yatan

hastalarla yapılan Yıldız ve ark.(125) ve Al-Mailam (131) hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerini yüksek belirlemişlerdir. Suhonen ve ark. (132) Avrupa' da farklı ülkelerde ortopedi ve travma hastaları ile yapılan bakım algısı belirleme çalışmalarında hastaların bakım algısı sonuçlarının ülkeler arasında farklı olduğunu saptamışlardır. Türkiye'de Acaroğlu ve ark. (9) gece hemşirelik bakımını değerlendirdikleri çalışmalarında ise; hemşirelik girişimleri ölçek alt boyutunda hemşirelerin hastalardan daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Oleni ve ark. (133) gece hemşirelik bakımını değerlendirdikleri araştırmalarında hemşirelik girişimleri, değerlendirme ve ölçek toplam puanında hemşirelerin daha yüksek puan aldığını belirlemişlerdir. Cerit ve Çoşkun (134) hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algılarını değerlendirdikleri araştırmalarında hemşirelerin güvence, bilgi-beceri, saygılı olma ve bağlılık alt boyutları ve genel hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algılarının hastalardan daha olumlu bulmuşlardır. Ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımı toplam olarak değerlendirildiğinde sonuçlar hemşirelerin gece verdikleri hemşirelik bakımını iyi yaptıklarını düşündükleri ve hemşirelerin vermiş oldukları gece bakımını hastalardan daha olumlu algıladıklarını göstermiştir. Araştırmanın bulgularına göre; Hemşirelerin gece verilen hemşirelik bakımına yönelik algıları olumludur. H2 hipotezi doğrulanmıştır.

Gece hemşirelik bakımı ölçek alt boyutları, medikal girişimler (t=-2,957, p=0,004) ve değerlendirme (t=-2,321, p=0,021) alt boyutlarında hastaların puan ortalamaları yüksek belirlendi (Tablo 5). Dirimeşe ve ark. (135) araştırmalarında, hemşirelik bakım kalitesinin sürdürülmesinde, ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetiminin etkin bir şekilde yapılmasının gerektiğini belirtmişlerdir. Kılıç (8) hemşireler tarafından hastaların ağrılarının azaltılması, hastalar tarafından ise tedavi ve ilaçların zamanında uygulanması en önemli durumlardan biri olarak belirlemiştir. Bizim çalışmamızın medikal girişimler alt boyutu hastaların ilaç uygulamaları, ağrılarının giderilmesi maddelerinin kapsadığı için diğer iki çalışmada olduğu gibi hastalar tarafından yüksek puan ortalaması ile değerlendirilmiştir. Merkouris ve ark. (136) araştırmaların da hastalar hemşirelerin hemşirelik uygulamalarını iyi yaptıklarını fakat gece bakımda hemşire sayısının az olmasının bakımı aksattığını, hemşirelerin çok hastaya bakım verdikleri için hemşirelere ulaşmanın zor olduğunu belirtmişlerdir. Ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımında medikal girişimlere ve bakım uygulamalarına ilişkin hastaların değerlendirmelerinin olumlu olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre; hastaların gece verilen hemşirelik bakımına yönelik algıları olumludur. H1 hipotezi doğrulanmaktadır.

Hastaların kişisel özelliklerinin gece verilen hemşirelik bakımına etkisi değerlendirildiğinde (Tablo 6); yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumunun etki etmediği belirlendi (P>0,05).

İlköğretim ve okuryazar olmayan hastaların ölçek alt boyutu medikal girişimler (F= 4,009, p=0,021) puan ortalaması yüksek belirlendi (p<0,05), (Tablo 6). Benzer şekilde hasta memnuniyetinin araştırıldığı, Yıldız ve ark. (125) cerrahi birimlerde yatan hastalarla yaptıkları araştırmalarında ilkokul ve lise mezunlarının hemşirelik bakımından memnuniyet oranları daha yüksek belirlenmiştir. Araştırmada sosyal güvencesi olmayan hastaların gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyutu değerlendirme puan ortalaması (t=-1,367, p=0,001) yüksek belirlendi (p<0,05),(Tablo 6). Tekin (69) ortopedik cerrahi hastalarında bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin değerlendirildiği araştırmada sosyal güvencesi olan hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma düzeyi yüksek belirlenmiştir. Araştırmaların sonuçları eğitim ve sosyal güvence düzeyi düşük hastaların gece verilen hemşirelik bakımını daha olumlu algıladıklarını düşündürdü.

Hastaların hastalık özelliklerinin gece verilen hemşirelik bakımına etkisi değerlendirildiğinde (Tablo 7); hastanede yattıkları gün süresi , kronik hastalık varlığı, daha önce hastaneye yatma, daha önce cerrahi girişim geçirme durumunun etki etmediği belirlendi (p>0,05). Daha önce hastaneye yatmayan hastaların gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyutu medikal girişimler puan ortalaması (t=-1,220, p=0,028) yüksek belirlendi (Tablo 7). Benzer bir çalışmada; Şendir ve ark. (137) beyin cerrahisi geçirmiş hastalarda uyku kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada; gece hastalara uygulanan tıbbi uygulamaların hastaların uyku sorunlarına neden olduğunu belirlemişlerdir. Arslan ve Kelleci (138) daha önce hastane deneyimi olan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğunu Suhonen ve ark (139) hastalarda memnuniyeti araştırdıkları çalışmalarında, hasta memnuniyetinin hemşirelik hizmetlerinden etkilendiğini belirlemişlerdir. Şişe (140) hastaların daha önceden hastaneye yatış durumları ile hemşirelik bakım algısı arasında anlamlı farklılık bulunmazken hastanede yatış süreleri ile anlamlı farklılık bulunduğunu belirlemiştir. Sonuçlar gece verilen hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesinde hastalık özelliklerinin etkisinin tartışmalı olduğunu gösterdi.

Hastaların gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyutları hemşirelik girişimleri (t=3,066, p=0,003), değerlendirme (t=2,844, p=0,001) ve ölçek toplam puan ortalaması (t=3,411, p=0,001) ameliyat ile ilgili hemşire tarafından bilgi verilen hastalarda yüksek belirlendi (p <0,05),(Tablo 7). Oleni ve ark. (133) gece hemşirelik bakımını değerlendirdikleri araştırmalarında, bilgi alan hastaların bakımdan daha memnun olduklarını, hemşirelerin gece

iş yüklerinin fazla olmasından dolayı hastaları bilgilendirmede eksikliklerin olduğunu ve bunun yetersiz hasta bakımı olarak nitelendirildiğini belirlemişlerdir. Fındık ve Yeşilyurt (39) yaptıkları araştırmada ameliyat sonrası yapılan uygulamalar ile ilgili hemşireler tarafından bilgilendirilen cerrahi hastalarının bakım kalitesini algılama düzeyi yüksek bulunmuştur. Araştırmaların sonuçları hastaların bilgilendirilmesinin hemşirelik bakım uygulamalarının algılanmasındaki önemi ortaya koymaktadır.

Tablo 8' de hemşirelerin kişisel özelliklerinin gece hemşirelik bakımına etkisi değerlendirilmiştir. Hemşirelerin yaşı ile hemşirelik girişimleri (r=0,318, p=0,002), değerlendirme(r=0,207, p=0,042) ve ölçek toplam puanı ortalaması (r=0,282, p=0,005) arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Hemşirelerin yaşları arttıkça iyi hemşirelik bakımı verdikleri algısı artmıştır diyebiliriz. Ancak bu bulguyu destekleyici araştırma yoktur.

Kadın hemşirelerin gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyutu değerlendirme (t= 3,094, p=0,003) ve ölçek toplam puan ortalaması (t= 2,010, p=0,047) yüksek (p <0,05), ancak eğitim düzeyi ve medeni durumun etki etmediği belirlendi (p>0,05) (Tablo 8). Göğüş (53) cerrahi hastaları ve hemşireleri ile yaptığı araştırmasında, araştırmaya katılan cerrahi hastalarının ve hemşirelerinin cinsiyetinin bakım davranışını etkilemediğini belirlemiştir. Çelik ve ark.(29) cerrahi hemşirelerinin mesleki profesyonelliklerini belirlemek istedikleri araştırmalarında, cerrahi hemşirelerinin demografik özelliklerinin mesleğe ilişkin düşüncelerini etkilemediğini belirlemişlerdir. Araştırmaların sonuçlarına göre hemşirelerin demografik özelliklerinin gece verilen hemşirelik bakımına etkisi tartışmalıdır diyebiliriz.

Hemşirelerin mesleki özelliklerinin gece hemşirelik bakımına etkisi (Tablo 9)'da incelenmiştir. Çalışma süresi ve gece hemşirelik bakımı arasında, hemşirelik girişimleri (r=0,315, p=0,002), değerlendirme (r=0,213, p=0,036), ölçek toplam puanı ortalaması (r=0,288, p=0,004) arasında ve cerrahi hemşiresi olarak meslekte çalışma süresi ve hemşirelik girişimleri (r=0,269, p=0,008), değerlendirme(r=0,220, p=0,031) ölçek toplam puanı ortalaması (r=0,268, p=0,008) arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu (p<0,05). Mesleği sevme ve kongrelere katılma durumu gece verilen hemşirelik bakımına etki etmedi (p>0,05) (Tablo 9). Karabulut ve Çetinkaya'nın (58) araştırmalarında cerrahi servislerinde çalışma süresi, çalışma yılı ile hasta bakımında güçlük yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Araştırmalarında 6 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında yaşadıkları güçlükleri %8,2 olarak belirlemişlerdir. Bunu ise hemşirelerin çalışma yılının artması ile problem çözme yeteneklerinin bilgi, tecrübe ve deneyimlerin artmasından etkilendiğini belirtmişlerdir. Çelik ve ark. (29) cerrahi

hemşirelerinin mesleki profesyonelliklerini belirlemek için yaptıkları araştırmalarında, mesleği sevenlerin mesleğe ilişkin düşüncelerinin iyi olduğunu belirlemişlerdir. Bulgular hemşirelerin çalışma yılının ve cerrahi hemşiresi olarak çalışma yılının artmasının gece verilen hemşirelik bakımını olumlu değerlendirdiklerini gösterdi.

SONUÇLAR

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı'nda yapılan ve 'Ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımının değerlendirildiği' bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların (n=97) yaş ortalamalarının 55,3± 16,5, %45,4'ü (n=44) kadın, %79,4'ünün (n=77) ilköğretim ve okuryazar olmayan, hastanede yattıkları gün ortalamaları 7,09±8,05, %34,0'üne (n=33) ameliyat ile ilgili hemşireler tarafından bilgi verildiği belirlendi.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin (n=97) yaş ortalamaları 32,9±6,91, %88,7'si (n=86) kadın, %71,1'inin (n=69) lisans ve üzeri eğitim aldığı, meslekte çalışma sürelerinin 11,0±6,98, cerrahi hemşiresi olarak çalışma sürelerinin 7,64±6,48, % 87,6'sının (n=85) mesleği sevdiği, %28,9'unun (n=28) cerrahi hemşireliği kongrelerine katıldığı belirlendi.
- Gece verilen hemşirelik bakımı, hemşireler tarafından değerlendirildiğinde (Tablo 5); Hemşirelerin, hemşirelik girişimleri ölçek alt boyutunda puan ortalaması 26,4±4,01 ve toplam ölçek puanının 48,8±6,01 istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- Gece verilen hemşirelik bakımı hastalar tarafından değerlendirildiğinde (Tablo 5); Hastaların, medikal girişimler ölçek alt boyutunda puan ortalaması 9,74±0,78 ve değerlendirme puan ortalamasının 13,7±1,83 istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

- Gece verilen hemşirelik bakımı hastaların özelliklerine göre değerlendirildiğinde (Tablo 6); İlköğretim ve okuryazar olmayan hastaların, daha önce hastaneye yatmayan hastaların ve daha önce cerrahi girişim geçirmeyen hastaların gece hemşirelik bakımı ölçek alt boyutu medikal girişimler puan ortalaması daha yüksek belirlendi ($p<0,05$).
- Sosyal güvencesi olmayan hastaların gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyutu değerlendirme puan ortalaması daha yüksek belirlendi ($p <0,05$),(Tablo 6).
- Ameliyat ile ilgili hemşireler tarafından bilgi verilen hastaların gece hemşirelik bakımı ölçeği alt boyutu hemşirelik girişimleri puan ortalaması, değerlendirme puan ortalaması, ölçek toplam puan ortalaması daha yüksek belirlendi ($p <0,05$), (Tablo 7).
- Gece verilen hemşirelik bakımı hemşirelerin özelliklerine göre değerlendirildiğinde (Tablo 8); hemşirelerin yaşının artması, kadın olması, çalışma süresinin uzun olması değerlendirme alt boyunu etkilemiştir ($p<0,05$).
- Meslekte çalışma süresi ve cerrahi hemşiresi olarak meslekte çalışma süresi arttıkça gece verilen hemşirelik bakımı algısı artmıştır($p <0,05$),(Tablo 9).

ÖNERİLER

Ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımının değerlendirildiği bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Hastalarda gece verilen hemşirelik bakımı algısının artırılması için hemşirelik bakım planlarının geliştirilmesini ve uygulanmasını,

Hastaların medikal girişimler dışında da gece verilen hemşirelik bakımının iyi olduğu algısının, hastaların bireysel özellikleri dikkate alınarak arttırılmasını,

Hastalara gece verilen hemşirelik bakımı algısının yüksek sürdürülmesinde hemşireler tarafından bilgilendirme yapılmasına devam edilmesini,

Yaş ortalaması küçük, erkek ve çalışma süresi az olan hemşirelerinde gece verilen hemşirelik bakımının değerlendirme boyutunun arttırılmasını önermekteyiz.

ÖZET

Bu tanımlayıcı araştırma, ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımını değerlendirmek üzere yapıldı.

Araştırma, Mayıs 2017-Eylül 2017 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi hastanesinin Cerrahi Kliniklerinde 97 hasta ve 97 hemşire ile yapıldı. Verilerin toplanmasında hasta ve hemşirelerin kişisel bilgi formları ve Gece Hemşirelik Bakımı Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ANOVA, Bağımsız gruplar T testi ve korelasyon testleri kullanıldı. Sonuçlar için $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmaya katılan hastaların (n=97) yaş ortalamalarının 55,3±16,5, %45,4'ünün (n=44) kadın; hemşirelerin (n=97) yaş ortalamalarının 32,9±6,91, %88,7'sinin (n=86) kadın olduğu belirlendi. Gece verilen hemşirelik bakımı, toplam ölçek ve hemşirelik girişimleri puan ortalamasının hemşirelerde ($p<0,05$), medikal girişimler ve değerlendirme alt boyutunun hastalar da yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). İlköğretim ve okuryazar olmayan, hastaneye yatmayan ve cerrahi girişim geçirmeyen hastaların ölçek alt boyutu medikal girişimler puan ortalaması yüksek belirlendi ($p <0,05$). Sosyal güvencesi olmayan hastaların değerlendirme, hemşireler tarafından bilgi verilen hastaların hemşirelik girişimleri, değerlendirme ve ölçek toplam puan ortalaması daha yüksek belirlendi ($p <0,05$). Hemşirelerin yaşının artması, kadın olması, çalışma süresinin uzun olması değerlendirme alt boyutunu etkilemiştir ($p<0,05$).

Ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımının hemşireler tarafından iyi verildiği algılanmıştır. Hemşireler ve hastaların bireysel özelliklerinin gece verilen hemşirelik bakımı algısını etkilediği belirlenmiştir. Ameliyat sonrası hastaların gece verilen hemşirelik bakımı

algısının artırılması için hemşirelik bakım planlarının geliştirilmesini ve uygulanmasını önermekteyiz.

Anahtar kelimeler= Ameliyat sonrası bakım, gece hemşirelik bakımı, hemşirelik bakımı algısı

EVALUATION OF NURSING CARE GIVEN NIGHT AFTER SURGERY

SUMMARY

This descriptive study was performed to evaluate night nursing care after surgery.

The study was carried out between May 2017-September 2017 in Surgery Clinics of a university hospital with 97 patients and 97 nurses. Personal information forms of patients and nurses, Night Nursing Care Instrument were used to collect data. Descriptive statistics, ANOVA, Independent groups T test and correlation tests were used. $p<0,05$ was considered statistically significant.

It was determined that mean age of patients (n=97) participated in study was 55,3±16,5, 45,4% (n=44) were female, the mean age of nurses (n=97) was 32,9±6,91 and 88,7% (n=86) were female. Mean scores of total scale and nursing interventions in nurses and sub-dimension of medical interventions and evaluation in patients were found high ($p<0,05$). Mean score of sub-dimension of medical interventions of patients who were not primary school graduates nor literate, not hospitalized and did not undergo surgery were determined high ($p<0,05$). Mean score of scale sub-dimension of evaluation of patients without social security, nursing interventions of patients informed by nurses, evaluation and total score of scale were identified to be higher ($p<0,05$). The increasing age of nurses, being a female, having long working hours influenced sub-dimension of evaluation ($p<0,05$).

It was determined that nursing care provided after surgery was provided well by nurses. Individual characteristics of nurses and patients influenced perception of night nursing

care. It is recommended that nursing care plans should be developed and implemented to increase perceptions of nursing care provided to patients after surgery.

Key words: Postoperative care, night nursing care, nursing care perception

KAYNAKLAR

1. Ucuzal M, Aldanmaz N. Genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riski. İnönü Üniv Sağlık Bilimleri Derg 2015;4(2):17-22.

2. Sağlık Bakanlığı (T.C.).Sağlık istatistikleri yıllığı 2016. Ankara; 2017 https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0 ErişimTarihi:01.12.2018

3. Çilingir D, Bayraktar N. Günübirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. Hemş Yüksekokulu Derg 2006;69–81.

4. Vermişli S, Çam K. Ürolojik radikal cerrahi sonrası erken mobilizasyonun etkinliği. Bull of Urooncology 2015;14:324-6.

5. İzveren AÖ, Dal Ü. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. Sağlık Bilimleri Fak Hemş Derg 2011;36-46.

6. Altıok HÖ, Şengün F, Üstün B. Bakım kavram analizi. Dokuz Eylül Üniv Hemş Yüksekokulu Elektronik Derg 2011;4(3):137-40.

7. Watson J. Nursing human science and human care. New York: Jones & Bartlett Learning, 1st Revised edition, 2008.

8. Kılıç M. Cerrahi Girişim Geçiren Hastalar ile Aynı Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Hemşirelik Bakımı Algılarının Karşılaştırılması (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2014.

9. Acaroğlu R, Savcı C, Bilir A, Kaya H, Şendir M, Örenli E ve ark. Bir nöroşirürji kliniğinde gece verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi. Maltepe Üniv Hemş Bilim ve Sanatı Derg 2009;2(1):34-40.

10. Özarslan A. Hemşirelerin Servislerde Hasta Bakımına ve Diğer İşlere Ayırdıkları Sürenin Belirlenmesi (tez).Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı; 2011.

11. Efe S, Sak İ, İnal V. Üçüncü Basamak Karma Bir Yoğun Bakım Ünitesinde Kalite Göstergelerinin Retrospektif Değerlendirilmesi. Yoğun Bakım Derg 2018;9(1):1-6.

12. Bal MD. Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücü planlama yaklaşımları. Sağlık ve Hemş Yönetimi Derg 2014;1(3):148-54.

13. Kayrakçı F, Özşaker E. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. FN Hem Derg 2014;22(2):105-13.

14. Acar EÇ, Fındık ÜY. Ameliyathanede Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Hakkında Düşüncelerinin ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Anadolu Hemş ve Sağlık Bilimleri Derg, 2015;18(4):268-73.

15. Aslan FE. Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. Atatürk Üniv Hemş Yüksekokulu Derg 2009;12:104-13.

16. Gören ŞY, Yalım NY. Hemşirelik tarihinde bir öncü "safiye hüseyin elbi". Lokman Hekim Derg 2016;6(2):38-45.

17. Çakırlar A, Mendi B. Hemşirelerin elektronik sağlık kaydı ve bilişim uygulamaları kapsamındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. FNG ve Bilim Tıp Derg 2016;2(1):32-9.

18. Karataş K. Robotik Cerrahi'de hemşirenin değişen rolü. 2.Uluslararası 10.Ulusal Türk Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı s.91-92, Antalya, 2017.

19. Akar M. Cerrahi tekniklerin resimsel anlatımı. Art-Sanat Derg 2015;(3)15-29.

20. Uğurlu MC. Hipokrat. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1997;50(2): 67-78.

21. Chari PS. Susruta and our heritage. Indian J Plast Surg. 2003;36:4-13.

22. Aksoy G. Cerrahi ve cerrahi hemşireliği. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Editörler). Cerrahi hemşireliği I'de.İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017. s.1-38.

23. Cambiaghi M. Andreas Vesalius (1514–1564). J Neurol 2017;264:1828–30.

24. Erdil F. Cerrahi hemşireliği. Erdil F, Elbaş NÖ (Editörler). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Kitabı'nda. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık; 2016, s.97-136.

25. Ceylan İ. Türklerde cerrahinin gelişimi. Türk Cerrahi Derneği Yayınları 2012; 9-168.

26. Ataç A. 19. Yüzyılda Türkiye'de cerrahinin gelişimi ve Op. Dr. Cemil Topuzlu Paşa, GATA Tıp Tarihi ve Deontoloji AD, 65-76 http=//dergipark.gov.tr/download/article-file/114142 Erişim Tarihi: 06.06.2018.

27. Salman FT. Infeksiyon ve cerrahlar. ANKEM Derg 2010;24(Ek 2):1-11.

28. Ulusoy MF.Türkiye'de hemşirelik eğitiminin tarihsel süreci.CÜ Hemş Yüksekokulu Derg 1998;2 (1):1-8.

29. Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. İÜFN Hemş Derg 2012;20(3):193-9.

30. Ökdem Ş, Abbasoğlu A, Doğan N. Hemşirelik tarihi, eğitimi ve gelişim, Ankara Üniv Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı 2000;1(1): 5-11.

31. Hatipoğlu S. Selimiye'den geleceğe notlar. Sağlık Bilimleri Fak Hemş Derg 2011;103-11.

32. Kural AR, Atuğ F. Ürolojide robotik cerrahi uygulamaları.Türk Üroloji Derg 2010;36(3):248-57.

33. Çelik S. Cerrahi bakımda bilgi güncelleme. Acıbadem Üniv Sağlık Bilimleri Derg 2011;2(2):61-5.

34. Iz FB, Temel AB. Hemşirelikte kültürel yeterlik. Aile Toplum ve Eğitim-Kültür ve Araştırma Derg 2009;11(5): 51-8.

35. Özkan İA, Okumuş H. Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın insan bakım modeli. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg 2012 -2;61-72.

36. Sabancıoğulları S, Ata EE, Kelleci M, Doğan S. Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemş Derg 2011;2(3):117-22.

37. Austgard KI.What characterises nursing care? A hermeneutical philosophical inquiry. Scand J Caring Sci 2008; 22:314–9.

38. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Sağlık Bilimleri Fak Hemş Derg 2010;74–82.

39. Fındık ÜY, Yeşilyurt DS. Cerrahi hastalarının ameliyat sonrası hemşirelik bakım kalitesi algısı. Anadolu Hemş ve Sağlık Bilimleri Derg 2017;20(3):195-200.

40. Bilgin Y, Göral M. Sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin hasta memnuniyetine etkisi: Bartın Devlet Hastanesi örneği. Bartın Üniv İİBF Derg 2017;8(16):151-75.

41. Demir Y, Arslan GG, Eşer İ, Khorshid L. Bir eğitim hastanesinde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin incelenmesi. İÜFN Hemş Derg 2011;19 (2): 68-76.

42. Meydanlıoğlu A. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. Balıkesir Sağlık Bilimleri Derg 2013; 2(3):192-9.

43. Ovayolu N, Bahar A. Hemşirelik ve kalite. Atatürk Üniv Hemş Yüksekokulu Derg 2006;9(1):104-10.

44. Maben J, Morrow E, Ball J, Robert G, Griffiths P. High Quality Care Metrics for Nursing. National Nursing Research Unit (report), King's College London 2012;pp. 1-53.

45. Alcan Z. Hemşirelik hizmetlerinde kalite. Modern Hastane Yönetimi Derg 2001;5(4-5):57-60.

46. Deniz N, Büyük K. Sağlık hizmetlerinde hastaların kalite algılarının değerlendirilmesi. Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Derg 2017; 03 (03):52-69.

47. Özsoy SA, Özgür G, Akyol D. Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. Int Nurs Rev 2007; 54(3):249–55.

48. Bozkurt G, Türkmen E, Zengin N. Yoğun bakım hemşirelerinin bağımsız işlevlerine ilişkin iş yükü. Yoğun Bakım Hemş Derg 2017;21(2):36-41.

49. Fındık ÜY. Yaşlı Hastanın Ameliyata Hazırlanması ve Yaşlı Hastanın Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı. Fındık ÜY, Erol Ö (Editörler). Geriatrik Hasta ve Hemşirelik Bakımı'da. Ankara: Yosun Ofset Matbaacılık;2010. S.128-44.

50. Rogowski JA, Staiger D, Patrick T, Horbar J, Kenny M, Lake ET. Nurse staffing and NICU infection rates, Jama Pediatr/Vol 2013;167(5): 444-50.

51. Arslan S, Nazik E, Tanrıverdi D, Gürdil S. Hastaların sağlık hizmetlerinden ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2012; 11(6): 717-24.

52. Acaroğlu R, Şendir M. Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. İÜFN Hemş Derg 2012;20(1):10-16.

53. Göğüş F. Cerrahi Hastaların ve Cerrahi Hemşirelerinin Bakım Davranışı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

54. Molazem Z, Ahmadi F, Mohammadi E, Bolandparvaz S. Improvement in the nursing care quality in general surgery wards: Iranian nurses' perceptions. Scand J Caring Sci 2011; 25(2):350–6.

55. Ahmad MM, Alasad JA. Predictors of patients' experiences of nursing care in medical-surgical wards. Int J Nurs Pract 2004;10(5): 235–41

56. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) hastane Ankara;2016.https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0 Erişim tarihi: 01.10.2018

57. Zerenler M, Öğüt A. Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: Konya örneği. 2007;501-19. dergisosyalbil.selcuk.edu.tr/susbed/article Erişim tarihi: 08.07.2018

58. Karabulut N, Çetinkaya F. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve motivasyon düzeyleri. Anadolu Hemş ve Sağlık Bilimleri Derg 2011;14:(1): 14-23

59. Gülkaya E. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmaları Süresinde, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda bilgi düzeyleri (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Yönetim Programı; 2009.

60. Balanuye B. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

61. Gündoğdu S, Bahçecik N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Anadolu Hemş ve Sağlık Bilimleri Derg 2012; 15(2):119-28.

62. Sağlık Bakanlığı (T.C.), Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. Güvenli cerrahi. Ankara; 2011. http=//www.kalite.saglik.gov.tr/TR,9090/ guvenli-cerrahi-el-kitabi.html Erişim tarihi: 05.10.2018.

63. Riegel F, Crossetti MDGO, Siqueira DS. Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. Rev Bras Enferm (internet) 2018;71(4):2072-6.

64. Dönmez YC. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakim Skalası (Good Perioperative Of Nursing Care Scale)"nın Türk Hemşire ve Hastalari Için Geçerlik Ve Güvenirliğinin Incelenmesi (tez).İzmir= Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

65. Özer N. Cerrahi hemşireliğinde engelli hasta. Sağlıkla Hemş Derg 2014;12: 6-7.

66. Ünsar S, Kostak MA, Kurt S, Erol Ö. Hemşirelerin kendini gerçekleştirme düzeyleri ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniv Hemş Yüksekokulu Elektronik Derg 2011; 4(1):2-6.

67. Aygin D. Perioperatif bakımda güncel yaklaşımlar. Anadolu Hemş ve Sağlık Bilimleri Derg 2012; 15(1)63-7.

68. Aksoy G. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı, Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Editörler). Cerrahi hemşireliği I'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017. S.257-99.

69. Tekin F. Ortopedik Cerrahi Hastalarının Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). Edirne :Trakya Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;2011.

70. Demirhan İ, Pınar G. Postoperatif iyileşmenin hızlandırılması ve hemşirelik yaklaşımları.Yıldırım Beyazıt Üniv Sağlık Bilimleri Fak Hemş E-Derg 2014;2(1):43-53

71. Altay NC. Çocuklarda ameliyat öncesi hazırlık. Sağlık Bilimleri Fak Hemş Dergisi 2008; 68–76.

72. Aydın E, Bulut H. Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. TAF Prev Med Bull 2014;13(1): 77-82

73. Yavuz Ş. Kalp cerrahisinde preoperatif değerlendirme. Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 2017;1-114, Erişim Tarihi: 03.08.2018

74. Kapusuz Z, Sakallıoğlu Ö, Göçmen Y, Saydam L. Cerrahi teknik seçiminin tonsillektomi sonrası kanama olasılığı üzerine etkisi.Fırat Tıp Derg 2012;17(1):36-9

75. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği(TARD). Anestezi uygulama kılavuzları preoperatif değerlendirme 2015. http=//tard.org.tr/assets/kilavuz/preoperatifdegerlendirme.pdf Erişim tarihi: 01.09.2018

76. Türk Dermatoloji Derneği. Operasyon öncesi hazırlık. http=//turkdermatoloji.org.tr/icerik/detay/87 Erişim tarihi: 01.09.2018

77. Sayhan H. Anestezi polikliniğine başvuran hastalarda preoperatif HbsAg, Anti-HCV, Anti-HIV seroprevalansı.Van Tıp Derg 2015; 22(2): 80-3

78. Küçükkaya PG. Estetik cerrahide ameliyat öncesi psikososyal değerlendirmede hemşirenin rolü. Psikiyatri Hemş Derg 2011;2 (2):94-9

79. Fındık ÜY, Topçu SY. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. Sağlık Bilimleri Fak Hemş Derg 2012; 22-33

80. Akın S, Ergin E, Erdem ME, Kazan S,Keçici S, Tekçe M ve ark. İç hastalıkları ameliyat hazırlık polikliniğinde diyabet ve hipertansiyonun ameliyat gecikmesindeki rolü. J Kartal TR 2014;25(1):5-8.

81. Yavuz M. Ameliyat öncesi bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da. Adana: Nobel Kitabevi; 2010. s.293-307.

82. Kulaksızoğlu IB, Özmen M. Epilepsi cerrahisi öncesinde psikiyatrik değerlendirme. Türk Epilepsi ile Savaş Derneği 2012;18(Ek 1):30-32 Erişim: 15.08.2018.

83. Aydoğan MS. Postoperatif dönemde beslenme. J Turgut Ozal Med Cent 2015; 22(4):274-5.

84. Aygin D, Marul F. Cerrahi alan enfeksiyonu tanımlarında yenilikler ve ameliyat öncesi tüy temizliğinde güncel uygulamalar. Online Türk Sağlık Bilimleri Derg 2016; 1(3):28-36.

85. Hemingway P, Allcock N, Payne H, Tanner J. Pre-operative hair removal to reduce surgical site infection. Joanna Briggs Institute Best Practice 2007;11(4):1-4.

86. Gürlek Ö,Yavuz M.Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. Anadolu Hemş ve Sağlık Bilimleri Derg 2013;16(1): 8-15.

87. Akyüz E, Karadağ M, Bulut HD. Aydınlatılmış onamda hemşirenin rolü ve sorumlulukları. Turkiye Klinikleri J Nurs Sci 2016;8(4):348-53.

88. Özbayır T. Ameliyat dönemi bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da. Adana: Nobel Kitabevi; 2010. s.309-44.

89. Yılmaz E, Çeçen D, Toğaç HK, Mutlu S, Kara H, Aslan A. Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. Manisa Celal Bayar Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg 2018;5(1):3-9.

90. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik 2011. https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir. html Erişim tarihi: 01. 09. 2018.

91. Ameliyathane hemşiresi görev tanımı 2017. istanbul.edu.tr/statics/onkoloji.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2017/07/OE-GT-019-Ameliyathane-Hemşiresi.pdf Erişim tarihi: 01.09.2018.

92. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler.Anadolu Hemş ve Sağlık Bilimleri Derg 2010; 13(2): 53-9.

93. Hergül FK, Özbayır T, Gök F. Ameliyathanede hasta güvenliği: Sistematik derleme. Pamukkale Tıp Dergisi 2016;9(1):87-98

94. Onganer E, Bozkurt B, Kılıç M. Hastalar için hasta güvenliği. J Kartal TR 2014;25(2):171-4

95. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Güvenlik raporlama sistemi GRS istatistik ve analiz. https://grs.saglik.gov.tr/ Erişim tarihi: 10.10.2018

96. Sayılan AA, Öztekin SD. Ameliyathane hemşirelerinin vücut postürleri ve ilişkili faktörler. Gümüşhane Üniv Sağlık Bilimleri Derg 2018;7(1):23-7.

97. Pearcey P. 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. Int J Nurs Pract 2010; 16(1):51–6

98. Yolcu S, Akın S, Durna Z. Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Derg 2016;13(2):129-38.

99. Chang KH, Condon ET, O'Connor EJ, McAnena OJ. Sustained weight loss and improvement of quality of life after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity: a single surgeon experience in Ireland. Ir J Med Sci 2010;179:23–7.

100. Aksoy Y, Altınel L, Köse KÇ. Ameliyat sırasında kanama kontrolü ve ameliyat sonrası dren kapatılması yöntemlerinin total diz artroplastisi sonrası kan kaybı ve transfüzyon ihtiyacı üzerine etkileri. Acta Orthop Traumatol Turc 2011;45(3):190-4.

101. Gül Ş. Cerrahi girişim uygulanan hastalarda basınç ülseri gelişiminin önlenmesi. Hacettepe Üniv Hemş Fak Derg 2014;54–61.

102. Berke D, Aslan FE. Cerrahi hastalarını bekleyen bir risk: Düşmeler, nedenleri ve önlemler. Anadolu Hemş ve Sağlık Bilimleri Derg 2010; 13(4): 72-7.

103. Akyolcu N. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Editörler). Cerrahi hemşireliği I'de.İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017. s.335-66.

104. Aslan FE. Ameliyat sonrası bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da. Adana: Nobel Kitabevi; 2010. s.345-72.

105. Chai AH, Wong T, Mak HL, Cheon C,Yip SK, Wong AS . Prevalence and associated risk factors of retention of urine after caesarean section. Int Urogynecol J 2008;19:537–42.

106. Kaya Y, Şahin NH. Postpartum idrar retansiyonu. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2014;45:106-12.

107. Camkıran A, Dönmez A, Ercan S, Kayhan Z.Diyabetik hastalarda kalp cerrahisi sırasında normogliseminin sağlanması: Klinik deneyimlerimiz. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Derg 2011;19(4):524-28.

108. Dal Ü. Malnütrisyona bağlı postoperatif komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı. Atatürk Üniv Hemş Yüksekokulu Derg 2008; 11(1): 85-92.

109. Story SK, Chamberlain RS. A Comprehensive Review of Evidence-Based Strategies to Prevent and Treat Postoperative Ileus. Dig Surg 2009;26(4):265–75.

110. Büyükyılmaz F, Aşti T. Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2009; 12(2):84-93.

111. Topçu SY. Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2008.

112. Acar K, Aygin D. Laparaskopik cerrahi sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı. Online Türk Sağlık Bilimleri Derg 2016;1(2):17-22.

113. Çilingir D, Şahin CU. Cerrahi hastasında hasta kontrollü analjezi kullanımı. Hacettepe Üniv Hemş Fak Derg 2016; 3(3):56-69.

114. Özlü ZK, Yayla A, Özer N, Gümüş K, Erdağı S, Kaya Z. Cerrahi hastalarda düşme riski. Kafkas J Med Sci 2015; 5(3):94–9.

115. Yılmaz E, Aksun M, Girgin S, Gülseren Ş, Kuru V, Şencan A ve ark. Elektif koroner arter baypas greft ameliyatlarında off-pump ve on-pump kardiyopulmoner baypas tekniklerinin postoperatif deliryum gelişimi üzerine etkilerinin karşılaştırılması. GKDA Derg 2013;19(2):67-75.

116. Üstek S, Boran M. Multipl travmalı hastada postoperatif gelişen delirium. Ege Tıp Derg 2010;49 (1) :67-70.

117. Okanlı A, Özer N, Akyıl RÇ, Koçkar Ç. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Atatürk Üniv Hemş Yüksekokulu Derg 2006; 9(4):38-44.

118. Yılmaz E, Kutlu AK, Çeçen D. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler. Yeni Tıp Derg 2008;25:149-56.

119. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Nurses' assessments and patients' perceptions: development of the night nursing care instrument (NNCI), measuring nursing care at night. Int J Nurs Stud 42(5) 2005;569-78.

120. https://www.saglik.gov.tr/TR,10998/cerrahi-mudahale-birimlerinde-uygulanacak-cerrahi-mudahale-listesi-hakkinda-genelge200942.html. Erişim Tarihi: 01.09.2017

121. Şahin SY, İyigün E, Açıkel C. Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2015;14(5):401-5.

122. Wong EL, Coulter A, Cheung AW, Yam CH, Yeoh EK, Griffiths S. Validation of inpatient experience questionnaire.Int J Qual Health Care 2013;25(4): 443–51.

123. Çam R, Gezer N, Sapmaz H. Total kalça protezli hastaların günlük yaşam aktivitelerinde yaşadıkları Sorunların belirlenmesi. 7. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı s.262-265, İzmir, 2011.

124. Çevik K, Eşer İ. Nöroşirurji kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisi. FN Hem Derg 2014;22(2):76-83

125. Yıldız T, Önler E, Başkan B,Koluaçık B, Malak A,Özdemir A ve ark. Cerrahi birimlerde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. Int J Basic Clin Med 2014;2(3):123-30.

126. Aksakal T, Bilgili N. Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi; Jinekoloji servisi örneği. Erciyes Tıp Derg 2008;30(4):242-9.

127. Dolgun E, Dönmez YC. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniv Hemş Bilim ve Sanatı Derg 2010;3(3):10-5.

128. Karamanoğlu AY, Özer FG, Tuğcu A. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. Fırat Tıp Derg 2009;14(1):12-7

129. Palese A, Tomietto M, Suhonen R, Efstathiou G, Tsangari H, Merkouris A et al. Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses caring behaviors: A descriptive and correlational study in six european countries. J Nurs Scholarsh 2011;43(4):341-50.

130. Algıer L, Abbasoğlu A, Hakverdioğlu G, Ökdem Ş, Göçer S. Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. CÜ Hemş Yüksekokulu Derg 2005;9(1):33-40.

131. Al-Mailam FF. The effect of nursing care on overall patient satisfaction and its predicivite value on return- to-provider behavior= a survery study. Qual Manag Health Care 2005;14(2): 116-20.

132. Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Schmidt L A, Va¨lima¨ki M, Leino-Kilpi H. European orthopaedic and trauma patients' perceptions of nursing care:a comparative study. J Clinical Nurs 2009;18:2818–29.

133. Oleni M, Johansson P, Fridlund B. Nursing care at night= an evaluation using the Night Nursing Care Instrument. J Adv Nurs 2004;47 (1): 25-32.

134. Cerit B, Çoşkun S.Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algıları.Turk J Clin Lab 2018; 9(2):103-9.

135. Dirimeşe E, Yavuz M, Altınbaş Y. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nitelik değişimi: İki periyodun karşılaştırılması. Kafkas J Med Sci 2014; 4(2):62–8.

136. Merkouris A, Papathanassoglou ED, Lemonidou C. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach.Int J Nurs Stud 2004;41(4):355-67.

137. Şendir M, Acaroğlu R, Kaya H, Erol S, Akkaya Y. Evaluation of quality of sleep and effecting factors in hospitalized neurosurgical patients. Neurosciences 2007;12 (3):226-31.

138. Arslan Ç, Kelleci M. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. Anadolu Hemş Ve Sağlık Bilimleri Derg 2011; 14(1):1-8.

139. Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H et al. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. Scand J Caring Sci 2012; 26:372–80.

140. Şişe Ş. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. Kocatepe Tıp Derg 2013; 14: 69-75.

ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımları 32
Tablo 2. Hastaların hastalık özelliklerinin dağılımları 33
Tablo 3. Hemşirelerin kişisel özelliklerinin dağılımları 33
Tablo 4. Hemşirelerin mesleki özelliklerinin dağılımları 34
Tablo 5. Hemşireler ve hastalar tarafından gece verilen hemşirelik bakımı 34
Tablo 6. Gece verilen hemşirelik bakımı ve hastaların kişisel özellikleri 36
Tablo 7. Gece verilen hemşirelik bakımı ve hastaların hastalık özellikleri 38
Tablo 8. Gece verilen hemşirelik bakımı ve hemşirelerin kişisel özellikleri 39
Tablo 9. Gece verilen hemşirelik bakımı ve hemşirelerin mesleki gelişim özellikleri 41

ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Kırıkkale'de doğan Duygu KARAKURT ilköğretim, lise ve üniversite eğitimini Kırıkkale'de tamamlamıştır. 2014 yılında Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitimini tamamlayarak hemşire ünvanı almıştır. 2015 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

2014 yılında Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmıştır. 2014 yılında Kırklareli Kamu Hastaneleri Birliği'ne atanmış olup halen bu görevine devam etmektedir.

EKLER

Ek 1. Hasta Kişisel Bilgi Formu

Ek 2. Hemşire Kişisel Bilgi Formu

Ek 3. Gece Hemşirelik Bakım Ölçeği

Ek 4. Etik Kurul İzni

Ek 5. Kurum İzni

Ek 6. Ölçek Kullanım İzni

Ek 1

Hasta Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı ,

Bu araştırmanın amacı ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesidir. Elde edinilen bilgiler ameliyat sonrası hasta bakımında hemşirelik bakım girişimlerine bilgi sağlayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık

Yüksek Lisans Öğrencisi Duygu Karakurt

A.GENEL BİLGİLER

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet= Kadın( ) Erkek ( )

3. Eğitim durumu: Yok( ) İlköğretim( ) Lise( ) Üniversite ve üstü( )

4. Medeni durum: Evli( ) Bekar( ) Dul/Boşanmış( )

5. Çalışma durumu: Çalışıyorum ( ) Çalışmıyorum( ) Emekli ( )

6. Sosyal güvence: Var( ) Yok( )

7. Kronik Hastalığı: Var( ) Yok( )

8. Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu: Var( ) Yok( )

9. Daha Önce Cerrahi Girişim Geçirme Durumu: Var( ) Yok( )

B.YAPILAN CERRAHİ GİRİŞİM İLE İLGİLİ:

1. Cerrahi girişim geçirdiği tıbbi tanı:

2.Ameliyat ile ilgili hemşireler tarafından bilgi verilme durumu: Evet( ) Hayır( )

3.Hastanede yattığı gün süresi :

Ek 2

Hemşire Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı ,

Bu araştırmanın amacı ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesidir. Elde edinilen bilgiler ameliyat sonrası hasta bakımında hemşirelik bakım girişimlerine bilgi sağlayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık

Yüksek Lisans Öğrencisi; Duygu Karakurt

GENEL BİLGİLER

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet= Kadın( ) Erkek ( )

3. Eğitim düzeyi: Lise( ) Lisans( ) Yüksek Lisans( ) Doktora( )

4. Medeni durum: Evli( ) Bekar( ) Dul/Boşanmış( )

5. Meslekte Çalışma Süresi:…….

6. Cerrahi Hemşiresi Olarak Ne Kadar Süredir Çalışıyorsunuz ?.....

7. Mesleği Sevme Durumu: Evet( ) Hayır( )

8. Cerrahi hemşireliği kongrelerine hiç katıldınız mı ? Evet( ) Hayır( )

Ek 3

GECE HEMŞİRELİK BAKIMI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeler gece boyunca uyguladığınız hemşirelik bakımı ile ilgilidir. Lütfen düşüncenizi en iyi karşılayan ifadeyi daire içine alınız.

1 = Tamamen farklı fikirdeyim
2 = Kısmen farklı fikirdeyim
3 = Ne katılıyorum ne katılmıyorum
4 = Kısmen katılıyorum
5 = Tamamen katılıyorum

Yaşınız…….

Hemşirelik Girişimleri 1-Gece vardiyası boyunca hastaların gereksinimlerini dikkate aldım	1	2	3	4	5
2-Gece uygulanacak işlemler hakkında hastaları bilgilendirdim.	1	2	3	4	5
3-Gerektiğinde hastaları tuvalet, sürgü, pozisyon değişimi gereksinimi açısından değerlendirdim.	1	2	3	4	5
4-Gece boyunca hastaların yeme içme ile ilgili gereksinimlerini karşıladım.	1	2	3	4	5
5- Gece boyunca hastaların uykusuzluk ile ilgili gereksinimlerini benimle paylaşmalarına imkan sağladım.	1	2	3	4	5
6-Hastaları gece boyunca gözlemledim.	1	2	3	4	5
Medikal Girişimler 7-İlaçları, infüzyonları, enjeksiyonları planladığım zamanda uyguladım.	1	2	3	4	5
8-Planda olmayan ağrı kesici, uykuya yardımcı ilaçlar vb. çok gecikmeden uygulandı.	1	2	3	4	5
Değerlendirme 9-Benim değerlendirmeme göre hastalar gece boyunca dinlenebildiler.	1	2	3	4	5
10- Benim değerlendirmeme göre hastalar gece boyunca kendilerini güvende hissettiler.	1	2	3	4	5
11-Hastalar gece boyunca verilen hemşirelik bakımından çok memnun kaldılar.	1	2	3	4	5

GECE HEMŞİRELİK BAKIMI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeler gece boyunca aldığınız hemşirelik bakımı ile ilgilidir. Lütfen deneyiminizi en iyi karşılayan ifadeyi daire içine alınız.

1 = Tamamen farklı fikirdeyim
2 = Kısmen farklı fikirdeyim
3 = Ne katılıyorum ne katılmıyorum
4 = Kısmen katılıyorum
5 = Tamamen katılıyorum

Yaşınız……
Cinsiyetiniz
1( )Kadın 2( )Erkek

1-Hemşire benim gece rahatımı sağlamaya yönelik planlarını yaparken benim isteklerimi dikkate aldı.	1	2	3	4	5
2-Hemşire gece uygulanacak işlemler hakkında beni bilgilendirdi.	1	2	3	4	5
3-Gece tuvalet, sürgü, pozisyon değişimi gibi gereksinimlerimi karşılamada hemşire bana yardımcı oldu.	1	2	3	4	5
4-Hemşire gece boyunca yeme içme ile ilgili gereksinimlerimi karşıladı.	1	2	3	4	5
5- Gece boyunca yaşadığım uykusuzluk, stres gibi sorunlarımı hemşire ile paylaşma fırsatı buldum.	1	2	3	4	5
6-Gece boyunca hemşire tarafından yeteri kadar kontrol edildim.	1	2	3	4	5
7-İlaçlarım tam zamanında uygulandı.	1	2	3	4	5
8-Planda olmayan ağrı kesici, uykuya yardımcı ilaçlar vb. çok gecikmeden uygulandı.	1	2	3	4	5
9-Gece boyunca yeteri kadar dinlenebildim.	1	2	3	4	5
10-Gece boyunca kendimi güvende hissettim.	1	2	3	4	5
11- Gece boyunca aldığım hemşirelik bakımından çok memnun kaldım.	1	2	3	4	5

Ek 4

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/83	
	PROTOKOL ADI	Ameliyat Sonrası Gece Verilen Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr.Ümmü YILDIZ FINDIK	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 05/17** **Tarih:15.03.2017**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen, Yüksek Lisans Öğrencisi Duygu KARAKURT'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	Mazeretli
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 5

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 79056779-600 -E.106899 22/02/2017
Konu : Tez çalışması hk.

Sayın Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

İlgi : 16/02/2017 tarihli ve 0 sayılı yazı,

Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Duygu KARAKURT'un "Ameliyat Sonrası Gece Verilen Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını Merkezinizde yapma isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Abdullah TAŞ
Merkez Müdürü V.

Adres:Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Balkan Yerleşkesi Edirne 22030
Telefon:(0284) 235 27 31 Faks(0284) 235 27 30
E-Posta:bashekim@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://tuh.trakya.edu.tr/
Bilgi için: Neriman ÜNAL
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ek 6

Sayın Duygu Karakurt,

"Gece Hemşirelik Bakım Ölçeği"ni yüksek lisans tezinizde kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Doç.Dr. Hatice KAYA

