T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN HASTAYA GÜVENLİ POZİSYON VERMEDEKİ ROLLERİ VE ALDIKLARI ÖNLEMLER

MELEK ÇINARKÖK

DANIŞMAN
DOÇ. DR. NURAY AKYÜZ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABILIM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2019

Bu çalışma 04.07.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Nuray AKYÜZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr.Öğr.Üyesi Fatma Hülya ÜSTÜNDAĞ
İstanbul Bilgi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

BEYAN

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

Melek Çınarkök



İTHAF

“Annem, Babam, Eşim ve Çocuklarım’a ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında sabırlı ve hoşgörülü yaklaşımlarıyla beni yönlendiren danışman hocam Doç. Dr. Nuray AKYÜZ'e,

Yüksek lisans eğitimimde bilgi ve deneyimlerinin bana çok şey kattığı saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Nevin KANAN, Prof. Dr. Neriman AKYOLCU, Prof. Dr. S. Deniz ÖZTEKİN, Prof. Dr. İkbal ÇAVDAR ve Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ'a,

Çalışmam sırasında ilgi, sabır ve desteğini esirgemeyen ve her daim yanımda olan sevgili eşim Ayhan ÇINARKÖK'e,

Sevgilerini ve desteklerini hiç esirgemeyen, her kararımda arkamda olan annem, babam ve kardeşim Dilek OK'a,

Yine çalışmamda bana destek olan tüm meslektaşlarıma ve sevgili arkadaşım Ahmet TEKE'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1.Hasta Güvenliği 3
2.1.1.Ameliyathanede Hasta Güvenliği 4
2.1.2.Hasta Güvenliğinde Hemşirenin Rolü 5
2.2.Cerrahi Girişim Sırasında Hemşirelik Bakımı 6
2.3.Ameliyathanede Hasta Transferi ve Düşmelerin Önlenmesi 7
2.4.Cerrahi Girişim Sırasında Kullanılan Temel Pozisyonlar 10
2.4.1.Sırt Üstü (Supine) Pozisyonu 12
2.4.2.Yüz Üstü (Prone) Poziyonu 13
2.4.3.Baş Aşağı (Trendelenburg) Pozisyonu 14
2.4.4.Baş Yukarı (Ters Trendelenburg) Pozisyonu 15
2.4.5.Yan (Lateral, Dekübit/Sims) Pozisyonu 15
2.4.6.Litotomi Pozisyonu 16
2.5.Cerrahi Girişim Sırasında Gelişebilecek Basınç Yaraları 17
2.6.Pozisyon Vermede Kullanılan Ekipmanlar 21
2.6.1.Pozisyon Verme Sırasında Kullanılan Ekipman Özellikleri 21
2.6.2.Ameliyat masası 21
3. GEREÇ VE YÖNTEM 24

3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi 24
3.2.Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular 24
3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih 24
3.4.Araştırmanın Sınırlılıkları 24
3.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 24
3.6.Veri Toplama Araçları 25
3.7.Verilerin Toplanması ve Çözümlenmesi 25
3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri 25
4. BULGULAR 26
5. TARTIŞMA 41
KAYNAKLAR 53
FORMLAR 65
ETİK KURUL KARARI 72
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 77
ÖZGEÇMİŞ 78

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Tanıtıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi.....26

Tablo 4-2: Hemşirelerin Ameliyathaneye İlişkin Çalışma Özellikleri.....27

Tablo 4-3: Ameliyat Masasına Transferde Uygulanan Yöntemlerin ve Supine Pozisyonunda Yaptığınız / Gözlemlediğiniz Uygulamaların Değerlendirilmesi.....29

Tablo 4-4: Prone Pozisyonunda Yaptığınız / Gözlemlediğiniz Uygulamalar 30

Tablo 4-5: Lateral Pozisyonunda Yaptığınız / Gözlemlediğiniz Uygulamalar 31

Tablo 4-6: Litotomi Pozisyonunda Yaptığınız / Gözlemlediğiniz Uygulamalar.....32

Tablo 4-7: Trendelenburg Pozisyonunda Yaptığınız / Gözlemlediğiniz Uygulamalar ve Koter Plağı Yerleştirilirken Dikkat Edilen Noktalar.....33

Tablo 4-8: Hemşirelerin Eğitim Durumu ile Hastanın Ameliyat Masasına Transferinde Kullanılan Yöntem ve Verilen Pozisyonlara Yönelik İfadelerinden Alınan Puanların Değerlendirilmesi.....34

Tablo 4-9: Ameliyat Hemşireliği Kursuna Katılma Durumuna Göre … İfadelerinden Alınan Puanların Değerlendirilmesi.....35

Tablo 4-10: Çalışılan Ameliyathanede Sadece Belli Alanlara Özgü Ameliyatlara Girme Durumuna Göre … İfadelerinden Alınan Puanların Değerlendirilmesi.....37

Tablo 4-11: Hastaya Güvenli Pozisyon Vermede Kullanılan Güvenlik Formu Bulunması Durumuna Göre … İfadelerinden Alınan Puanların Değerlendirilmesi.....38

Tablo 4-12: Hemşirelerin Yaş Dağılımları İle Supine, Prone, Lateral, Litotomi ve Trendelenburg Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....39

Tablo 4-13: Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Süreleri İle Supine, Prone, Lateral, Litotomi ve Trendelenburg Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....40

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-1: Ameliyat Hemşireliği Kursuna Katılma Durumuna Göre "Hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" İfadesinden Aldıkları Puanların Dağılımı ...36

Şekil 4-2: Ameliyat Hemşireliği Kursuna Katılma Durumuna Göre "Supine pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" İfadesinden Aldıkları Puanların Dağılımı 37

Şekil 4-3: Hastaya Güvenli Pozisyon Vermede Kullanılan Güvenlik Formu Bulunması Durumuna Göre "Trendelenburg pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" İfadesinden Aldıkları Puanların Dağılımı 39

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ASBÜ	Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi
AORN	Ameliyathane Hemşireleri Derneği/Association of Operating Room Nurses
BKİ	Beden Kitle İndeksi
EPUAP	Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli/European Pressure Ulcer Advisory Panel
JCI	Uluslararası Birleşik Komisyonu/Joint Commission International
PASS	Power Analysis and Sample Size
NCSS	Number Cruncher Statistical System
NPUAP	Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli/National Pressure Ulcer Advisory
WHO	Dünya Sağlık Örgütü/ World Health Organization

ÖZET

Çınarkök, M. (2019). Ameliyathane Hemşirelerinin Hastaya Güvenli Pozisyon Vermedeki Rolleri ve Aldıkları Önlemler. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, ameliyathanede hastaya güvenli pozisyon vermede ameliyathane hemşirelerinin sorumluluklarını, aldıkları önlemleri, uygulamalarındaki eksiklikleri ve bu eksiklikleri gidermeye yönelik yapılabilecekleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini, Ocak – Mart 2012 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Şişli Florence Nightingale hastanelerinin ameliyathanelerinde çalışan hemşireler, örneklemini ise gerekli izinlerin alınmasından sonra araştırmaya katılmaya istekli/gönüllü 90 ameliyathane hemşiresi oluşturdu.

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu ile toplandı. Elde edilen verilerin analizi NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software programı ile bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistikler ve parametrik testler kullanılarak yapıldı.

Hemşirelerin %95,6'sının (n=86) kadın, %51,1'inin (n=46) evli, %50'sinin (n=45) lisans mezunu, yaşlarının ortalama 32,69±7,02 yıl ve çalışma sürelerinin ortalama 8,45±6,38 yıl olduğu saptandı.

En sık kullanılan pozisyonların sırasıyla supine, prone, lateral, litotomi ve trendelenburg olduğu, ameliyathane hemşirelerinin yarısından fazlasının (%50-%78.9) "ameliyathanede hastaya pozisyon verirken hastalara ait dikkat edilmesi gereken özellikleri" işaretlemediği, %60'ının hastaya güvenli pozisyon vermede herhangi bir güvenlik formu kullanmadığı, ancak ameliyathanede kullanılan beş temel pozisyonun tümünde güvenli pozisyon verme seçeneklerini yarısından fazlasının (%60-%92.2) doğru olarak işaretlediği ve tamamına yakınının (%94.4-%98.9) koter plağını doğru olarak yerleştirdiği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane, Pozisyon Güvenliği, Ameliyathane Hemşiresi

ABSTRACT

Çınarkök, M. (2019). The roles of operating room nurses in providing safe position to the patient and the precautions they take. Istanbul University-Cerrahpasa Graduate Education Institute, Department of Surgical Diseases. Master's Thesis. Istanbul.

The research was planned and performed as descriptive in order to determine the responsibilities of the operating room nurses, the precautions they took, the deficiencies in their implement and the actions that could be taken to eliminate these deficiencies, in providing safe position to the patient.

The population of the study consisted of nurses working in the operating rooms of İstanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty and Şişli Florence Nightingale Hospital between January - March 2012, and the sample also consisted of 90 operating room nurses willing to participate in the study after obtaining the necessary permissions.

Data was collected by a questionnaire prepared by the researcher in accordance with the literature. The data was analyzed by NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 & PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software program using descriptive statistics and parametric tests.

They were determined as of the nurses, 95.6% (n = 86) were female, 51.1% (n = 46) were married, 50% (n = 45) were undergraduate graduates, with an average age of 32.69 ± 7.02 years and with an average of working time was 8.45 ± 6.38 years.

In this study, it was determined that the most commonly used positions were supine, prone, lateral, lithotomy and trendelenburg respectively and more than half (50-78.9%) of the operating room nurses did not mark the characteristics of the patients to be considered while they were positioning the patient in the operating room; 60% of them did not use any safety form in placing the patient in a safe position, but more than half (60% -92.2%) correctly marked the options for giving safe positions in all five basic positions which are used in the operating room, and nearly all (94.4% -98.9%) placed the cautery plates correctly.

Keywords: Operating Room, Position Safety, Operating Room Nurse

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hastanın bozulmuş beden işlevlerini en yakın normal fizyolojiye getiren "kontrollü bir travma" olarak tanımlanan ve yaşamın devam ettirilmesinde uygulanan cerrahi tedavi, tüm dünyada artarak kabul gören bir tedavi biçimidir. Ancak, yeterli ve uygun önlemler alınmadığında hastaya en çok zarar verebilecek tedavi şekli de yine cerrahi tedavidir (Andsoy 2015; Öğün 2008).

Cerrahi tedavilerin uygulandığı ameliyathaneler karmaşık içyapısı, stresli çalışma ortamı ve kullanılan yüksek teknolojideki tıbbi cihazların çeşitliliği ile birlikte, işleyişindeki karmaşa açısından özel bilgi, beceri, donanım ve dikkat gerektiren özel yerlerdir (Göçmen 2003).

Sağlık bilimlerinde ve tıbbi teknolojik cihazlardaki gelişmelere karşın, tıbbi hatalar halen sorun olmaya devam etmekte; buna bağlı olarak morbidite ve mortalite oranı artmaktadır. Yaşamı tehdit eden tıbbi hataların bir çoğu cerrahi kaynaklı olup (%58'i önlenebilecek hatalar), büyük bir kısmı cerrahi pozisyon verilmesi sırasında ortaya çıkmaktadır. Cerrahi pozisyon cerrahi girişime bağlı riskleri önlemek, iyi bir görüş alanı elde etmek, çalışma kolaylığı sağlamak, hastayı güvenli bir ortamda tutmak, solunumu ve dolaşımı en iyi koşullarda sürdürmek amacıyla uygulanmaktadır (Şahin 2004). Hastaya verilecek pozisyon cerrahın tercihi, anestezi uzmanının ihtiyaçları, cerrahi girişimin türü, cerrahi girişim için istenilen açıklık ve hastanın özelliklerine göre değişebilmektedir (Walton-Geer 2009). En iyi pozisyon hastanın fizyolojisini etkilemeden, yumuşak doku ve iskelet hasarına yol açmadan cerrahi girişime izin veren ya da cerrahi girişimi kolaylaştıran pozisyondur (Çizen ve ark. 2006). Herhangi bir girişim için hasta pozisyonu belirlenirken düşünülmesi gereken en temel unsur güvenliktir (Walton-Geer 2009).

Hastaya verilen pozisyona bağlı gelişebilecek komplikasyonlarda birden fazla faktör rol oynamaktadır. Hastada ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek hasarın derecesi anestezinin genel ya da lokal oluşu, cerrahi girişimin tipi ve süresi, hastaya verilmesi gereken pozisyonun tipi, cerrahi girişim sırasında hastanın genel durumu ve hastaya verilen pozisyonun doğru ve güvenli olup olmamasına bağlıdır (Spry 2005).

Hastaya pozisyon verilirken öncelikle uzun süreli cerrahi girişimlerde hastanın travmalardan korunması ve basınç bölgelerinin desteklenmesi önemlidir (Şahin 2004).

Ameliyat sırasında hastaya verilen güvenli ve doğru bir pozisyon ameliyat sonrası dönemde pozisyona bağlı olarak gelişebilecek sinir hasarı, kas ve eklem ağrısı, basınç yarası gibi komplikasyonları önlemektedir. Cerrahi girişim sırasında baş ve boyun bölgesine verilen pozisyona ayrı bir önem verilmesi gerekmektedir. Çünkü bölgeye verilen yanlış bir pozisyonda hastada retinal iskemi, brakial pleksus ve vertebral damarlarda hasar gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilmektedir (Basu ve ark. 2009). Ayrıca, solunumu engelleyebilecek komplikasyonlar oluşturabileceğinden göğüs, baş, boyun gibi alanlar pozisyon malzemeleriyle desteklenmelidir. Sinirler gereksiz basınçtan korunmalıdır. Aksi halde el, kol, ayak ve bacaklarda ciddi paralizi ve hasarlar oluşabilmektedir. Özellikle trendelenburg pozisyonunda geriye dönüşü olmayan sinir hasarlarını önlemek için omuzlar çok iyi desteklenmelidir. Şişman, zayıf, yaşlı, osteoporozu olan ya da fiziksel hasarı olan hastalarda pozisyon güvenliği açısından daha dikkatli olunması gerekmektedir (Smeltzer ve ark. 2009).

Hastaya ameliyat masasında pozisyon verilmesi ve vücut boşluklarının desteklenmesinden cerrahi ekibin tüm üyeleri sorumludur. Ameliyat sırası dönemde hasta bakımının amaçlarından birisi olan "pozisyona bağlı yaralanmaları" önlemede özellikle ameliyathane hemşiresine önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşire, farklı cerrahi girişimler için verilebilecek uygun pozisyonları ve bunlara bağlı olarak gelişebilecek fizyolojik değişiklikleri bilmeli ve gerekli önlemleri almalıdır (Öğün 2008; Tayran 2008; Walton-Geer 2009).

Bu çalışma, ameliyathanede hastaya güvenli pozisyon vermede ameliyathanede hemşirelerinin sorumluluklarını, aldıkları önlemleri, uygulamalarındaki eksiklikleri ve bu eksiklikleri gidermeye yönelik yapılabilecekleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

Cerrahi süreç boyunca bakımda bulunan hemşirelerin etik biliminin temel ilkesi olan "insana saygı" çerçevesinde çalışarak hastaların haklarını korumaları, sağlığını sürdürmeleri ve güvenliğini sağlamaları çok önemlidir. Genel olarak hasta haklarına göz atacak olursak bunlar; bilgilendirme, mahremiyeti koruma, karar vermede özerklik, özel bilginin saklanması ve hastanın güvenli şekilde bakım alma hakkıdır (Karagöz 2000; Uzun 2003; Akça Ay 2008).

Etik kararlar özellikle anestezi almış olan, bilinçsiz, tüm yaşam aktivitelerinde bağımlı, kendi kararlarını veremeyen hastalar için ayrı bir önem teşkil etmektedir. Ameliyathaneler hastaların en savunmasız ve bağımlı olduğu yerler olduğu için hastanın güvenliğini sağlamada ameliyathane hemşiresinin önemli/etkili rolleri bulunmaktadır (Watson ve Rothrock 1999). Bu nedenle ameliyathane hemşiresinin anestezi altında ve doku bütünlüğü bozulmuş olan hastayı, olası tüm istenmeyen durumlardan korumak için hastaya özgü bir bakım sunması gerekmektedir (Eskici 2013).

2.1.Hasta Güvenliği

Hata, "istemeyerek ve bilmeyerek yapılan yanlış, kusur, yanılma, yanılgı" şeklinde (www.tdk.gov.tr, Erişim tarihi: 14.03.2019) tanımlanmıştır. Tıbbi hata ise sağlık alanında bir mesleği profesyonel olarak yapan kişilerin hatalı uygulamaları, beceri, dikkat ve bilgi eksiklikleri ve ihmalleri sonucu sağlık hizmeti alan kişinin zarar görmesidir (Ertem ve ark. 2009). Sağlık alanındaki hatalar hastalar üzerinde ciddi komplikasyonlara yol açabilmekte ve hatta ölümle sonuçlanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (World Health Organization-WHO) göre her 10 hastadan biri tıbbi hatalar nedeniyle ciddi şekilde zarar görmektedir. Bu nedenle günümüzde "hasta güvenliği" kavramı önem kazanmıştır. Hasta güvenliği sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önleme amacı ile sağlık kuruluşlarında çalışanlar tarafından alınan önlemleri içermektedir (Öğün 2008; Önler ve Akyolcu 2009; Güven 2007). Bu nedenle hasta güvenliği, kaliteli hemşirelik bakımının vazgeçilmez ve hayati bir bileşenidir (Ballard 2003).

Tıbbi hatalar kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalıklarından sonra 44.000 – 88.000 gibi oranla ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almaktadır. Bu sayı trafik kazası, meme kanseri veya AIDS'den ölenlerin sayısından daha fazladır. Bu nedenle sağlık alanında bu hatalara izin verilmemelidir (Aren 2008; Biçer ve ark. 2013; Önler ve Akyolcu 2009).

Hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların en aza indirilmesi bu hatalara neden olan kaynakların bilinmesi ile mümkün olabilmektedir. Sağlık sektörünün karmaşıklığı içinde bakıma ilişkin süreçler, farklı insan faktörlerinin bileşimi, iş gücündeki dengesizlik, personel yetersizliği, multidisipliner yaklaşım, iletişim eksikliği gibi nedenler hata ve istenmeyen olayların meydana gelme olasılığını arttırmaktadır (Cebeci ve ark. 2012; İntepeler ve Caran 2011; Çakmakçı 2004).

2.1.1.Ameliyathanede Hasta Güvenliği

Hasta güvenliğinin sistemsel, örgütsel veya sağlık profesyonellerinin hatalarından dolayı, ameliyathane içerisinde ihmal edilebildiği bilimsel araştırmalar ile ortaya konmaktadır. (Kapıkıran ve ark. 2018). Hasta güvenliğine en çok dikkat edilmesi gereken yerlerin başında ameliyathaneler gelmektedir. Ameliyathane ileri teknoloji araç/gerecin kullanıldığı, teknik beceri ve sürekli gelişim gerektiren, tehlikeli durumların çok olduğu, farklı girişimlerin uygulandığı hastanelerin özel mekanlarından biridir (Lawson ve ark. 2017; Gül 2011). Aynı zamanda yeni ve gelişmiş bilgilerin ışığında çeşitli cerrahi teknik ve yöntemlerin uygulandığı, ekip çalışması ve doğru kararların hızla alınıp uygulamaya geçilmesinin önemli olduğu ameliyathaneler, stresli çalışma ortamı ve kullanılan tıbbi cihazların çeşitliliği ile birlikte işleyişindeki karmaşa açısından da özel bilgi, beceri, donanım ve dikkat gerektiren yerlerdir (Karagöz 2000; Göçmen 2003; Arslan ve Çelebioğlu 2004). Güvenli cerrahi ise kişinin hastaneye yatışından taburculuğuna kadar olan cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası dönemi kapsayan bakım ve tedavi hizmeti sürecinde, hastayı oluşabilecek tıbbi hatalara karşı korumak ya da hataları en aza indirmek olarak tanımlanabilir (Candaş ve Gürsoy 2015).

Cerrahi girişimin büyüklüğüne bakılmaksızın her tür cerrahi girişim hasta için bir risk oluşturmaktadır. Cerrahi girişim sırasında çalışanların ihmal ve hataları hastaların zarar görmesine, yasal yönden ciddi sonuçlara, kurumun tazminat ödemesine hatta çalışanın işten çıkarılması ile sonuçlanabilecek cezalara neden olabilmektedir.

Ayrıca, cerrahi girişim ve ameliyathanelerin doğası gereği seri davranmak zorunda olunması, önemli ve riskli girişimlerin uygulanıyor olması da çalışanlar yönünden bazı riskleri ortaya çıkarır (Özbayır 2009; Çobanoğlu 2009; Sönmez ve Yavuz 2009**;** Eti Aslan ve Öntürk 2011)**.** Bu risklerin başında ise pozisyon vermeye bağlı fiziksel travma, infeksiyon ve cerrahi girişime bağlı psikolojik travmalar gelmektedir. Ameliyathane hemşiresi tüm bu risklere karşı dikkatli olmalı ve gerekli önlemleri almalıdır (Dirksen ve ark.2014).

Ameliyathanede hasta güvenliğinin sağlanması için;

- Çalışma ortamında görev tanımları yapılmalı,
- Görevlerin gerçekleşebilmesi için öneriler belirlenmeli,
- Olası tehlikeler tanımlanmalı,
- Tehlikeleri uzaklaştırmak için öneriler belirlenmeli,
- Tanımlanan görevlerin yerine getirilmesini sağlayacak standartlar tanımlanmalı,
- Sürekli iş ortamının koşulları gözden geçirilmeli ve gerekirse yeni standartlar ve görev tanımları oluşturulmalı (Tweedy 2005),
- Ekip değişimi ve hasta transferleri sırasında ekip üyeleri arasında yeterli ve etkili bir iletişim sağlanmalı,
- Hastanın bakımına ilişkin bilgi hastayla beraber verilmeli ve mutlaka yazılı olmalı,
- Düşme riski olan hastalar tespit edilmeli, düşmeler izlenmeli ve rapor edilmeli, hasta ve yakınları bilgilendirilmeli,
- Güvenli ekipmanlar kullanılmalıdır (Aren 2008).

2.1.2.Hasta Güvenliğinde Hemşirenin Rolü

Hasta güvenliğinin sağlanması cerrahi hemşirelerinin en önemli görev ve sorumluluklarından biridir. Sağlık çalışanları içinde çoğunluğu oluşturan hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliğini sağlamak zorundadırlar. Görevlerinin yoğunluğu, çeşitliliği ve hasta ile daha çok bir araya gelme gibi nedenlerle diğer meslek gruplarına göre daha sık tıbbi hata riski ile karşılaşmaktadırlar (Çırpı ve ark. 2009; Cebeci ve ark. 2012). Cerrahi ekibin önemli bir parçasını oluşturan ameliyathane hemşireleri ise, hasta güvenliğini sağlamayı amaç edinmeli ve yaptığı uygulamalarda

ilkelerinden ödün vermemelidirler (Kapıkıran ve ark. 2018). Hasta güvenliği ile ilgili hemşireler;

a) Hastaların riskler ve risklerin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi,

b) Hasta güvenliğinin sağlanması,

c) Riskin erken dönemde belirlenerek yaralanmaların önlenmesi,

d) İstenmeyen olayların rapor edilmesi, gibi sorumluluklara sahiptirler (Çırpı ve ark. 2009; Cebeci ve ark. 2012).

2.2.Cerrahi Girişim Sırasında Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sırası bakım hastanın ameliyathaneye girmesi ile başlayıp, anestezi indüksiyonundan, hastanın anestezi sonrası bakım ünitesi (ASBÜ) veya yoğun bakım ünitesine transferine kadar sürmektedir (Kanan 2011; Karadakovan ve ark. 2011). Sağlık sektörünün tüm kademelerinde olduğu gibi ameliyat sırasında da hemşirelik bakımının ilk hedefi ve önceliği hasta güvenliği olmalıdır. Bu dönemde hemşirelik bakımı genel olarak hastanın anksiyetesini gidermeye, pozisyona bağlı yaralanmaları önlemeye, güvenliği sürdürmeye, cerrahi alanın kontrolü ve komplikasyonları önlemeye temellenir (Aksoy ve ark. 2012).

Cerrahi girişim için ameliyathaneye kabul edilen hastanın, ameliyat süresince gerekli bakımının sağlanmasından yasal olarak sorumlu olan profesyonel ameliyathane hemşiresinin uygulama alanı bilinçli/bilinçsiz durumdaki hastalara yardım etmeyi hedefleyen hemşirelik girişimlerini içerir. Bu girişimler:

- Ameliyat öncesi tanılama ve planlama,
- Ameliyat sırası uygulama,
- Ameliyat sonrası değerlendirme yoluyla bakımın sürekliliğinin sağlanmasını hedefler (Kanan 2011).

Ameliyat olacak hasta ameliyathaneye alındıktan sonra ilk aşamada ameliyathane hemşiresi kendini tanıtmalı ve hasta ameliyathane hemşiresi tarafından değerlendirilmelidir. Hasta değerlendirilirken yaş, kilo, boy, beden kitle indeksi (BKİ), bilinç düzeyi, cilt durumu, açlık durumu, alerjileri, önceden var olan hastalıkları, fiziksel veya hareket kısıtlılığı, laboratuvar sonuçları, yaşam bulguları, vücudunda herhangi bir takı/protez/implant/kateter/dren olup olmadığı, ağrı algısı, psikososyal ve

kültürel faktörleri değerlendirilmelidir. Ameliyat sırası dönem değerlendirilirken ise hastanın alacağı anestezi şekli, tahmini ameliyat süresi ve uygulanacak ameliyat pozisyonu gözden geçirilmelidir. Ameliyat öncesi tüm risklerin belirlenip riskin erken aşamada belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması hasta yaralanmalarının önlenmesinde son derece önemlidir. Hastaların ameliyat öncesi bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin sağlanması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi de hemşirenin görevleri arasındadır (Biçer ve ark. 2013; Dolgun 2016).

Cerrahi girişim sırasında hemşirenin temel sorumluluklarını özetleyecek olursak;

- Anestezi verileceği sırada hastayı destekleme,
- Pozisyona bağlı komplikasyonları önlemek için ameliyat masasında hastaya güvenli bir pozisyon verme,
- Cerrahi girişime başlamadan önce doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem, doğru pozisyon kontrolünün sağlanması (tüm ekip üyeleri tarafından),
- Bilgilendirilmiş izin formlarının kontrolü,
- Hastanın fiziksel durumunu izleme,
- Cerrahi ekipmanın güvenli kullanımını sağlama,
- Steril alanı izleme, sterilizasyonu koruma ve uyarıda bulunma,
- Cerrahi girişim sonuçlarını etkileyen çevresel faktörleri kontrol etme önemlidir (LeMone ve Burke 2008; Kanan 2011; Karadakovan ve ark. 2011; Akyolcu ve ark. 2017).

2.3.Ameliyathanede Hasta Transferi ve Düşmelerin Önlenmesi

Ameliyathanede hasta transferi sırasında hastanın en üst düzeyde güvenliğinin sağlanması ameliyathane ekibinin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Bu anlamda ekibin önemli bir üyesi olan hemşirenin hasta transferinde ciddi sorumlulukları bulunmaktadır (İntepeler ve Caran 2011).

Hastanın ameliyathaneye transferi kendi yatağı, sedye ya da tekerlekli sandalye ile ve bu konuda eğitimli bir personel tarafından gerçekleştirilmelidir. Transfer için kullanılacak sedyelerin kilit sistemli, IV ilaçlar için askısı bulunan, kenar korumaları olan, emniyet kemerli, pozisyon verme özelliği bulunan, kumanda ile kontrol edilebilen, istenilen yöne manevra özelliği bulunan transfer sedyeleri olmasına dikkat edilmelidir.

Kurum tarafından hasta transferi konusunda talimatlar oluşturulmalı ve personel hasta transferi konusunda eğitilmelidir (Diane 2010; Şahin ve Eti Aslan 2004; Öğün 2008).

Hasta ameliyata alınmadan önce bekleme odasına alınmaktadır. Burada ameliyathane hemşiresi kendini tanıtarak hasta kimlik bilgilerini, bilgilendirilmiş izin belgelerini, yapılacak cerrahi girişimi, taraf cerrahisi formunun cerrah tarafından doldurulup doldurulmadığını ve hangi taraftan ameliyat olacağını hastadan da teyit ederek kontrolünü sağlar, en son ne zaman yemek yediğini, herhangi bir alerjisi olup olmadığını, protezi olup olmadığını, takma diş ve üzerinde takı olup olmadığını, hasta dosyasındaki hekim ve hemşire kayıtlarını kurum politikasına göre ya güvenlik formu kullanarak ya da sözel sorgulayarak kontrol etmelidir (Diane 2010). Ameliyat odası hasta alınmadan önce hazırlanmalıdır. Sirküle hemşire odanın aseptik şartlarda temizliği, cerrahi girişim için gereken tüm alet, sütur ve malzemelerin hazırlığı, kullanılacak ekipmanların güvenliği, cihazların/aletlerin çalışır durumda olup olmadığını kontrol etmelidir. Ameliyat odası hazırlandıktan sonra hasta odaya alınmalıdır (Dirksen ve ark. 2014).

Hastanın ameliyat masasına transferi sırasında;

- Sedyenin tekerleklerinin kilitli olmasına,
- Ameliyat masası ve hastanın alınması için kullanılan sedyenin birbirine paralel ve sabit olmasına (Yıldırım, Bakır 2000),
- Transfer ekipmanlarının sürtünmeyi azaltan nitelikte olmasına (hava destekli, sürgülü tahta gibi) (Tütüncü ve Çavdar 2019).
- Bilinci kapalı olan hastalarda transfer işleminin en az 4 kişi tarafından yapılmasına,
- Hastanın baş ve boynu desteklenerek, damar yolu ve varsa diğer bağlantı kablolarına dikkat edilerek masaya alınmasına (Hughes ve Mandell 2009),
- Hastaya pozisyon vermede kullanılacak malzemelerin önceden odada hazır bulundurulmasına,
- Hastanın ameliyat masasına tespitinde kemerin, dizin 5 cm. üstünden bağlanmasına ve çok sıkı olmamasına,
- Hastanın herhangi bir bölgesinde kırık varsa bu bölgenin transfer sırasında sabit tutulmasına,

- Vücudun hiçbir yerinin ameliyat masasının boyutlarını geçmemesine, masanın metal bölümlerine ve açık yüzeylerine temas ettirilmemesine,
- Vücut sıcaklığını korumak/ hipotermiyi önlemek için, aynı zamanda hastanın mahremiyeti açısından hastanın üzerinin örtülmesine özen gösterilmelidir (Karadakovan ve ark. 2011).

Ameliyathanede;

- Hastanın ameliyat masasına alınırken uygun tekniklerin kullanılmaması,
- Hastanın anestezinin etkisinde olması,
- Ameliyat masasının hastanın vücut yapısına uygun olmaması,
- Hastanın ameliyat masasına uygun şekilde tespit edilmemesi,
- Transferi gerçekleştiren personelin dikkatsiz davranışları gibi nedenlerle ameliyathanede düşmeler olabilmektedir (Aslan ve Berke 2010; Canpolat 2011; Belgin 2018).

Sedyeden ameliyat masasına alınan hastanın üstü örtüldükten sonra, koter plağı uygun bölgeye yerleştirilmelidir. Koter kullanımına bağlı oluşabilecek komplikasyonları ortadan kaldırabilmek için, hastanın metal takısı olup olmadığının kontrolüne, plağın metal implantlardan uzak bir bölgede olmasına, koter plağının yerleştirileceği alanın doku bütünlüğünün iyi olmasına, ameliyat bölgesine yakın olmamasına, kemikli alanlardan uzak, büyük kas bölgelerinin üzerinde olmasına, tüysüz ve dolaşımı iyi olan bir alana yerleştirilmesine ve plağın iyi temas edecek şekilde yerleştirilmesine dikkat edilmelidir (Tuncel ve Özgenel 2005).

Düşmeleri önlemek için hastanın ameliyat masasına destek bantlarıyla bağlanması sağlanmalıdır. Kardiak elektrodların bağlanması, damar yolunun açılması, foley sonda takılması gibi işlemler sonrasında anestezi verilir ve ameliyat aşamasına geçilir (Kavuklu ve Yüksel 2006).

Ekip içi iletişim hasta güvenliğinin temel unsurlarından birini oluşturduğundan iletişimdeki aksaklıklar hasta güvenliğini sağlamada başarısızlıklar yaratmaktadır. JCI(Uluslararası Birleşik Komisyonu/Joint Commission International) 2008 yılında hasta güvenliği hedefleri arasında etkili iletişime yer vermiştir (Canpolat 2011).

Ameliyatta ekip değişimi ve hasta transferi sırasında çalışanlar arasında etkili iletişimin sağlanması çok önemlidir. Hastanın servisten ameliyathaneye,

ameliyathaneden servise/ASBÜ'ye ya da yoğun bakım ünitesine transferleri sırasında hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları arasında doğru/etkili iletişim sağlanmalıdır. Hastanın bakımına ilişkin tüm bilgiler hasta teslimleri sırasında yazılı ve sözlü olarak verilmelidir. Ortak bir dil kullanılmalı ve kullanılan kısaltmalar standart olmalıdır (Karadakovan ve ark. 2011; Aslan ve Berke 2010; Aren 2008).

Hastaya ameliyathanede pozisyon verirken önceden belirlenmiş kural/talimatların bulunması ameliyathane hemşirelerinin bakım sırasında kendilerini daha güvende hissetmelerine, eksik ve yanlış ekipman nedeniyle iş akışı gecikmelerinin önüne geçilmesine ve hastaya en güvenli hasta bakımını vermelerine olanak sağlamaktadır. Ameliyathanelerde pozisyon güvenliği konusunda eğitim, çalışanın oryantasyon aşamasında başlamalı ve güvenli pozisyon verme politikalarında yeni eklemeler veya değişiklikler yapıldığında eğitimin sürekliliği sağlanmalıdır. Eğitimci, personellerin bu konuda yetkinliklerini düzenli olarak denetleyerek ekipmanların doğru kullanılmasını sağlamalıdır (Bulatovic 2018). Makary ve arkadaşları (2007) ameliyathane çalışanlarına yapılan eğitim sonucunda ameliyathane çalışanları arasında işbirlikçi yaklaşımın arttığını ve buna bağlı olarak yanlış taraf cerrahisi riskinin azaldığını belirlemişlerdir. Ameliyathane hemşirelerinin olası riskler ve bunlardan korunma yolları, beceriler, etkili iletişim ve hasta güvenliği konusunda eğitilerek duyarlılıklarının arttırılması, hata oranlarının düşürülmesinde önemlidir (AORN 2009).

2.4.Cerrahi Girişim Sırasında Kullanılan Temel Pozisyonlar

Hastalara uygulanacak farklı cerrahi girişimlere yönelik birçok pozisyon bulunmaktadır. Bu pozisyonlar yapılacak cerrahi girişime ve girişimin yapılacağı bölgeye göre değişiklik gösterebilmektedir (Özbayır 2016; Tütüncü ve Çavdar 2017). Bu pozisyonların uygulanması sırasında pozisyona bağlı yaralanmalar, infeksiyon, derin ven trombozu, hipotermi ve ekipman kullanımına bağlı riskler ortaya çıkabilir. Bunlar cerrahi girişim uygulanan her hastada ortaya çıkabilecek olası risklerdir (Gilmour 2010). Dolayısıyla ameliyathanede hasta güvenliğini sağlamada önemli konulardan birisi de hastaya uygun pozisyonun doğru bir şekilde verilmesidir (Ellsworth ve Iverson 2006). Knight ve Mahajan (2004) ameliyathanede hastaya verilen güvenli pozisyon ile ilgili olarak yapmış oldukları bir çalışmada, güvenli ve uygun konumlandırma sayesinde olası risklerin en aza indirgeneceğini ve böylelikle cerrahi girişimin kolay bir şekilde yapılabileceğini belirtmişlerdir.Ameliyat sırasında güvenli ve doğru pozisyon verilmesi

ameliyat öncesi hazırlık ve güvenli bir anestezi kadar önemlidir ve tüm cerrahi ekibin işbirliğini gerektirmektedir (Macdonald ve Washington 2012; Tütüncü ve Çavdar 2017).

Ameliyathanede hastaya pozisyon vermenin amaçları şunlardır:

- Ameliyat yerinin yeterince açıklığının sağlanarak ameliyat bölgesine kolay ulaşılabilmesini sağlamak,
- Kardiyovasküler, solunum ve sinir sisteminin desteklenmesini sağlayarak gelişebilecek komplikasyon risklerini ve kanamayı azaltmak,
- Cilt bütünlüğünün korunmasını sağlamak,
- Kas-iskelet sistemini ve vücut postürünü korumak,
- Anestezinin rahat bir şekilde uygulanabilirliğini sağlamak ve
- Kemik çıkıntıları ve basınç bölgelerinde uzun süreli basıncı ortadan kaldırarak, basınç yaralarını önlemektir (Gilmour 2010; Tütüncü ve Çavdar 2019).

Cerrahi girişim sırasında hastaya verilecek pozisyonun seçiminde cerrahi girişimin türü, cerrahın tercihi, anestezi uzmanı ya da anestezi birimindeki diğer çalışanların gereksinimi, anestezi tipi, ameliyatın yapılacağı bölge, hastanın yaşı ve fizyolojik özellikleri önemlidir (Nilsson 2013; Gül 2014; Uçak 2009; Kavuklu ve Yüksel 2006).

Doğru ve güvenli pozisyonun verilmesi için tüm ekip üyelerinin;

- Ameliyathane ortamı ve hastaya bağlı riskler,
- İstenen pozisyon,
- Pozisyonun fizyolojik etkileri,
- Anatomik bilgileri,
- Pozisyonda kalınacak süre,
- Pozisyon için gerekli malzemeler,
- Pozisyona bağlı gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmaları gereklidir (Aksoy ve Akyolcu 2012; Yıldırım ve Bakır 2000; Philips 2007; Kanan 2011).

Hasta sedyeden ameliyat masasına alındıktan sonra genellikle supine pozisyonunda yatırılmaktadır. Bu pozisyonda anestezi uygulanmakta daha sonra uygulanacak cerrahi girişime uygun pozisyon verilmektedir. Ameliyat masasının hareket ettirilmesi gerektiğinde hastanın zarar görmesi engellenmelidir (Hughes ve Mandell 2009). Günümüzde ameliyat masaları istenen pozisyon ve yüksekliğe göre ayarlanabilir özelliklere sahiptir (sabit, hareketli, bükülebilir, ayrılabilir). Pozisyon verirken hastanın fonksiyonel duruşuna göre fiziksel desteğin sağlanması, ameliyat süresince verilen pozisyonun sürdürülmesi önemlidir. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastanın yaşı, BKI, cilt bütünlüğü, solunum durumu, mobilizasyon durumu, nörolojik fonksiyonları, herhangi bir yerinde protez/implant olup olmadığı, önceki cerrahi deneyimleri ve alerjileri sorgulanmalıdır. Cerrahi girişim sırasında sıklıkla kullanılan pozisyonlar supine, prone, litotomi, trandelenburg ve lateral pozisyonudur (Gül 2014; Kanan 2007; Tütüncü ve Çavdar 2019).

2.4.1.Sırt Üstü (Supine) Pozisyonu

Supine pozisyonu cerrahide en sık kullanılan pozisyondur. Batın ameliyatları, açık kalp, yüz boyun ağız cerrahisi, bazı ekstremite ameliyatları, göz ve pelvis ameliyatları dışında, daha çok abdominal ve abdominotorasik bölge cerrahilerinde kullanılmaktadır (Kanan 2012; Özbayır 2016; Karacabay 2015). Bu pozisyonda hasta dümdüz sırt üstü yattıktan sonra kollar, avuç içleri yukarı bakacak şekilde yanlarda ve 90 dereceden az olacak şekilde bir açı ile kol tahtasına uzatılır. Koruyucu bağlarla sabitlenir ya da alternatif olarak ulnar sinir hasarını önlemek için, kollar vücuda paralel olarak pozisyon verildiyse kolluklarda desteklenerek sıkışması engellenmelidir (Wicker ve O'neil 2010). Bacaklar baş ve omurgayla aynı hizada ve düz bir şekilde olup, dolaşım sistemi ve bacak kaslarına basıncı önlemek için birbirine paralel olmalıdır. Ayak bilekleri çapraz durmamalıdır. Baş, dirsekler, torasik vertebralar, omuzlar, sakrum ve koksiks, femur trokanterleri ve topuklar gibi basınç altında kalan bölgeler kol bantlarıyla, küçük yastıklarla ya da destek malzemesiyle desteklenmelidir (Çizen ve ark. 2002; Philips 2007; Schoonhoven ve ark. 2002). Sırttaki basıncı azaltmak için bel kıvrımı küçük sünger ya da jel yastıklarla; normal servikal kıvrımı korumak ve boyun zorlanmasını engellemek için baş, baş simidiyle desteklenir. Sadece bir kol, kol tahtasına uzatılmış ise özellikle brakial pleksustaki sinir basıncını azaltmak için baş bu kola doğru döndürülür. Dizlerin altı küçük sünger yastıklarla desteklenmelidir. Uzun

sürecek cerrahi girişimlerde topuk altına yastık ya da topuk jelleri konulmalıdır. Topukların masadan aşağı sarkması engellenmeli, boyu uzun hastalarda masaya ek uzantı yerleştirilmelidir. Emniyet kemeri hastanın kaymaması için diz üzerinden 5 cm yukarıya yerleştirilmeli ve hastanın cildinde hasar oluşturmamasına dikkat edilmelidir (Şahin 2004; Wicker ve O'neil 2010; Diane 2010; Özbayır 2016; Walton-Geer 2009).

2.4.2.Yüz Üstü (Prone) Poziyonu

Hastaya yüzüstü verilen pozisyondur. En sık spinal cerrahi, gluteal bölge cerrahisi ve vücudun arka bölümünü ilgilendiren cerrahi girişimlerde uygulanmaktadır. Hasta ameliyat masasına alındığında önce supine pozisyonunda yatırılır. Hastanın bilinç durumu değerlendirildikten sonra bilinci açık ise hastaya yapılacak işlem hakkında açıklama yapıldıktan sonra anestezi verilmesi işlemine geçilir. Hasta uyuduktan sonra en az dört kişinin yardımıyla dikkatli bir şekilde hasta döndürülerek prone (yüzüstü) pozisyonu verilir. Bu sırada ekibin her üyesi pozisyon güvenliğinden sorumludur. Ancak en büyük sorumluluk cerrahi girişimi gerçekleştirecek olan cerraha aittir (Wicker ve O'neil 2010). Bu pozisyonda kollar hastanın vücuduna dik ya da kol tahtasında avuç içleri aşağıya bakacak şekilde dirseklerden bükülerek hastanın başına paralel şekilde uzatılır (Şahin 2004; Wicker ve O'neil 2010, AORN 2001). Hastanın entübasyon tüpünün yerinden çıkmaması ve bükülmemesi için pozisyon vermeden önce çok iyi sabitlenmesi gerekir. Pozisyon verildikten sonra da tüpün yerinde olup olmadığı kontrol edilmelidir (Tütüncü ve Çavdar 2019).

Yüzüstü pozisyonda basınç noktaları alın, gözler, kulaklar, çene, ön omuz, kadın hastalarda memeler, iliak çıkıntılar, erkek hastalarda genital bölge, dizler, baldırın ön kısmı, ayak sırtları ve ayak parmaklarıdır. Koltuk altlarına ve klavikuladan iliak çıkıntılara kadar göğüs yanlarına rulolar ve minderler konulmalıdır. Bu destekler sayesinde vücut ağırlığı mide ve torakstan kaldırılmış olur. Karın ağırlığı diyaframdan çekileceğinden abdominal aorta ve vena cava inferior üzerindeki basınç da kaldırılmış olur. Ayrıca kullanılan rulolar solunum işlevlerini en üst seviyeye getirmek amacıyla kullanılmaktadır. Meme ve göbek bölgesi büyük olan hastaların memelerinin altı ince bir yastıkla desteklenmelidir. Dirsekler hafif fleksiyona getirilmeli ve pedlerle korunmalıdır. Kulak, göz ve yüzdeki basıncı önlemek için baş bir tarafa çevrili olarak destek jeli üzerine yerleştirilmelidir. Gözlere olan basıncın ve göz yaralanmalarının olmaması için gözlerin kapalı konumda olduğundan emin olunmalı ve gözlere olan

basınç ortadan kaldırılmalıdır. Gözler açık kalırsa korneada kuruma ve yaralanma meydana gelebilir. Ayak parmaklarındaki basıncı önlemek ve venöz dönüşü kolaylaştırmak için ayak ve ayak bilekleri altına bir destek ya da ped konulmalıdır. Patelladaki basıncı önlemek için ise diz altına simit yerleştirilmelidir. Boyun ve ekstremiteler nötral pozisyondayken gözler, burun ve genital organlar baskı altında olmamalıdır (Tütüncü ve Çavdar 2019; Philips 2007; Stoelting ve Miller 2010; http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/58/docs/makale1-58.pdferişim tarihi:10.08.2015)

2.4.3.Baş Aşağı (Trendelenburg) Pozisyonu

Bu pozisyon santral venöz katater takılması, alt karın ameliyatları, pelvis ameliyatları ve bazı jinekolojik ameliyatlarda ve postüral drenaj amacıyla kullanılan, baş ve gövdenin farklı derecelerde alçaltıldığı (10-45°) pozisyondur. Pelvik organların üst karın bölgesine yer değiştirmesi ile organların daha iyi görüntülenmesi sağlanmaktadır. Hastanın masadan kayması yastıklı omuz destekleri ile önlenmelidir (Şahin 2004; Çizen ve ark. 2006).

Hastaya ayaklar gövdeye göre yukarıda, baş aşağıda olacak şekilde pozisyon verilmektedir. Öncesinde hasta sırtüstü düz bir şekilde yatırılır. Daha sonra masa kalça altından (bükülme yerlerinden) kaldırılıp bacaklar yükseltilir ya da tüm masa aşağı doğru eğilerek pozisyon verilebilir. Hastada hipotansiyon gelişmesi durumunda, yatağın alt kısmı diz seviyesinden kıvrılarak ya da baş düz olacak şekilde sadece ayaklar yükseltilmiş olarakta pozisyon değiştirilebilir.

Hastanın kaymasını önlemek için kollar ve bacaklar tespit edilmiş olmalı ve omuzluk yerleştirilmelidir. Omuz altı iyi desteklenmezse brakial pleksus hasarı olabileceğinden askılar uygun pozisyonda dikkatli bir şekilde uygulanmalıdır. Masaya ayak ucu ve bacaklar yukarı gelecek şekilde 10-45º açıyla pozisyon verilmelidir. Dizler ve popliteal bölge üzerindeki basıncı en aza indirerek, dizler yerleştirilmeli ve ameliyat masasının diz kısmı bükülmelidir. Bu pozisyonda diyafragmaya olan basınç akciğer volümünü düşürerek ve kalbi sıkıştırarak solunumu güçleştirebileceğinden hasta olabildiğince kısa süre bu pozisyonda tutulmalıdır. Oksipital ve popliteal bölge ile diz ve omuzlar basınç noktalarını oluşturur, mutlaka desteklenmelidir. Uzun süreli baş aşağı pozisyonda beyin kan dolaşımı bozulabileceğinden ve beyin ödemi gelişebileceğinden dikkatli olunmalıdır. Kalp sorunu olan hastalarda dolaşımdaki yüklenme nedeni ile

kardiyak yetmezlik gelişebilmektedir. Göz içi ve kafa içi basıncında artışlar olabilmektedir. Glokomlu hastalarda glokom atağı ve retina dekolmanı oluşabilmektedir. Ayrıca dolaşımdaki tek taraflı yüklenme sonucu yüzde siyanoz ve ödem gelişebilmektedir. Tüm bu olumsuzluklar açısından dikkatli olunmalı, hastanın pozisyonu değiştirilirken ani ve hızlı hareketlerden kaçınılmalıdır. Hastanın tekrar normal pozisyona getirilmesi yavaş olmalıdır (Eyi ve ark. 2017).

2.4.4.Baş Yukarı (Ters Trendelenburg) Pozisyonu

Baş aşağı pozisyonunun tersi şeklinde verilen pozisyondur. Öncelikle hasta sırtüstü pozisyonda yatağa alınır, daha sonra hastanın başı yukarıda (10-30°) ayak kısmı aşağıda olacak şekilde pozisyon verilir. Baş, boyun, omuz, mide ve safra kesesi ameliyatlarında kullanılan bu pozisyon, tiroid ameliyatlarında hastanın nefes alıp vermesini kolaylaştırarak ameliyat bölgesine giden kan akımını azaltmayı, safra kesesi ve safra yolları ameliyatlarında abdominal organları epigastriumdan uzaklaştırmayı sağlamaktadır (Tütüncü ve Çavdar 2019; Heizenroth 2015).

Dizlerin üzerinden bir kemer yardımıyla bacaklar sabitlenmeli, diz ve bel bölgesinin kıvrımlarına küçük yastıklar yerleştirilmelidir. Hastanın kaymasını engellemek için hasta ayakları pedlerle desteklenerek ayak tahtasına yerleştirilmelidir. Kollar 90°yi geçmeyecek şekilde açılmalı ve kol tahtasının üzerine yerleştirilmelidir. Topuklar basıncı azaltacak şekilde vakumlu şilteler ya da pedlerle desteklenmelidir. Başı sabitlemek için ise simit destekleri ya da küçük yastıklardan yararlanılmalıdır (Tütüncü ve Çavdar 2019).

Bu pozisyonda baş ve boyunda venöz basıncın negatif olmasına bağlı olarak hava embolisi gelişebileceğinden, venöz dönüş ve venöz basıncı arttırılarak hava embolisi riskini azaltmak için bacakların mümkün olduğunca yüksekte tutulması sağlanmalıdır. Ayrıca kanın vücudun alt bölgelerinde göllenmesine bağlı hipotansiyon gelişme riski de bulunmaktadır. Bu nedenle cerrahi ekibin tüm üyeleri hastanın pozisyonunu sık sık kontrol etmeli ve hastayı yakından izlemelidir (Yazar 2016; Morgan ve Mikail 2002; Dirksen ve ark. 2014).

2.4.5.Yan (Lateral, Dekübit/Sims) Pozisyonu

Hastanın sağ ya da sol yana yatırıldığı pozisyondur. Hangi tarafta cerrahi girişim yapılacaksa onun aksi tarafına hasta yan döndürülerek pozisyon verilmektedir. Yatırılan

tarafa göre sağ yan ya da sol yan adını almaktadır. Genellikle böbrek ve üst üreter ameliyatlarında, omurga, kalça cerrahisi ve bazı göğüs cerrahisi (torakotomi) ameliyatlarında bu pozisyon kullanılmaktadır. Hasta ameliyat masasına supine pozisyonunda alınarak anestezi verildikten sonra lateral pozisyona getirilmektedir. Hastaya güvenli bir şekilde pozisyon verebilmek için cerrahi ekip işbirliği halinde çalışmalı ve pozisyon verme sırasında en az 4 kişi (bir hemşire ve bir personel ameliyat masasının bir tarafında, iki personel ameliyat masasının diğer tarafında ve bir kişide ayak ucunda) olmalıdır. Baş, boyun ve omurganın en üst düzey duruşunu korumak amacıyla uygun bir baş desteği (baş simidi)/yastık hastanın başının altına yerleştirilmeli, bacaklar kalçadan ve dizden düz uzatılmalı ya da uygulanacak cerrahi girişime göre hastanın alttaki bacağı fleksiyona getirilip diğeri düz uzatılmalı, bu bacağın diz ve ayak bileği uygun ekipmanlar ile desteklenmelidir. Üst bacağın ağırlığı altta kalan bacakta peroneal sinir yaralanmasına neden olabileceğinden, bacak aralarına yastık konularak desteklenmelidir. Altta kalan omuz altına destekleyiciler konularak brakial pleksustaki basınç azaltılmalıdır. Altta kalan kol sabit kol tahtasına, üstteki kol destek tahtasına yerleştirilmelidir. Altta kalan göz ve kulak uygun malzemelerle korunmalıdır. Hasta omuz ve kalçadan bir emniyet kemeri ile masaya tespit edilmelidir (Şahin 2004; Gilmour 2010; Wicker ve O'neill 2010; Philips 2007).

Sert ekipmanlar hastaya pozisyon verirken dolaşımı bozabileceğinden ve basınç yarası oluşturabileceğinden dolayı kullanılmamalıdır. Basınca maruz kalan bölgeler (yüzün altta kalan kısmı, altta kalan kulak, omzun altta kalan kısmı, kollar, altta kalan aksilla, altta kalan kalça, bacaklar, altta kalan diz, bilekler ve ayaklar) desteklenmelidir (Tütüncü ve Çavdar 2019; Eyi ve ark. 2017).

2.4.6.Litotomi Pozisyonu

Hasta sırt üstü yatırıldıktan sonra bacakların birlikte kaldırılıp dizlerden fleksiyona getirilerek, önceden takılıp ayarlanmış ayaklıklar üstüne yerleştirildiği ve tespit edildiği pozisyondur. Hemen hemen tüm jinekolojik, ürolojik ve rektal cerrahi girişimlerde kullanılmaktadır. Standart, alçak, yüksek litotomi gibi çeşitleri bulunmaktadır (Kanan 2012**;** Smeltzer ve ark. 2009). Pozisyon verilirken öncelikle hasta sırtüstü (supine) pozisyonunda masaya yatırılmalı ve başının altına simit yerleştirilmelidir. Kalçalar masanın alt kenarına doğru, hastanın altına yerleştirilen destek malzemesi ya da örtü yardımıyla çekilmelidir. Alt ekstremiteler simetrik olacak

şekilde iki yana açılmalı, bel kıvrımı desteklenmelidir. Siyatik, obturator ve femoral sinirleri korumak için diz ve kalçaların 90 derece üzeri fleksiyona getirilmemesine dikkat edilmelidir.

Bacakların ayaklıklardan düşmesi kalça çıkıklarına neden olabileceğinden tespitin iyi yapılması gerekmektedir. Iki saatten uzun sürecek cerrahi girişimlerde, trombüs ve emboli riskini önlemek için varis çorabı giydirilmelidir. Cerrahi işlem dört saatten fazla sürecekse, hastanın bacakları iki saatte bir cilt ve sinir yaralanması, kompartman sendromu açısından değerlendirilmeli ve uygun önlemler alınmalıdır. Venöz dönüşü desteklemek için kollar; vücuda 90 dereceden az olacak şekilde, kol tahtasına yerleştirilmeli ya da hastanın karnının üzerine konulmalıdır.

Bu pozisyon; tendon, eklem ve sinirlere olan basınç ve zorlanmadan dolayı olası riskleri artırmaktadır. Sakrum bölgesi ve hastanın sırt bölgesi, ameliyat sonrası sırt ağrılarını engellemek için korunmalıdır (Pudner ve Gilmour 2010). Sırtta oluşacak kasılmaları önlemek için pozisyon veren iki kişi aynı anda hareket ederek bacakları indirip kaldırmalıdır. Cerrahi girişim bittiğinde hipotansiyon gelişmesine neden olmamak için bacaklar yavaş bir şekilde masaya konulmalıdır (Çolakoğlu ve ark. 2006; Wicker ve O'neill 2010; Macdonald ve Washington 2012).

Litotomi pozisyonunda basınç noktaları; başın arka bölgesi, omuzlar, skapula, kalçalar, sakrum/koksiks bölgesi bacakların yan kısımları ve topuklardır (Tütüncü ve Çavdar 2019).

2.5.Cerrahi Girişim Sırasında Gelişebilecek Basınç Yaraları

Basınç yaraları, cerrahi tedavi uygulanan hastalarda sık görülen, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, hastanede yatış süresini uzatan, hastanın ağrı ve acı çekmesine neden olan, ciddi maddi kayıplara yol açan, hastanın bağımsızlığını engelleyen ve sosyal yönden izole olması gibi psikolojik sorunlar yaratan önemli sağlık sorunlarından birisidir. Ameliyathanede çalışan tüm sağlık çalışanları ve özellikle hemşireler, basınç yarası gelişimine neden olan risk faktörlerini bilmeli ve gerekli önlemleri almalıdırlar (Gül 2014).

National Pressure Ulcer Advisory Panel-European Pressure Ulcer Advisory Panel-Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli-Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (NPUAP-EPUAP) ve Basınç Yarası Birliği Tarafından yayınlanan rehberde (2009) basınç yarası "basınç, sürtünme, yırtılma ve diğer faktörlerin etkisiyle genellikle kemik

yoğunluğunun çok olduğu deri ve deri altındaki dokularda meydana gelen lokal doku yaralanması" olarak tanımlanmıştır (Sepit 2008; Gül 2014). Association of Operating Room Nurses (AORN), ameliyat sonrası ilk 48-72 saat içinde gelişen yaraları basınç yarası olarak adlandırmıştır Amerika'dan Primiano ve ark. ameliyat sonrası 72 saat içinde, Japonya'dan Yoshimura ve ark. ameliyattan hemen sonra ve 30 dakika içinde, Avusturalya'dan Webster ve ark. uyanma odasında ilk bir saat içinde, Türkiye'den Karadağ ve Gümüşkaya ise ameliyat sonrası altıncı güne kadar gelişen yaraları basınç yaraları olarak tanımlamışlardır (Karadağ ve Gümüşkaya 2006)

Ameliyathanede birçok basınç kaynağı hastayı etkileyebilmektedir. Bunlar vücudun üzerinde durduğu yüzeye karşı oluşturduğu baskı, kullanılan ekipmanların baskısı, yatağın oluşturduğu baskı, cerrahi ekibin dinlenme esnasında hastaya yaslanarak oluşturduğu baskı olarak tanımlanmaktadır (O'Connell 2006).

Cerrahi girişim sırasında gelişen basınç yarası insidansı ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Belçika'da %4,70-66, Amerika'da %5-53, Brezilya'da %25 olarak bulunurken, Türkiye'de Karadağ ve Gümüşkaya ameliyat sırasında gelişen basınç yarası insidansını %54,80, Çelik ve ark. %40,40 olarak bulmuştur (Çelik ve Karayurt 2017; Karadağ ve Gümüşkaya 2006; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide [online]2015.http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-ulcer-stagescategories/ Tarihi: 8 Ağustos 2015).

Basınç yaralarında yaranın niteliği ve doku kaybı düzeyine göre sınıflandırma yapılmaktadır. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP2007). http://www.npuap.org/pr2.htm 23Aralık, 2008.) tarafından geliştirilmiş olan 4 evreli basınç yarası sınıflandırması aşağıda yer almaktadır:

I. evre basınç yarası: Başlangıç evresidir. Cilt bütünlüğü bozulmamıştır. Daha çok kemik çıkıntıları üzerinde yer alan cilt bölgesinde basmakla solmayan kızarıklık vardır.

II. evre basınç yarası: Dermiste kısmi doku kaybı vardır. Yara yatağının pembe kırmızı olduğu, ölü dokunun olmadığı yüzeyel bir ülser mevcuttur. Patlamamış ya da patlamış seröz bir bül şeklinde de gözlenebilir.

III. evre basınç yarası: Epidermis, dermis ve subkütan dokuyu içeren doku kaybı vardır. Yara yatağında ciltaltı yağ dokusu görülebilir. Ancak kemik, tendon ya

da kas açıkta değildir. Yara yatağında ölü doku olabilir. Yara dokusunun altında tünelleşme ve boşluklar gelişebilir.

IV. evre basınç yarası: Kemik, tendon veya kasın ortaya çıkması ile sonuçlanan bir doku kaybı vardır. Yara yatağının bazı kısımlarında ölü doku ve kabuk olabilir (Korkmaz 2011).

Evrelendirilemeyen Evre (Evre V): Ülserin gerçek derinliğinin, yara yatağının sarı nekrotik doku ile tamamen kapanmış olması nedeniyle değerlendirilemediği, tüm tabakalarda doku kaybının yer olduğu evredir.

Şüpheli Derin Doku Hasarı Şüphesi (Evre VI): Cilt bütünlüğü bozulmamıştır. Ancak, rengi mor ya da koyu kahverengi/bordo olarak değişmiş ve içi kan dolu veziküllerin olduğu evredir (Gencer ve Özkan 2015).

Cerrahi tedavi uygulanan hastalarda basınç yarası gelişimine neden olacak birçok risk faktörü mevcuttur. Ancak bu risk faktörlerinin çoğu hemşirelik girişimleriyle önlenebilir faktörlerdir (Gül 2014). Cerrahi girişime bağlı basınç yarası risk faktörleri, cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası olarak sınıflandırılmıştır.

Cerrahi girişim öncesi risk faktörleri arasında ileri yaş, aşırı kilo, risk değerlendirme ölçeğine göre yüksek riskli grupta yer alma, düşük hemoglobin ve albümin düzeyi, yetersiz beslenme, ilaç kullanımı, kronik hastalıklar, nöral fonksiyon kaybı, immobilizasyon, nem ve sigara kullanımı; *cerrahi girişim sırası risk faktörleri* arasında anestezi yönetimi, ameliyatın süresi ve tipi, immobilizasyon süresi, ameliyat sırasında verilen pozisyon, kullanılan ameliyat masası, cildin nemli olması, ameliyat sırasında kan kaybı, hipotansiyon, ekstra korporeal dolaşım, hipotermi, hipertermi, ısıtıcı battaniye kullanımı, pozisyon vermede kullanılan ekipman, destek yüzeyi ile hasta arasında örtü olması; *cerrahi girişim sonrasındaki risk faktörleri* ise immobilizasyon süresi, oral beslenmede yetersizlik, vazokonstrüksiyona yol açan ilaç kullanımı, ameliyat sonrası kullanılan yatağın özelliği olarak sıralanabilir (Çelik ve Karayurt 2017; Gül 2014).

Tedavisi zor ve maliyeti yüksek olan basınç yaraları önlenebilir niteliktedir. Ameliyathane hemşirelerinin basınç yaralarını önlemede önemli görev ve sorumlulukları vardır. Hastaların ameliyat öncesi basınç yarası yönünden değerlendirilmesi, risk faktörlerinin olup olmadığının belirlenmesi, risk faktörleri mevcutsa gerekli önlemlerin alınması, hastaya ameliyat masasında pozisyon verilirken

uygun destek materyallerinin kullanılması basınç yaralarının gelişmesini önemli derecede azaltacaktır.

Sonuç olarak; hemşireler ameliyat sırasında oluşabilecek basınç yaraları açısından risk faktörlerinin farkında olmalı, oluşmasını önlemek için gerekenleri yapmalı, uygun hemşirelik girişimleri ve bakımını uygulamalıdır. Basınç yarasının önlenmesinin hemşirelik bakımının önemli bir göstergesi olduğu unutulmamalıdır (Çelik ve Karayurt 2017; Aorn Position Statement on Perioperative Pressure Sares Prevention in the Care of the Surgical Patient http://www.aorn.org "aornorg/guidelines" Erişim Tarihi: 20.08.2018).

2.6.Pozisyon Vermede Kullanılan Ekipmanlar

Hastaya doğru ve güvenli pozisyonu vermek, verilen pozisyonu korumak, desteklemek, doğru bir şekilde sürdürmek ve pozisyona bağlı komplikasyonları önlemek için çeşitli malzemeler kullanılmaktadır. Hastaya ameliyathanede uygun pozisyon verilmiş olsa bile, yanlış ya da uygun olmayan ekipman kullanımına bağlı hatalar ameliyathanelerde sıklıkla karşılaşılan sorunlardandır. Bu nedenle çeşitli komplikasyonlar oluşabilmektedir. Ameliyathanede pozisyona bağlı yaralanmaları önlemede önemli role sahip olan ameliyathane hemşiresi, tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakım ve kalibrasyonlarının yapılması, çalışabilirliğinin kontrolünün sağlanması gibi çalışmaları ilgili teknik ekiple görüşerek yaptırmalı; ayrıca cerrahın tercihi, hastanın özellikleri ya da ameliyatın özel araç ve malzeme gerektirme durumuna göre tüm pozisyon verme araçlarını önceden belirleyip hazır olmasını sağlamalıdır. Ameliyathane hemşiresi; hastaya pozisyon verme sırasında cerrah, anestezi uzmanı ve ameliyathane personeli ile birlikte bu araç ve gereçleri kullanarak uygun pozisyonu vermeli ve hasta üzerindeki basıncı azaltmalıdır (Aren 2008; Dolgun 2016; Tütüncü ve Çavdar 2019).

2.6.1.Pozisyon Verme Sırasında Kullanılan Ekipman Özellikleri

Kullanılan ekipman pozisyona uygun özellikte ve dayanıklı olmalı, farklı pozisyonlara uygun büyüklükte/şekillerde olmalı, mikroorganizma ve neme karşı dayanıklı olmalı, alerji yapma durumu minumum olmalı, kullanımı/temizliği kolay ve dezenfektanlara karşı dayanıklı olmalı, skopi gibi radyolojik uygulamalar için uygun olmalı, yangın riskine karşı yanıcı olmayan malzemeden yapılmış olmalı ve normal kapiller yüzey basıncına uygun yapıda olmalıdır (Armstrong ve Bortz 2001; Şahin 2004).

2.6.2.Ameliyat masası

Ameliyathanede her odada uygulanacak ameliyata göre özel olarak tasarlanmış ameliyat masası yer almaktadır. Günümüzde kullanılan ameliyat masaları baş, gövde ve bacak olmak üzere üç ya da daha fazla bölümden oluşmakta (genel aksesuarlar, baş, omuz ve yastıklı kol destekleri, ara bağlantı aparatları, güvenlik kemeri, bacak destekleri ve anestezi siperi), ameliyatın türü ve hastanın durumuna

göre çok çeşitli pozisyonlara getirilebilmektedir. Kumanda ya da ayak pedalıyla hareket ettirilen baş, gövde ve ayak kısımlarına ayrı ayrı istenilen açıda pozisyon verilebilen, bükülebilen, uzatılabilen ve istenilen hızda alçaltılıp yükseltilebilen özellikte masalar tercih edilmelidir. Her cerrahi girişim öncesi, ameliyat masasının tüm işlevlerinin kontrolü sağlanmalı ve gerekli temizliği yapılmış olmalıdır. Ayrıca ameliyat masaları, ameliyat sırasında pozisyon vermeyi kolaylaştırmalıdır. Cerrahi ekip üyeleri, ameliyat masasının tüm işlevlerini ve gerekli durumlarda kullanabilmek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır (Tütüncü ve Çavdar 2019; Dolgun 2016; Yazar 2016; Heizenroth 2015; Yıldırım ve Bakır 2000).

Ameliyat masasının aksesuarları aşağıda sıralanmıştır:

Kol tahtası: Hastanın kolunun yerleştirildiği, üzerinde kol desteğinin bulunduğu ve kemerle sabitlendiği bölümdür. Sinir hasarını önlemek amacıyla uygun yükseklik ayarlanarak kullanılmalıdır.

Anestezi Çerçevesi: Cerrahi bölgenin steril örtülmesinde anestezi ile sınır oluşturmada, steril alanın görüntülenmesinde ve anestezi ekibinin, hastanın yüzünü görmesine olanak sağlayan steril örtülerin tutturulduğu madeni çubuktur. Ayarlanabilir yüksekliktedir.

Vücut Yan Desteği: Masanın kenarında bulunan, vücudu desteklemede kullanılan aksesuardır. Vücut yan desteği ameliyat masası eğik durumda iken vücudu desteklemek için kullanılır. Yan parmaklıklara sabitlenebilir ve ayarlanabilir.

Baş Desteği: Ameliyat masasının baş kısmına monte edilebilen desteklerdir. At nalı baş desteği (daha çok K.B.B. ameliyatlarında), çivili başlık (kafa ameliyatları) gibi çeşitleri bulunmaktadır. İstenilen pozisyonda ayarlanabilirler.

Vücut Sabitleme Kemeri: Vücudun tüm pozisyonlarda ve transfer esnasında uygun şekilde sabitlenmesi ve korunması amacıyla kullanılmaktadır.

Omuz Desteği: Hastaya baş aşağı (örneğin; trendelenburg pozisyonu) pozisyon verildiğinde hastayı destekleyen ve masadan kaymasını önleyen bölümdür. Yan korkuluklara sabitlenebilir ve ayarlanabilir.

Diz Desteği: Dizlerin pozisyon değişikliğini sağlayan bölümdür. Alçaltılmış

bacak plakalarının yan kısımlarına monte edilir.

Ara Bağlantı Aparatları: Masaya monte edilebilen parçaların masanın istenilen bölümüne sabitlenmesi amacıyla kullanılmaktadır.

Bacak Desteği: Hastaya litotomi pozisyonu verilmesi sırasında kullanılır. Bir kelepçe yardımıyla masanın yan korkuluklarına monte edilir. Köpük dolgu yastık ve sabitleme kemeri ile diz altından alt bacağı tutar. Lateral pozisyon verilmesi sırasında bu destek kullanılabilmektedir.

El Ameliyat Masası: El ve kol ameliyatlarında kullanılır. Ameliyat masasının yan korkuluklarına monte edilir. Pozisyonu ayarlanabilir niteliktedir.

Radyografik Masa Üstü Seti: Radyolojik amaçla kullanılan bölümdür.

Ameliyat masasına tespit edilebilen üzeri destekleyici, kolay yıkanabilen metal aksesuarların dışında, uzun süren ameliyatlarda basınç yarası oluşma riskini azaltmak, ortopedik yaralanmaları, ekstremite kontraktürlerini, pozisyona bağlı saç dökülmelerini engellemek ve basınç altında kalan bölgeleri korumak amacıyla kullanılan ekipmanlar da bulunmaktadır. Viskoelastik minderler, jel ve köpük kafa yastıkları, kol tahtası minderleri, topuk koruyucu yastıklar ve supine ve prone pozisyonlara uygun kafa yastıkları bunlara örnek verilebilir.

Ameliyat masalarının altında, x-ray kasetlerini yerleştirebilmek için yapılmış tünel şeklinde bir boşluk bulunur. Buna ek olarak yeni modellerde düzeneğin tümü ameliyat sırası floroskopi kullanımı sağlamak amacıyla radyoopak özellikte tasarlanmıştır (Uçak ve Yazar 2016; Tütüncü ve Çavdar 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, ameliyathanede hastaya güvenli pozisyon vermede ameliyathane hemşirelerinin sorumluluklarını, aldıkları önlemleri, uygulamalarındaki eksiklikleri ve bu eksiklikleri gidermeye yönelik yapılabilecekleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

3.2.Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Hemşirelerin demografik özellikleri nelerdir?
- Ameliyathane hemşirelerinin hastaya güvenli pozisyon vermedeki rolleri ve aldıkları önlemler nelerdir?
- Hemşirelerin demografik özellikleri ile hastaya güvenli pozisyon vermedeki rolleri ve aldıkları önlemler arasında ilişki var mıdır?

3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Bu araştırma, Ocak – Mart 2012 tarihleri arasında, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Şişli Florence Nightingale hastanelerinin ameliyathane birimlerinde gerçekleştirildi.

3.4.Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın yalnızca İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Şişli Florence Nightingale hastanelerinin ameliyathane birimlerinde yapılması ve araştırma sonuçlarının tüm hemşirelere genellenememesi,
- Araştırma kapsamındaki veri toplama aracı olarak sadece anket kullanılması.

3.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini, İstanbul ilinde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Şişli Florence Nightingale hastanelerinin ameliyathane birimlerinde çalışan hemşireler oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmedi, gerekli izinlerin alınmasından sonra araştırmaya katılmaya istekli/gönüllü 90 ameliyathane hemşiresi örneklem kapsamına alındı.

3.6.Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda ve AORN standartlarına göre hazırlanan anket formu ile toplandı. Anket formunda katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma süresi) 5 soru ve ameliyathanede güvenli pozisyon vermede hemşirelerin rol ve sorumluluklarını ifade eden 14 soru yer almaktaydı.

3.7.Verilerin Toplanması ve Çözümlenmesi

Veriler karşılıklı görüşme yoluyla 10-15 dakikada toplandı.

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p<0,01$ ve $p<0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.

3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul İzni (EK-1) ve İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Şişli Florence Nightingale Hastaneleri'nden Kurum İzni (EK-2) alındı.

Araştırma örneklemine alınan ameliyathane hemşirelerine araştırmanın amacı, yapısı, tekniği, kendilerinden ne beklenildiği ve gönüllülük ilkesine ilişkin bilgiler verilerek yazılı ve sözlü izinleri alındı.

4. BULGULAR

Çalışma Ocak – Mart 2012 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Şişli Florence Nightingale Hastaneleri'nde %95,6'sı (n=86) kadın, %4,4'ü (n=4) erkek toplam 90 ameliyathane hemşiresi ile yapıldı. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaşları 20 ile 54 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 32,69±7,02 yıl olarak saptandı.

Tablo 4-1: Tanıtıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Min – Max	Ort±SD
Yaş (Yıl)		20 – 54	32,69±7,02
Çalışma Süresi (Yıl)		0,5 – 25,0	8,45±6,38
		n	**%**
Cinsiyet	**Kadın**	86	95,6
	Erkek	4	4,4
Medeni Durum	**Evli**	46	51,1
	Bekar	44	48,9
Eğitim Durumu	**Sağlık Meslek Lisesi**	21	23,3
	Ön Lisans	17	18,9
	Lisans	45	50,0
	Yüksek Lisans	7	7,8

Çalışmaya katılan hemşirelerin meslekteki çalışma süreleri 0,5 ile 25 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 8,45±6,38 yıl olarak saptandı. Medeni durumlarına bakıldığında %51,1'inin (n=46) evli, %48,9'unun (n=44) bekar; eğitim durumları incelendiğinde ise %23,3'ünün (n=21) sağlık meslek lisesi mezunu %18,9'unun (n=17) ön lisans, %50'sinin (n=45) lisans ve %7,8'inin (n=7) yüksek lisans mezunu olduğu belirlendi.

Tablo 4-2: Hemşirelerin Ameliyathaneye İlişkin Çalışma Özellikleri

		n	%
Ameliyat Hemşireliği Kursu	**Katıldım**	9	10,0
	Katılmadım	81	90,0
Hastaya Güvenli Pozisyon Verme İle İlgili Eğitim Alma Durumu	**H.İ.E Programına Katıldım**	68	75,6
	Kursa Katıldım	5	5,6
	İş Arkadaşları/Meslektaş ile Öğrendim	19	21,1
	Mezuniyet sonrası Eğitim Almadım	11	12,2
Çalışılan Ameliyathanede Sadece Belli Alanlara Özgü Ameliyatlara Girme		n	%
	Evet	8	8,9
Çocuk Cerrahi		2	25,0
Kalp		4	50,0
Ortopedi		2	25,0
En Sık Kullandığınız Pozisyon Türü	**Supine**	90	100,0
	Prone	71	78,9
	Lateral	66	73,3
	Litotomi	61	67,8
	Trendelenburg	42	46,7
	Diğer	4	4,4
Pozisyon Verirken Hastaya Ait Dikkat Edilen Özellikler	**Yaş**	45	50,0
	Cinsiyet	37	41,1
	Beden Kitle İndeksi (BKİ)	46	51,1
	Cilt Hasarı Olup Olmadığı	73	81,1
	Kronik Rahatsızlıklar (Diyabet, Hipertansiyon, Kardiyak Sorunlar vs.)	31	34,4
	Cerrahi Girişim Süresi	51	56,7
	İmmünosüpresif/Kanser Tedavisi Olup Olmadığı	19	21,1
Pozisyon Vermede Kullanılan Güvenlik Formu		**n**	**%**
	Evet	36	40,0
	Hayır	54	60,0

Çalışmaya katılan hemşirelerin %10'u (n=9) ameliyat hemşireliği kursuna katıldığını belirtirken, %90'ı (n=81) ise katılmadığını ifade etti.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %75,6'sı (n=68) "*Hastaya Güvenli Pozisyon Verme İle İlgili*" hizmet içi eğitim programına katıldığını belirtirken, %5,6'sı (n=5) kursa katıldığını, %21,1'i (n=19) iş arkadaşları/meslektaş ilişkisi ile öğrendiğini; %12,2'si (n=11) "*Hastaya Güvenli Pozisyon Verme İle İlgili*" mezuniyet sonrası hiçbir eğitim almadığını belirtti.

Çalışmaya katılan hemşirelerin sadece %8,9'u (n=8) çalıştıkları ameliyathanede belli bir alana özgü ameliyatlara girdiğini ifade etti. Bu ameliyatlar incelendiğinde %25'inin (n=2) çocuk cerrahisi, %50'sinin (n=4) kalp ve damar cerrahisi, %25'inin (n=2) ise ortopedi ameliyatlarına girdikleri belirlendi.

Çalışmaya katılan hemşirelerin "*çalıştığınız ameliyathanede en sık kullandığınız pozisyon türü*" ifadesi için verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %100'ü (n=90) supine, %78,9'u (n=71) prone, %73,3'ü (n=66) lateral, %67,8'i (n=61) litotomi, %46,7'si (n=42) trendelenburg ve %4,4'ü (n=4) diğer pozisyonları kullandıklarını belirtti.

Çalışmaya katılan hemşirelerin "*ameliyathanede hastaya pozisyon verirken hastalara ait dikkat edilen özellikler*" ifadesi için verdikleri yanıtlar incelendiğinde; hemşirelerin %50'si (n=45) yaşına, %41,1'i (n=37) cinsiyetine, %51,1'i (n=46) beden kitle indeksine, %34,4'ü (n=31) cilt hasarı olup olmadığına, %34,4'ü (n=31) kronik rahatsızlığı olup olmadığına, %56,7'si (n=51) cerrahi girişim süresine ve %21,1'i (n=19) immünosüpresif/ kanser tedavisi olup olmadığına dikkat ettiğini belirtti.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %40'ı (n=36) hastaya güvenli pozisyon vermede kullandıkları bir güvenlik formu olduğunu belirtirken, %60'ı (n=54) herhangi bir form kullanmadıklarını ifade etti.

Tablo 4-3: Ameliyat Masasına Transferde Uygulanan Yöntemlerin ve Supine Pozisyonunda Yaptığınız / Gözlemlediğiniz Uygulamaların Değerlendirilmesi

		n	%
Hastanın Ameliyat Masasına Transferinde Uygulanan Yöntem	**Hastanenin Nakil Talimatını Okudum**	38	42,2
	Hasta Nakli Konusunda Eğitim Aldım	30	33,3
	Kullanılan Transfer Sedyeleri Kenarlıklı Olmalı	68	75,6
	Kullanılan Transfer Sedyelerinde Emniyet Kilidi	69	76,7
	Sedyeden Ameliyat Masasına Hasta Transferi En Az 2 Kişi ile Yapılmalı	77	85,6
Supine Pozisyonunda Yaptığınız / Gözlemlediğiniz Uygulamalar	**Hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır**	75	83,3
	Hasta düz olarak sırt üstü yatırılır	76	84,4
	Baş vücut ile aynı çizgiye getirilir	67	74,4
	Kollar yana alınır (eller vücuda doğru veya aşağıya doğru olmalı)	58	64,4
	Bir veya iki kol, kol tahtasına (90 dereceden daha az) uzatılır ya da yanlara tespit edilir	65	72,2
	Bacaklar düz, ayaklarla birlikte hafifçe ayrılır	54	60,0
	Sırttaki basıyı azaltmak için bel ve diz altına yastık yerleştirilir	60	66,7
	Servikal kıvrımı korumak için baş desteklenir	67	74,4
	Topukların altına yastık/pozisyon jelleri konulur	67	74,4
	Emniyet kemeri dizin 5 cm yukarısına yerleştirilir	55	61,1
	Koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir	85	94,4

"Hastanın Ameliyat Masasına Transferinde Uygulanan Yöntem" ifadesine verilen yanıtlar incelendiğinde, hemşirelerin %42,2'si (n=38) "hastanenin nakil talimatını okudum", %33,3'ü (n=30) "hasta nakli konusunda eğitim aldım", %75,6'sı (n=68) "kullanılan transfer sedyeleri kenarlıklı olmalıdır", %76,7'si (n=69) "kullanılan transfer sedyelerinde emniyet kilidi bulunmalıdır" ve %85,6'sı (n=77) "sedyeden

ameliyat masasına hasta transferi en az 2 kişi ile yapılmalıdır" yanıtlarını verdikleri görüldü.

"*Supine pozisyonunda yaptığınız / gözlemlediğiniz uygulamalar"* ifadesine hemşirelerin %83,3'ü (n=75) "hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır" derken, %84,4'ü (n=76) "hasta düz olarak sırt üstü yatırılır", %74,4'ü (n=67) "baş vücut ile aynı çizgiye getirilir", %64,4'ü (n=58) "kollar yana alınır (eller vücuda doğru veya aşağıya doğru olmalı)", %72,2'si (n=65) "bir veya iki kol, kol tahtasına (90 dereceden daha az) uzatılır ya da yanlara tespit edilir", %60'ı (n=54) "bacaklar düz, ayaklarla birlikte hafifçe ayrılır", %66,7'si (n=60)" sırttaki basıyı azaltmak için bel ve diz altına yastık yerleştirilir", %74,4'ü (n=67) "servikal kıvrımı korumak için baş desteklenir", %74,4'ü (n=67) "topukların altına yastık/pozisyon jelleri konulur", %61,1'i (n=55) "emniyet kemeri dizin 5 cm yukarısına yerleştirilir" ve %94,4'ü (n=85) "koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir" yanıtlarını verdikleri belirlendi.

Tablo 4-4: Prone Pozisyonunda Yaptığınız / Gözlemlediğiniz Uygulamalar

	n	**%**
Hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır	78	86,7
Hastaya yüzüstü pozisyon verilir	81	90,0
Omuz başından kalça çıkıntısına kadar, iki geniş göğüs yastığı uzunlamasına yerleştirilir	66	73,3
Kadınlarda memelerdeki bası önlenir	79	87,8
Erkeklerde genital organlardaki bası önlenir	74	82,2
Baş simidi ile yüzeysel yüz sinirleri ve kan damarlarındaki bası ve gözlere olan bası önlenir	69	76,7
Kollar hastanın yanına yerleştirilir	64	71,1
Kollar hafifçe kıvrılarak öne doğru alınır	59	65,6
Emniyet kemeri dizin 5 cm yukarısına yerleştirilir	59	65,6
Koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir	89	98,9

"*Prone pozisyonunda yaptığınız / gözlemlediğiniz uygulamalar"* ifadesine verilen yanıtlar incelendiğinde; hemşirelerin %86,7'si (n=78) "hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır", %90'ı (n=81) "hastaya yüzüstü pozisyon verilir", %73,3'ü (n=66)" omuz başından kalça çıkıntısına kadar, iki geniş göğüs yastığı uzunlamasına yerleştirilir", %87,8'i (n=79) "kadınlarda memelerdeki bası önlenir, %82,2'si (n=74) erkeklerde genital organlardaki bası önlenir", %76,7'si (n=69) "baş simidi ile yüzeysel yüz sinirleri ve kan damarlarındaki bası ve gözlere olan bası önlenir", %71,1'i (n=64) "kollar hastanın yanına yerleştirilir", %65,6'sı (n=59) "kollar hafifçe kıvrılarak öne doğru alınır", %65,6'sı (n=59) "emniyet kemeri dizin 5 cm yukarısına yerleştirilir" ve %98,9'u (n=89) "koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir" yanıtlarını verdikleri görüldü.

Tablo 4-5: Lateral Pozisyonunda Yaptığınız / Gözlemlediğiniz Uygulamalar

	n	**%**
Hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır	83	92,2
Hastaya sol veya sağ yan pozisyon verilir	82	91,1
Kum torbaları, destekleyiciler veya vakum torbaları ile hasta yandan desteklenir	73	81,1
Altta kalan bacak kıvrılır, üstteki bacak düz uzatılır ve altına yastık yerleştirilir	70	77,8
Brakial pleksustaki basının azaltılması için ön koltuk altına küçük bir yastık yerleştirilir	63	70,0
Altta kalan kol sabit kol tahtasına uzatılır	68	75,6
Üstteki kol destek tahtasına yerleştirilir	61	67,8
Baş, baş simidi ile desteklenir	78	86,7
Emniyet kemeri kalça hizasından bağlanır	70	77,8
Koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir	86	95,6

"*Lateral pozisyonunda yaptığınız / gözlemlediğiniz uygulamalar"* ifadesine verilen yanıtlar incelendiğinde; %92,2'si (n=83) "hastanın ameliyat masasına transferi

doğru olarak yapılır" yanıtını verirken, %91,1'i (n=82) "hastaya sol veya sağ yan pozisyonu verili"r, %81,1'i (n=73) "kum torbaları, destekleyiciler veya vakum torbaları ile hasta yandan desteklenir", %77,8'i (n=70) "altta kalan bacak kıvrılır, üstteki bacak düz uzatılır ve altına yastık yerleştirilir", %70'i (n=63) "brakial pleksustaki basının azaltılması için ön koltuk altına küçük bir yastık yerleştirilir", %75,6'sı (n=68) "altta kalan kol sabit kol tahtasına uzatılır", %67,8'i (n=61) "üstteki kol destek tahtasına yerleştirilir", %86,7'si (n=78) "baş, baş simidi ile desteklenir", %77,8'i (n=70) "emniyet kemeri kalça hizasından bağlanır" ve %95,6'sı (n=86) "koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir" yanıtını verdikleri görüldü.

Tablo 4-6: Litotomi Pozisyonunda Yaptığınız / Gözlemlediğiniz Uygulamalar

	n	%
Hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır	81	90,0
Hastaya önce supine pozisyonu verilir	80	88,9
Kalçaları masanın ayrılan kısmına yerleştirilir	80	88,9
İki saatten uzun sürecek cerrahi girişimler için varis çorabı giydirilir	63	70,0
Kalçaların hemen yanına bacaklıklar yerleştirilir	74	82,2
Bacaklıkların aynı yükseklikte ve açıda olmasına dikkat edilir	73	81,1
Bacaklık yüksekliği hasta bacağının uzunluğuna göre ayarlanır	70	77,8
Anestezi verildikten sonra bacaklar aynı anda iki kişi ile bacaklığa yerleştirilir	71	78,9
Popliteal siniri korumak için bacaklara destek konulur	63	70,0
Kollar masaya paralel olarak kol tahtasına yerleştirilir	63	70,0
Koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir	86	95,6
Cerrahi girişim sonrası hastanın bacakları orta çizgiye getirilir aynı anda iki kişi ile çok yavaş bir şekilde gövde hizasına yerleştirilir	67	74,4

"*Litotomi pozisyonunda yaptığınız / gözlemlediğiniz uygulamalar"* ifadesine hemşirelerin %90'ı (n=81) "hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır", %88,9'u (n=80) "hastaya önce supine pozisyonu verilir", %88,9'u (n=80) "kalçaları masanın ayrılan kısmına yerleştirilir", %70'i (n=63) "iki saatten uzun sürecek cerrahi girişimler için varis çorabı giydirilir", %82,2'si (n=74) "kalçaların hemen yanına bacaklıklar yerleştirilir", %81,1'i (n=73) "bacaklıkların aynı yükseklikte ve açıda olmasına dikkat edilir", %77,8'i (n=70) "bacaklık yüksekliği hasta bacağının uzunluğuna göre ayarlanır", %78,9'u (n=71) "anestezi verildikten sonra bacaklar aynı anda iki kişi ile bacaklığa yerleştirilir", %70'i (n=63) "popliteal siniri korumak için bacaklara destek konulur", %70'i (n=63) "kollar masaya paralel olarak kol tahtasına yerleştirilir", %95,6'sı (n=86) "koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir" ve %74,4'ü (n=67) "cerrahi girişim sonrası hastanın bacakları orta çizgiye getirilir aynı anda iki kişi ile çok yavaş bir şekilde gövde hizasına yerleştirilir" şeklinde yanıt verdikleri belirlendi.

Tablo 4-7: Trendelenburg Pozisyonunda Yaptığınız / Gözlemlediğiniz Uygulamalar ve Koter Plağı Yerleştirilirken Dikkat Edilen Noktalar

		n	%
Trendelenburg Pozisyonunda Yaptığınız / Gözlemlediğiniz Uygulamalar	**Hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır**	81	90,0
	Hastaya önce supine pozisyonu verilir	83	92,2
	Ameliyat masası baş aşağı gelecek şekilde ayarlanır	80	88,9
	Aşırı trendelenburg için omuz destekleyicileri kullanılır	62	68,9
	Emniyet kemeri dizin 5 cm yukarısına yerleştirilir	67	74,4
	Koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir	87	96,7
Koter Plağı Yerleştirilirken Dikkat Edilen Noktalar	**Kemikli yapılar**	73	81,1
	Yaralı dokular	74	82,2
	Metal implantlardan uzak bir bölgeye yerleştirilmelidir	79	87,8
	EKG kablolarına yakın olmamalıdır	66	73,3
	Diğer	15	16,7

"*Trendelenburg pozisyonunda yaptığınız / gözlemlediğiniz uygulamalar"* ifadesine verilen yanıtlara bakıldığında; %90'ı (n=81) "hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır" yanıtını verirken, %92,2'si (n=83) "hastaya önce supine pozisyonu verilir", %88,9'u (n=80) "ameliyat masası baş aşağı gelecek şekilde

ayarlanır", %68,9'u (n=62) "aşırı trendelenburg için omuz destekleyicileri kullanılır", %74,4'ü (n=67) "emniyet kemeri dizin 5 cm yukarısına yerleştirilir" ve %96,7'si (n=87) "koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir" yanıtını verdikleri saptandı.

"*Koter plağı yerleştirilirken dikkat edilen noktalar*" ifadesine; hemşirelerin %81,1'i (n=73) kemikli yapılara dikkat ettiğini belirtirken, %82,2'si (n=74) yaralı dokulara, %87,8'i (n=79) metal implantlardan uzak bir bölgeye yerleştirmeye, %73,3'ü (n=66) EKG kablolarına yakın olmamasına, %16,7'si (n=15) ise diğer noktalara dikkat ettiğini belirttiği görüldü.

Tablo 4-8: Hemşirelerin Eğitim Durumu ile Hastanın Ameliyat Masasına Transferinde Kullanılan Yöntem ve Verilen Pozisyonlara Yönelik İfadelerinden Alınan Puanların Değerlendirilmesi

	Eğitim Durumu				
	Sağlık Meslek Lisesi (n=21)	**Ön Lisans (n=17)**	**Lisans (n=45)**	**Yüksek Lisans (n=7)**	***[a]p***
	Ort±SD (Medyan)	**Ort±SD (Medyan)**	**Ort±SD (Medyan)**	**Ort±SD (Medyan)**	
Hastanın Ameliyat Masasına Transferinde Uygulanan Yöntem	60,00±23,66 (60,00)	63,53±20,29 (60,00)	63,11±24,10 (60,00)	65,71±19,02 (60,0)	***0,906***
Supine Puan	72,73±23,53 (72,73)	70,59±26,22 (72,73)	74,14±24,74 (81,82)	80,52±14,30 (81,82)	***0,904***
Prone Puan	75,24±22,72 (80,00)	72,94±19,93 (70,00)	84,44±19,95 (90,00)	80,00±21,60 (90,00)	***0,146***
Lateral Puan	77,14±24,73 (80,00)	78,23±21,28 (80,00)	84,44±23,50 (100,00)	84,28±16,18 (80,00)	***0,495***
Litotomi Puan	75,40±23,93 (83,33)	75,49±24,56 (75,00)	86,48±20,51 (100,00)	71,43±37,53 (91,67)	***0,150***
Trendelenburg Puan	83,33±18,26 (83,33)	78,43±18,41 (66,67)	89,26±18,52 (100,00)	80,95±22,42 (83,33)	***0,094***

[a]*Kruskal Wallis Test*

Hemşirelerin eğitim durumları ile "Hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" ifadesinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

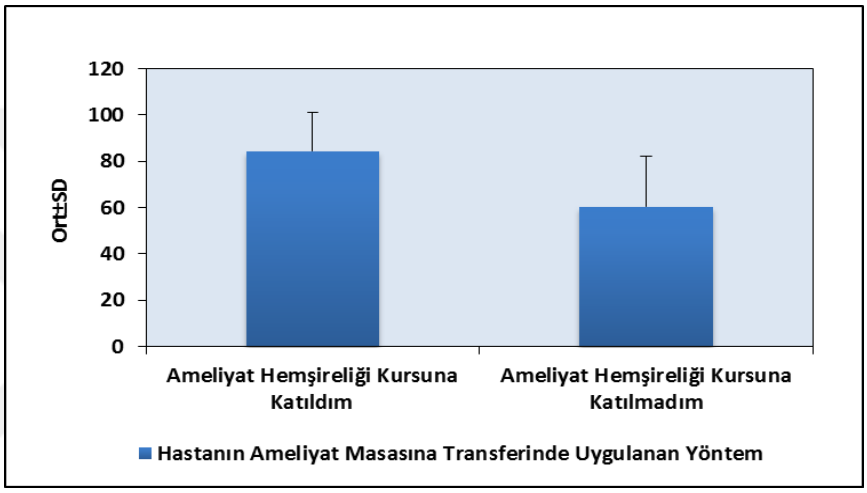
Yine hemşirelerin eğitim durumları ile supine, prone, lateral, litotomi ve trendelenburg pozisyonunda yaptıkları/gözlemledikleri uygulamalarda aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak, eğitim durumu lisans düzeyinde olan hemşirelerin "Prone pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ve "Trendelenburg pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar, eğitim durumu ön lisans olan hemşirelere göre dikkat çekici düzeyde yüksek bulundu.

Tablo 4-9: Ameliyat Hemşireliği Kursuna Katılma Durumuna Göre … İfadelerinden Alınan Puanların Değerlendirilmesi

	Ameliyat Hemşireliği Kursuna Katılma Durumu		
	Evet (n=9)	**Hayır (n=81)**	**[a]p**
	Ort±SD (Medyan)	**Ort±SD (Medyan)**	
Hastanın Ameliyat Masasına Transferinde Uygulanan Yöntem	84,44±16,67 (80,00)	60,25±22,02 (60,00)	***0,003****
Supine Puan	90,91±15,08 (100,00)	71,72±23,97 (72,73)	***0,014****
Prone Puan	86,67±18,03 (100,00)	79,01±21,25 (80,00)	***0,248***
Lateral Puan	90,00±17,32 (100,00)	80,62±23,26 (90,00)	***0,228***
Litotomi Puan	83,33±34,11 (100,00)	80,35±22,87 (91,67)	***0,249***
Trendelenburg Puan	90,74±18,84 (100,00)	84,57±18,96 (100,00)	***0,254***

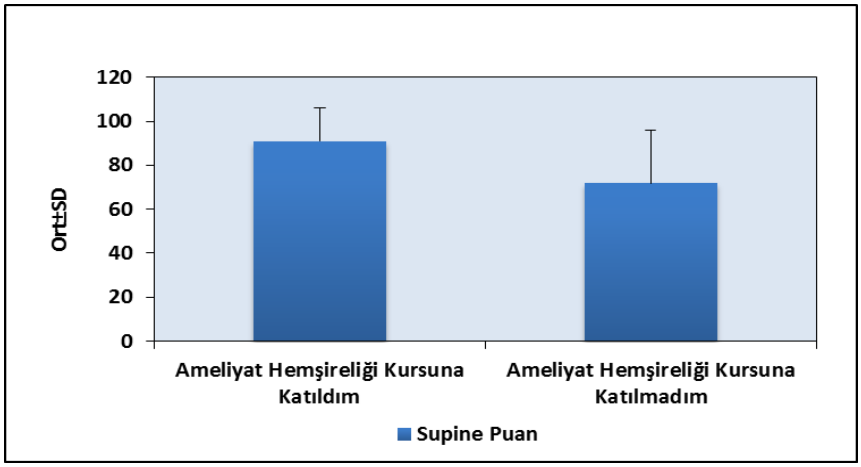
[a]Mann Whitney U Test **p<0,05* ***p<0,01*

Hemşirelerin ameliyat hemşireliği kursuna katılma durumlarına göre "Hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" ifadesinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Ameliyat hemşireliği kursuna katılan hemşirelerin "Hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" ifadesinden aldıkları puanlar, ameliyat hemşireliği kursuna katılmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.



Şekil 4-1: Ameliyat Hemşireliği Kursuna Katılma Durumuna Göre "Hastanın Ameliyat Masasına Transferinde Uygulanan Yöntem" İfadesinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Hemşirelerin ameliyat hemşireliği kursuna katılma durumlarına göre "Supine pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Ameliyat hemşireliği kursuna katılan hemşirelerin "Supine pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar, ameliyat hemşireliği kursuna katılmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.



Şekil 4-2: Ameliyat Hemşireliği Kursuna Katılma Durumuna Göre "Supine Pozisyonunda Yaptığınız/Gözlemlediğiniz Uygulamalarınızı İşaretleyiniz" İfadesinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Hemşirelerin ameliyathane hemşireliği kursuna katılma durumlarına göre prone, lateral, litotomi ve trendelenburg pozisyonunda yaptıkları/gözlemledikleri uygulamalar ayrı ayrı sorulduğunda aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4-10: Çalışılan Ameliyathanede Sadece Belli Alanlara Özgü Ameliyatlara Girme Durumuna Göre … İfadelerinden Alınan Puanların Değerlendirilmesi

	Sadece Belli Alanlara Özgü Ameliyata Girme		
	Evet (n=8)	Hayır (n=82)	[a]*p*
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	
Hastanın Ameliyat Masasına Transferinde Uygulanan Yöntem	67,50±28,16 (70,0)	62,19±22,22 (60,00)	***0,504***
Supine Puan	73,86±28,52 (77,27)	73,61±23,59 (81,82)	***0,818***
Prone Puan	77,50±32,84 (95,00)	80,00±19,75 (85,00)	***0,710***
Lateral Puan	80,00±32,95 (95,00)	81,71±21,87 (90,00)	***0,874***
Litotomi Puan	79,17±25,89 (91,67)	80,79±23,99 (91,67)	***0,795***
Trendelenburg Puan	77,08±29,46 (83,33)	85,98±17,66 (100,00)	***0,512***

[a]*Mann Whitney U Test*

Hemşirelerin sadece belli alanlara özgü ameliyata girme durumlarına göre "Hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" ve "supine, prone, lateral, litotomi ve trendelenburg pozisyonunda yaptıkları/gözlemledikleri uygulamalardan" aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

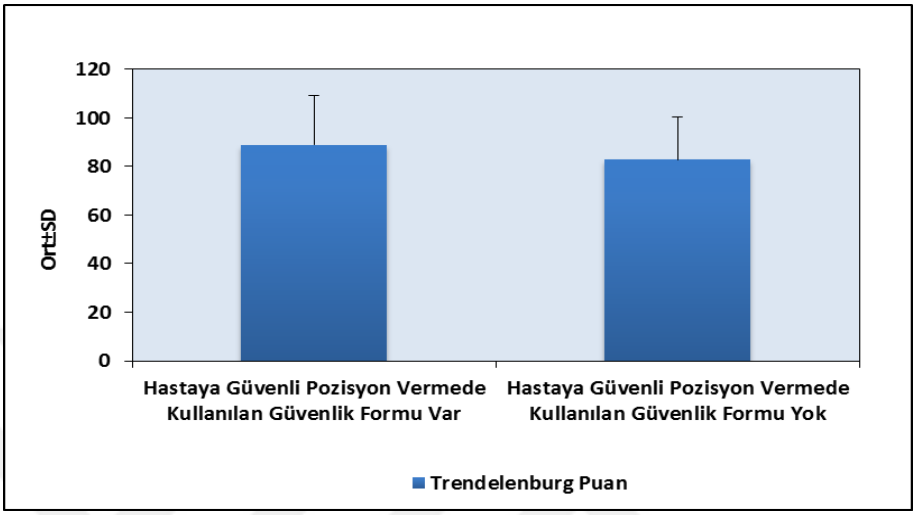
Tablo 4-11: Hastaya Güvenli Pozisyon Vermede Kullanılan Güvenlik Formu Bulunması Durumuna Göre … İfadelerinden Alınan Puanların Değerlendirilmesi

	Hastaya Güvenli Pozisyon Vermede Kullanılan Güvenlik Formu		
	Var (n=36)	**Yok (n=54)**	***[a]p***
	Ort±SD (Medyan)	**Ort±SD (Medyan)**	
Hastanın Ameliyat Masasına Transferinde Uygulanan Yöntem	65,00±28,03 (80,00)	61,11±18,39 (60,00)	***0,224***
Supine Puan	74,24±23,76 (77,27)	73,23±24,18 (81,82)	***0,835***
Prone Puan	81,67±20,63 (90,00)	78,52±21,31 (80,00)	***0,620***
Lateral Puan	83,06±24,82 (100,00)	80,56±21,58 (85,00)	***0,453***
Litotomi Puan	83,33±22,62 (91,67)	78,86±24,91 (91,67)	***0,642***
Trendelenburg Puan	88,89±20,31 (100,00)	82,72±17,72 (83,33)	***0,040****

[a]Mann Whitney U Test **p<0,05*

Hemşirelerin hastaya güvenli pozisyon vermede kullanılan güvenlik formlarının bulunması durumuna göre "Hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" ve "supine, prone, lateral ve litotomi pozisyonunda yaptıkları/gözlemledikleri uygulamalardan" aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak, trendelenburg pozisyonu için aynı soru sorulduğunda

aldıkları puanlar, hastaya güvenli pozisyon vermede kullanılan güvenlik formu bulunmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05).



Şekil 4-3: Hastaya Güvenli Pozisyon Vermede Kullanılan Güvenlik Formu Bulunması Durumuna Göre "Trendelenburg Pozisyonunda Yaptığınız/Gözlemlediğiniz Uygulamalarınızı İşaretleyiniz" İfadesinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Tablo 4-12: Hemşirelerin Yaş Dağılımları İle Supine, Prone, Lateral, Litotomi ve Trendelenburg Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	r	***p***
Yaş – Hastanın Ameliyat Masasına Transferinde Uygulanan Yöntem	0,228	***0,031****
Yaş – Supine Puan	0,220	***0,037****
Yaş – Prone Puan	0,280	***0,007****
Yaş – Lateral Puan	0,254	***0,016****
Yaş – Litotomi Puan	0,328	***0,002****
Yaş – Trendelenburg Puan	0,327	***0,002****

*r=Spearman's Korelasyon Katsayısı *p<0,05 **p<0,01*

Hemşirelerin yaşları ile "hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" ve her bir pozisyon için ayrı ayrı sorgulanan "supine/ prone/lateral/litotomi/trendelenburg pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar arasındaki pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo4-12).

Tablo 4-13: Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Süreleri İle Supine, Prone, Lateral, Litotomi ve Trendelenburg Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	r	***p***
Çalışma Süresi – Hastanın Ameliyat Masasına Transferinde Uygulanan Yöntem	0,247	***0,019****
Çalışma Süresi – Supine Puan	0,273	***0,009****
Çalışma Süresi – Prone Puan	0,264	***0,012****
Çalışma Süresi – Lateral Puan	0,231	***0,028****
Çalışma Süresi – Litotomi Puan	0,239	***0,023****
Çalışma Süresi – Trendelenburg Puan	0,315	***0,003****

*r=Spearman's Korelasyon Katsayısı *p<0,05 **p<0,01*

Hemşirelerin meslekteki çalışma süreleri ile "hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" ve her bir pozisyon için ayrı ayrı sorgulanan "supine/ prone/lateral/litotomi/trendelenburg pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar arasındaki pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo4-13).

5. TARTIŞMA

Cerrahi pozisyon cerrahi girişime bağlı riskleri önlemek, daha iyi bir görüş açısı ve çalışma kolaylığı sağlamak, hastanın solunumunu ve dolaşımını en iyi koşullarda sürdürmek amacıyla uygulanmaktadır (Şahin 2004). Ameliyathanede hastaya uygun pozisyon verme, hastanın güvenliğini tehlikeye düşürecek hareketlerden kaçınılarak büyük bir dikkat ve özenle yapılması gereken bir uygulamadır (Akansel 2018; Spruce ve Van Wicklin 2014).

Bu çalışma, ameliyathanede hastaya güvenli pozisyon vermede ameliyathanede hemşirelerinin sorumluluklarını, aldıkları önlemleri, uygulamalarındaki eksiklikleri ve bu eksiklikleri gidermeye yönelik yapılabilecekleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

Ameliyathanede çalışan hemşirelerin demografik özelliklerine bakıldığında büyük çoğunluğunun (%95,6) kadın olduğu görüldü. Hemşireliğin kadın ağırlıklı bir meslek olmasından dolayı bu sonuç doğaldır. Yaşları 20 ile 54 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 32,69±7,02 yıl; meslekteki çalışma süreleri ise 0,5 ile 25 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 8,45±6,38 yıl olarak saptandı. Medeni durumlarına bakıldığında %51,1'inin (n=46) evli; eğitim durumlarına bakıldığında %50'sinin (n=45) lisans mezunu olduğu görüldü (Tablo 4.1.). Çalışanların ortalama yaşlarının 32 olması genç ve dinamik bir grup olması açısından olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %10'u (n=9) ameliyathane hemşireliği kursuna katıldığını, %90'ı (n=81) ise katılmadığını belirtti (Tablo 4.2.). Hastaya güvenli pozisyon verme ile ilgili olarak, hemşirelerin %75,6'sı (n=68) "*Hastaya Güvenli Pozisyon Verme İle İlgili*" hizmet içi eğitim programına, %5,6'sı (n=5) kursa katıldığını katıldığını belirtirken, %21,1'i (n=19) iş arkadaşları/meslektaş ilişkisi ile öğrendiğini, %12,2'si (n=11) ise mezuniyet sonrası hiçbir eğitim almadığını belirtti (Tablo 4.2.). Ameliyat masasında hastaya güvenli pozisyon verme konusunda hemşirelerin eğitilmelerinin sağlanması oldukça önemlidir. Önler'in 2010 yılında yaptığı çalışmada, çalışanların %53,1'i kurumlarında düzenli olarak eğitim programlarına katıldıklarını; bunların %74,7'si ise yapılan hizmet içi eğitim programlarında katılımcıların

gereksinimlerinin dikkate alındığını ifade etmişlerdir. Ameliyathane hemşirelerinin hizmet içi eğitim programları ile son gelişmeleri izlemeleri de sağlanmalıdır (Selimoğlu ve Biçen 2009).

Çalıştıkları ameliyathanelerde "sadece belli alanlara özgü ameliyatlara mı giriyorsunuz?" sorusu ile ilgili bulgular incelendiğinde; çalışmaya katılan hemşirelerin sadece %8,9'u (n=8) belli bir alana özgü ameliyatlara girdiğini, diğerleri ise (% 91.1) gereksinime göre her tür ameliyatlara girdiklerini ifade etti. (Tablo 4.2.). Çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun farklı türde ameliyatlara girdikleri, bu nedenle hangi ameliyatlarda hangi pozisyonların verileceği ve nelere dikkat etmeleri gerektiği konularında eğitim almalarının önemi ortadadır.

Çalıştığınız ameliyathanede en sık kullanılan pozisyon türüne yönelik bulgular incelendiğinde; çalışmaya katılan hemşirelerin %100'ü (n=90) supine, %78,9'u (n=71) prone, %73,3'ü (n=66) lateral, %67,8'i (n=61) litotomi, %46,7'si (n=42) trendelenburg ve %4,4'ü (n=4) diğer pozisyonları kullandıklarını belirtti (Tablo 4.2.). Çalışma sonucunda en fazla kullanılan pozisyon türünün supine olduğu görüldü. Çıkan bu sonuç literatürle paralellik göstermektedir (Macdonald ve Washington 2012; Nilsson 2013). En az kullanılan pozisyon türünün ise trendelenburg olduğu görüldü.

Ameliyathanede hastaya pozisyon verirken hastalara ait dikkat edilen özellikler sorusu ile ilgili bulgular incelendiğinde; çalışmaya katılan hemşirelerin %50'si (n=45) yaşına, %41,1'i (n=37) cinsiyetine, %51,1'i (n=46) BKİ'ye, %34,4'ü (n=31) cilt hasarı olup olmadığına, %34,4'ü (n=31) kronik rahatsızlığı olup olmadığına, %56,7'si (n=51) cerrahi girişim süresine ve %21,1'i (n=19) ise immünosüpresif/ kanser tedavisi olup olmadığına dikkat ettiğini belirtti (Tablo 4.2.). Pozisyon güvenliği açısından, yüksek riskli hastaların belirlenmemesi hasta güvenliğini tehdit etmektedir. Hastaların yaşlı ya da çocuk olması, BKİ'nin çok yüksek ya da çok düşük olması, cinsiyete göre desteklenecek vücut bölümlerinin farklılık olması, hastanın cildinde hasar olup olmaması, bağışıklığı baskılayıcı tedavi alan ve kronik hastalığı olan hastaların cerrahi alana uyumu zorlaşacağından bu hasta grupları için ortak yöntemlerin belirlenip, ekip üyelerinin sürekli eğitimlerinin sağlanması önemlidir (Gürel 2012). Şahin'in (2004) yaptığı bir çalışmada pozisyona bağlı oluşan komplikasyonların %50'sinin 45-65 yaş aralığında, %61.1'inin ise BKİ'si yüksek hastalarda geliştiği belirlenmiştir. Öğün'ün

(2008) yaptığı bir araştırmada ise çalışmanın yapıldığı ameliyathanelerin tümünde yüksek riskli hastaların belirlendiği ve tüm çalışanların bu hastaların bakımıyla ilgili eğitim aldığı tespit edilmiştir. Hastaya güvenli pozisyon verirken dikkat edilmesi gerekenlerin sorgulandığı bu bölümde (Tablo 4.2.), sonuçların % 100 çıkması gerekirken beklenenden düşük olması ameliyathane çalışanlarının eğitimlerin yetersiz olduğunu ve desteklenmeleri gerektiğini düşündürmektedir.

"Hastaya güvenli pozisyon vermede kullandığınız herhangi bir güvenlik formu var mı?" sorusu ile ilgili verilere bakıldığında; çalışmaya katılan hemşirelerin %40'ı (n=36) hastaya güvenli pozisyon vermede kullandıkları bir güvenlik formu olduğunu belirtirken, %60'ı (n=54) ise herhangi bir form kullanmadıklarını ifade etti (Tablo 4.2.). WHO, ameliyathanede hasta bakımı ile ilgili yapılan girişimlerde herhangi bir basamağın atlanmaması için güvenlik kontrol listelerinin kullanılmasını önermektedir (Önler 2010). Ameliyathane gibi riskli birimlerde güvenlik formlarının ve rehberlerin kullanılmasının hata yapma oranlarını azaltacağı açıktır.

Hastanın ameliyat masasına transferinde hemşirelerin uygulamaları ile ilgili bulgular incelendiğinde; hemşirelerin %42,2'si (n=38) çalıştığı kurumun nakil talimatını okuduğunu, %33,3'ü (n=30) ise hasta nakli konusunda eğitim aldığını belirtti. %75,6'sı (n=68) kullanılan transfer sedyelerinin kenarlıklı olmasını, %76,7'si (n=69) sedyelerde emniyet kilidi bulunmasını ve %85,6'sı (n=77) ise sedyeden ameliyat masasına hasta transferinin en az 2 kişi ile yapılması gerektiğini ifade ettikleri görüldü (Tablo 4.3.). Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin büyük kısmının (%66,7) hasta nakli ile ilgili eğitim almadığı, buna karşın sedye ve hasta transferi konusunda doğru seçenekleri işaretleyenlerin oranının fazla olduğu görülmektedir. Hemşirelerin bireysel olarak kendilerini geliştirdikleri düşünülebilir.

Supine pozisyonunda yaptığınız / gözlemlediğiniz uygulamalar sorusu ile ilgili tanımlayıcı bulgular incelendiğinde; hemşirelerin %83,3'ü (n=75) "hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır" derken, %84,4'ü (n=76) hasta düz olarak sırt üstü yatırılır, %74,4'ü (n=67) baş vücut ile aynı çizgiye getirilir, %64,4'ü (n=58) kollar yana alınır (eller vücuda doğru veya aşağıya doğru olmalı), %72,2'si (n=65) bir veya iki kol, kol tahtasına (90 dereceden daha az) uzatılır ya da yanlara tespit edilir, %60'ı (n=54) bacaklar düz, ayaklarla birlikte hafifçe ayrılır, %66,7'si (n=60) sırttaki basıyı

azaltmak için bel ve diz altına yastık yerleştirilir, %74,4'ü (n=67) servikal kıvrımı korumak için baş desteklenir, %74,4'ü (n=67) topukların altına yastık/pozisyon jelleri konulur, %61,1'i (n=55) emniyet kemeri dizin 5 cm yukarısına yerleştirilir ve %94,4'ü (n=85) koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir yanıtlarını verdikleri belirlendi (Tablo 4.3.). Supine pozisyonunda genel anestezi verildiği için bu pozisyonun en sık kullanılan pozisyon türü olduğu söylenebilir. Hemşirelerden çoğunun supine pozisyonundaki ameliyatlara girdiği düşünüldüğünde, çalışmaya katılanların yarısından fazlasının seçeneklerin tümünü işaretlediği görülmektedir. Hemşirelerin tamamının işaretlenmesi beklendiğinden bu sonuç da çok tatmin edici değildir.

Prone pozisyonunda yaptığınız / gözlemlediğiniz uygulamalar sorusu ile ilgili bulgular incelendiğinde; hemşirelerin %86,7'si (n=78) "hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır", %90'ı (n=81) hastaya yüzüstü pozisyon verilir, %73,3'ü (n=66) omuz başından kalça çıkıntısına kadar, iki geniş göğüs yastığı uzunlamasına yerleştirilir, %87,8'i (n=79) kadınlarda memelerdeki bası önlenir, %82,2'si (n=74) erkeklerde genital organlardaki bası önlenir, %76,7'si (n=69) baş simidi ile yüzeysel yüz sinirleri ve kan damarlarına ve gözlere olan bası önlenir, %71,1'i (n=64) kollar hastanın yanına yerleştirilir, %65,6'sı (n=59) kollar hafifçe kıvrılarak öne doğru alınır, %65,6'sı (n=59) emniyet kemeri dizin 5 cm yukarısına yerleştirilir ve %98,9'u (n=89) koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir yanıtlarını verdikleri görüldü (Tablo 4.4.). Yapılan çalışmada en sık kullanılan ikinci pozisyon türünün prone pozisyonu olduğu görüldü (Tablo 4.2.) Diğer pozisyonlardan farklı olarak bu pozisyonda özellikle kadınlarda memeler, erkeklerde ise genital organlar üzerindeki basınca; ayrıca kornea yaralanmaları ve oküler hasar olmamasına dikkat edilmelidir (Spruce ve Van Wicklin 2014). Bu bölümdeki işaretlemeler beklenenden az olmasına rağmen yine de tatmin edici düzeyde olduğu söylenebilir.

Lateral pozisyonunda yaptığınız / gözlemlediğiniz uygulamalar sorusu ile ilgili tanımlayıcı bulgular incelendiğinde; hemşirelerin %92,2'si (n=83) "hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır" yanıtını verirken, %91,1'i (n=82) hastaya sol veya sağ yan pozisyonu verilir, %81,1'i (n=73) kum torbaları, destekleyiciler veya vakum torbaları ile hasta yandan desteklenir, %77,8'i (n=70) altta kalan bacak kıvrılır, üstteki bacak düz uzatılır ve altına yastık yerleştirilir, %70'i (n=63) brakial pleksustaki

basının azaltılması için ön koltuk altına küçük bir yastık yerleştirilir, %75,6'sı (n=68) altta kalan kol sabit kol tahtasına uzatılır, %67,8'i (n=61) üstteki kol destek tahtasına yerleştirilir, %86,7'si (n=78) baş, baş simidi ile desteklenir, %77,8'i (n=70) emniyet kemeri kalça hizasından bağlanır ve %95,6'sı (n=86) koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir yanıtını verdikleri görüldü (Tablo 4.5.). Şahin'in (2004) yaptığı bir çalışmada ameliyat sırası dönemde en sık lateral pozisyonda komplikasyon geliştiği ve bu komplikasyonları önlemeye yönelik alınan tedbirlerin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada çıkan sonuç ile benzer olduğu söylenebilir.

Litotomi pozisyonunda yaptığınız / gözlemlediğiniz uygulamalar sorusu ile ilgili tanımlayıcı bulgular incelendiğinde; hemşirelerin %90'ı (n=81) "hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır", %88,9'u (n=80) hastaya önce supine pozisyonu verilir, %88,9'u (n=80) kalçaları masanın ayrılan kısmına yerleştirilir, %70'i (n=63) iki saatten uzun sürecek cerrahi girişimler için varis çorabı giydirilir, %82,2'si (n=74) kalçaların hemen yanına bacaklıklar yerleştirilir, %81,1'i (n=73) bacaklıkların aynı yükseklikte ve açıda olmasına dikkat edilir, %77,8'i (n=70) bacaklık yüksekliği hasta bacağının uzunluğuna göre ayarlanır, %78,9'u (n=71) anestezi verildikten sonra bacaklar aynı anda iki kişi ile bacaklığa yerleştirilir, %70'i (n=63) popliteal siniri korumak için bacaklara destek konulur, %70'i (n=63) kollar masaya paralel olarak kol tahtasına yerleştirilir, %95,6'sı (n=86) koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir ve %74,4'ü (n=67) cerrahi girişim sonrası hastanın bacakları orta çizgiye getirilir aynı anda iki kişi ile çok yavaş bir şekilde gövde hizasına yerleştirilir şeklinde yanıtını verdikleri görüldü (Tablo 4.6.). Çıkan bu sonuçta hastaya güvenli litotomi pozisyonunun verilmesinde eğitim eksiklikleri olduğu görülmektedir.

Trendelenburg pozisyonunda yaptığınız / gözlemlediğiniz uygulamalar sorusu ile ilgili bulgular incelendiğinde; hemşirelerin %90'ı (n=81) "hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır" yanıtını verirken, %92,2'si (n=83) hastaya önce supine pozisyonu verilir, %88,9'u (n=80) ameliyat masası baş aşağı gelecek şekilde ayarlanır, %68,9'u (n=62) aşırı trendelenburg için omuz destekleyicileri kullanılır, %74,4'ü (n=67) emniyet kemeri dizin 5 cm yukarısına yerleştirilir ve %96,7'si (n=87) koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir yanıtını verdikleri görüldü (Tablo 4.7.).

Hastaya güvenli pozisyon verilmesi sırasında alınması gereken önlemlerin uygulanıp uygulanmadığının değerlendirildiği bu çalışmada; ameliyathanede sıklıkla kullanılan beş temel pozisyon için hemşirelerin sıralanan uygulamaların/önlemlerin tümünü işaretlemeleri beklenirken, hiç birinde %100 işaretleme yapılmadığı saptandı. Güvenli pozisyon verilmesi sırasında alınması gereken önlemlerin birinin dahi atlanmasının hastada çeşitli yaralanmalara/komplikasyonlara neden olabileceğinin önemine dikkat çekilerek, bu konuda gerekli girişimlerin yapılmasının büyük önem taşıdığı düşünülmektedir. Öğün'ün (2008) çalışmasında ise cerrahi girişim süresince pozisyona bağlı komplikasyon gelişimini önlemeye yönelik tüm tedbirlerin alındığı belirlenmiştir.

Cebeci (2018)'in yaptığı "ameliyathane hemşirelerinin basınç yaralanmalarını önlemeye yönelik bilgi ve uygulamaları" başlıklı çalışmasında, hemşirelerin %5,7'sinin görevleri olarak görmedikleri için basınç yaralanmalarını önlemeye yönelik girişim yapmadığı saptanmıştır. Ameliyathanede yanlış pozisyona bağlı oluşan basınç yaraları güvenli pozisyon vermenin önemli bir kısmını oluşturduğu düşünülürse, Cebeci'nin çalışmasında bulduğu %5.7 lik oran düşüktür. Tallier ve Choonoo'nun (2017) ameliyathane hemşirelerinin basınç yaralarını önlemedeki bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili çalışmasında ise ameliyathane hemşirelerinin basınç yaralarını önleme stratejilerini uyguladıklarına inandıkları, ancak hemşirelerin sadece üçte ikisinin basınç ülseri risk değerlendirmesi yaptıkları belirlenmiştir.

Koter plağı yerleştirilirken dikkat edilen noktalar sorusu ile ilgili bulgular incelendiğinde, hemşirelerin %81,1'i (n=73) kemikli yapılara dikkat ettiğini belirtirken, %82,2'si (n=74) yaralı dokulara ve %87,8'i (n=79) metal implantlardan uzak bir bölgeye yerleştirmeye, %73,3'ü (n=66) EKG kablolarına yakın olmamasına, %16,7'si (n=15) ise diğer noktalara dikkat ettiğini belirttiği görüldü (Tablo 4.7.).

Yüksek teknoloji cihazların çok kullanıldığı ameliyathanelerde, en fazla kullanılan cihazlardan biri olan koter cihazı yanık ve yangınlara neden olabilmektedir. Demiralp ve Yormuk (2004), koter cihazına bağlı yanıkların en sık nedeninin yanlış uygulamalar olduğunu, bu yanlış uygulamaların en başında ise plağın yanlış yerleştirilmesinin geldiğini belirtmiştir (Önler 2010). Bu çalışmada tüm pozisyonların işaretlemelerine ayrı ayrı bakıldığında oranlar %100 olmasa da yakın olması,

hemşirelerin koter plağını uygun bir şekilde yerleştirmeleri gerektiğinin bilincinde olduklarını, ancak bazı eksikliklerinin olduğunu göstermektedir. Tan (2004)'ın, koter cihazının temel prensipleri, komplikasyonları ve komplikasyonları önleme yolları ile ilgili hemşire ve hekimlerin bilgi ve tutumlarını değerlendirdiği çalışmada, "cerrahi ekip üyelerinin koter cihazı risklerine karşı duyarlı oldukları, ancak cihaz ve kullanımı konusunda bilgi gereksinimlerinin olduğu" belirtilmiştir. Bu çalışmada çıkan sonuçlar Tan'ın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Öğün'ün (2008) çalışmasında ise ameliyathane çalışanları tarafından koter plağı yerleştirilmeden önce hastanın takısı olup olmadığının kontrolünün yapıldığı ve koter plağının uygun bölgeye yerleştirildiği görülmüştür.

Ameliyathanede sıklıkla kullanılan koter gibi tıbbi cihazların hatalı kullanımının hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyeceği, ameliyathane hemşirelerinin bu cihazların güvenli kullanımı konusunda eğitilmelerini gereği açıktır. Bu cihazlar üretici firma önerileri doğrultusunda kullanılmalı, cihazların düzenli kontrolü yapılarak bakım ve onarımları da sağlanmalıdır (Öğün 2008).

Eğitim durumuna göre hemşirelerin supine, prone, lateral, litotomi, trendelenburg pozisyonunda yaptıkları/gözlemledikleri uygulamaları işaretlemeleri istendiğinde aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 4.8.). Ancak, eğitim durumu lisans düzeyinde olan hemşirelerin "Prone pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ve "Trendelenburg pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar, eğitim durumu ön lisans olan hemşirelere göre dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.8.). Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin eğitim düzeyleri yükseldikçe hasta güvenliğini tehlikeye sokacak uygulamaların azaldığı ve bakımın kalitesinin arttığı vurgulanmaktadır (Balık 2014).

Hemşirelerin ameliyathane hemşireliği kursuna katılma durumu ile hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntemlere göre farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında, kursa katılan hemşirelerin "Hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" ifadesinden aldıkları puanlar, ameliyat hemşireliği kursuna katılmayan hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$; Tablo 4.9.). Tallier ve Choonoo (2017)'nun ameliyathane

hemşireleriyle yaptığı bir çalışmada, sertifikaya sahip hemşirelerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Burada eğitimin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Hemşirelerin ameliyathane hemşireliği kursuna katılma durumlarına göre "Supine pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Ameliyat hemşireliği kursuna katılan hemşirelerin "Supine pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar, ameliyat hemşireliği kursuna katılmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Hemşirelerin ameliyat hemşireliği kursuna katılma durumlarına göre prone, lateral, litotomi ve trendelenburg pozisyonunda yaptıkları/gözlemledikleri uygulamalar ayrı ayrı sorulduğunda ise aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$). Yapılan çalışmada supine pozisyonunun en sık kullanılan pozisyon olduğu düşünülürse, ameliyathane hemşireliği kursuna katılmanın beklenildiği gibi çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkilediği görüldü.

Türk'ün (2015) "ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları" ile ilgili yaptığı çalışmada, sertifikaya sahip olma durumunun, hemşirelerde hasta güvenliği tutumunu etkilediği ve ameliyathane çalışanlarının büyük çoğunluğunun ekip arkadaşları ile ilişkilerini olumlu olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Bu çalışmada ameliyathane hemşireliği kursuna katılan hemşirelerin güvenli pozisyon verme seçeneklerini katılmayanlara göre daha fazla işaretledikleri görüldü.

Ülkemizde özellikle ameliyathane hemşirelerinin oryantasyonu için yürütülen programların, genel olarak sistemli bir biçimde hazırlanmadığı, çalışmaya yeni başlayan hemşirelerin çoğu zaman deneyimli bir ameliyathane hemşiresi denetiminde usta-çırak ilişkisi ile eğitildiği bilinmektedir. Oysa bir ameliyathane hemşiresinin büyük ameliyatlara girebilecek düzeye gelebilmesi için, sistemli ve etkin bir oryantasyon programından geçmesi gereklidir (Önler 2010).

Türkiye'de Ameliyathane Hemşireliği Sertifika Programı'nın standartizasyonu Bakanlığın 07 Mayıs 2015 tarihli ve 543 sayılı onayı ile yürürlüğe girmiştir. Bu sertifika programı ile ameliyathanede çalışan hemşirelere görevlerini etkin ve verimli bir şekilde devam ettirecek bilgi, beceri ve tutumu kazandıracak, tüm bu yetkinlikleri çalışma

ortamlarına yansıtabilen hemşirelerin yetiştirilmesi ve mesleki profesyonelliklerinin belgelendirilmesi sağlanabilecektir (http://www.diskapieah.gov.tr/dokumanlar/2017-1-donemameliyathane/standartlar.pdf). Bu çalışma sonuçlarına bakıldığında, ameliyathanede çalışan tüm hemşirelerin ameliyathane hemşireliği sertifika programlarına katılmalarının gereği ve önemi açıkça görülmektedir.

Hemşirelerin sadece belli alanlara özgü ameliyata girme durumlarına göre supine, prone, lateral, litotomi ve trendelenburg pozisyonunda yaptıkları/gözlemledikleri uygulamalardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 4.10.).

Hemşirelerin hastaya güvenli pozisyon vermede kullanılan güvenlik formlarının bulunması durumuna göre supine, prone, lateral ve litotomi pozisyonunda yaptıkları/gözlemledikleri uygulamalardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p<0,05$; Tablo 4.11.). Ancak, trendelenburg pozisyonu için aynı soru sorulduğunda aldıkları puanlar, hastaya güvenli pozisyon vermede kullanılan güvenlik formu kullanmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Çalışma sonucuna göre kullanılan tüm pozisyonlarda güvenlik formu kullanımının pozisyon güvenliği önlemlerini arttırması beklenirken, sadece trendelenburg pozisyonunda istatistiksel olarak anlamlı bulunması, bu çalışmada trendelenburg pozisyonu için güvenlik formu kullanımının olumlu çıktığını düşündürmektedir.

Araştırma kapsamında, son olarak değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla korelasyon analizleri yapıldı. Hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntemler ve hemşirelerin supine, prone, lateral, litotomi, trendelenburg pozisyonunda yaptıkları/gözlemledikleri uygulamalar ile *yaş* değişkeni arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan Spearman's Korelasyon Analizi sonucuna göre, hemşirelerin yaşları ile sırasıyla "hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" ifadesinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü (Yaş arttıkça "Hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" ifadesinden aldıkları puanlar da artan) %22,8 ($r=0,228$; $p=0,031$; $p<0,05$), "Supine pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlarda %22 ($r=0,220$; $p=0,037$; $p<0,05$), "Prone pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar

da %28 (r=0,280; p=0,007; p<0,01), "Lateral pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlarda %25,4 (r=0,254; p=0,016; p<0,05), "Litotomi pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlarda %32,8 (r=0,328; p=0,002; p<0,01), "Trendelenburg pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlarda %32,7 (r=0,327; p=0,002; p<0,01) düzeyinde bir ilişki olduğu görüldü (Tablo 4.12). Önler (2010) ve Gürel (2012)'nin ameliyathanede hasta güvenliği ile ilgili yapmış oldukları çalışmadakine benzer olarak, yaş ile hasta güvenliği arasında doğru orantılı bir artış görülmektedir. Yaş ve deneyim arttıkça, hemşirelerin bilgi ve becerilerinin de artması, ayrıca ortaya çıkan sorunların analizini daha iyi yapıp daha çabuk sonuca ulaşabildiklerini söylemek mümkündür. Bu bulgular beklenildiği gibi literatür ile uyumludur.

Hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntemler ve hemşirelerin supine, prone, lateral, litotomi, trendelenburg pozisyonunda yaptıkları/gözlemledikleri uygulamalar ile *çalışma süresi* ilişkisi incelendiğinde, hemşirelerin meslekteki çalışma süreleri ile sırasıyla, "Hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" ifadesinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Çalışma süresi arttıkça "Hastanın ameliyat masasına transferinde uygulanan yöntem" ifadesinden aldıkları puanlar da artan) %24,7 (r=0,257; p=0,019; p<0,05), "Supine pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü %27,3 (r=0,273; p=0,009; p<0,01), "Prone pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü %26,4 (r=0,264; p=0,012; p<0,05), "Lateral pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü %23,1 (r=0,231; p=0,028; p<0,05), "Litotomi pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü %23,9 (r=0,239; p=0,023; p<0,05), "Trendelenburg pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz" ifadesinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü %31,5 (r=0,315; p=0,003; p<0,01) düzeyindeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 4.13.). Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde, hemşirelerin yaş, eğitim düzeyi ve çalışma yılı arttıkça sonuçlara olumlu yansıdığı görüldü. Çıkan bu sonuçlar beklenildiği gibi literatür ile uyumludur.

Mesleki deneyimin ve yaşın artması ile kazanılan deneyimler, hemşirelerin olası risk faktörlerini önceden farkedip gerekli önlemleri zamanında almalarına ve ameliyatta risk değerlendirmesi yapma oranlarının yükselmesine neden olduğu söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler:

Ameliyathanede hastaya güvenli pozisyon vermede ameliyathane hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmada; araştırmanın yapıldığı hastanelerin ameliyathanelerinde en sık kullanılan pozisyonların sırasıyla supine, prone, lateral, litotomi ve trendelenburg olduğu; çalışmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlasının (%50-%78.9) "ameliyathanede hastaya pozisyon verirken hastalara ait dikkat edilmesi gereken özellikleri" işaretlemediği; %60'ının hastaya güvenli pozisyon vermede herhangi bir güvenlik formu kullanmadığı; ameliyathanede kullanılan beş temel pozisyonun tümünde güvenli pozisyon verme seçeneklerini ameliyathane hemşirelerinin yarısından fazlasının (%60-%92.2) doğru işaretlediği ve hemşirelerin tamamına yakınının ise (%94.4-%98.9) koter plağını doğru olarak yerleştirdikleri belirlendi.

Hemşirelerin eğitim durumu değişkeni ile "hastanın ameliyat masasına transferinde uyguladıkları yöntem" arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken, eğitim durumu lisans olan hemşirelerin ön lisans mezunu hemşirelere göre prone ve trendelenburg pozisyonlarında aldıkları puanların dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu; hemşirelerin yaş ve meslekte çalışma yılı değişkenine göre, hastanın ameliyat masasına transferinde uyguladıkları yöntem ve beş temel pozisyon türüne verdikleri yanıtlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu; ameliyathane hemşireliği kursuna katılma durumuna göre hastanın ameliyat masasına transferinde uyguladıkları yöntemler ve supine pozisyonunda kullanılan yöntemlerde aldıkları puanların kursa katılmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu; hemşirelerin hastaya pozisyon vermede herhangi bir güvenlik formu kullanma durumlarına göre verdikleri yanıtların, güvenlik formu kullanmayanlara göre trendelenburg pozisyonunda anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü.

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Pozisyon güvenliği açısından yüksek riskli hastaların önceden belirlenip, buna göre gerekli önlemlerin alınarak pozisyona bağlı olarak gelişebilecek olumsuz

durumların azaltılması, ameliyathane hemşirelerinin hastaya güvenli pozisyon vermedeki rol ve sorumluluklarının belirlenmesi ve bu konudaki eğitimlerin artırılması, ameliyathanede güvenli pozisyon vermede kullanılmak üzere rehberlerin/formların geliştirilmesi ve uygulamada kullanılması, bu konudaki araştırmaların artırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akansel, N. (2018). Ameliyathanede Hasta Pozisyonlarında Sık Yapılan Hatalar ve Sonuçları, 4. Sterilizasyon-Ameliyathane-Dezenfeksiyon Kongresi, 116-119.

Akça Ay, F. (2008). Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul, 396-397.

Akyolcu, N., Eyi, S., Kanan, N. (2017). Ameliyat Sırası Dönemde Kaliteli Hemşirelik Bakımına Ulaşmada Hemşirenin Rolü, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25(2),126-138.

Andsoy, I.I. (2015). Cerrahi Ekibin Vazgeçilmezi Cerrahi El Aletleri: Bilinmesi Gerekenler, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, DERLEME HSP 2(1): 92.

Ameliyathane ve Ameliyat sonrası Hemşirelik Bakımı, Milli Eğitim Bakanlığı Ders Notları, Ankara, 2012 (http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ameliyathane%20Ve%20Ameliyathane%20Sonras%C4%B1%20Bak%C4%B1m.pdf)

Aren, A. (2008). Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği, İstanbul Tıp Dergisi, 141-145.

Armstrong, D., Bortz, P. (2001). An Integrative Review of Pressure Relief in Surgical Patients, AORN Journal, 73(3), 645-656.

Arslan, S., Çelebioğlu, A. (2004). Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulmalar, Uluslararası İnçsan Bilimleri Dergisi, 1-6.

Aslan, EF., Berke, D. (2010). CERRAHİ HASTALARINI BEKLEYEN BİR RİSK: Düşmeler, Nedenleri ve Önlemler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(4): 73.

Association of Perioperative Registered Nurses Committee (2001).: Recommended Practices for Positioning the Patient in the Perioperative Practice Setting, Standards, Recommended Practices and Guidelines, AORN, Denver, 176.

AORN Bariatric Surgery Guideline (2009). Perioperative Standards and Recommended Practices. Clinical Editor: Connar R, 2009 Edition, Denver, CO, 91-109.

A.O.R.N. (2009). Association of Perioperative Registired Nurses, Position Statement on Patient Safety. Erişim 14.03.2011, http://www.aorn.org/PracticeResources/

Aorn Position Statement on Perioperative Pressure Sares Prevention in the Care of the Surgical Patient http://www.aorn.org "aornorg/guidelines" Erişim Tarihi: 20.08.2018).

Balık, H. (2014). Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim Anabilim dalı. Yüksek Lisans Tezi; İstanbul.

Ballard, K. A. (2003). 'Patient Safety: A Shared Responsibility', Online Journal of Issues in Nursing, 8(3): 1-16.

Basu, CB., Ellsworth, WA., Iverson, RE. (2009). Perioperative Considerations For Patient Safety During Cosmetic Surgery - Preventing Complications. Division of Plastic Surgery, Baylor College of Medicine, Houston, Texas. The Canadian Journal of Plastic Surgery. 17(1): 9-16.

Belgin, B. (2018). Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Biçer, EK., Güçlüel, Y., Neymen, A. ve Yiğit Ş. (2013). Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet Içi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10 (1): 14-20.

Bulatavic, A. (2018). Positioning Patients Undergoing Orthopedic Procedures, Aorn Journal, 108(1): 52.58.

Burlingame, B.L. (2017). Guideline Implementation: Positioning the Patient, Aorn Journal, 106(3): 227-237.

Canbolat, Ç. (2011). Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliğine İlişkin Görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Candaş, B., Gürsoy, A. (2015). CERRAHİDE HASTA GÜVENLİĞİ: Güvenli Cerrahi Listesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(1): 41-48.

Cebeci, F., Gürsoy, E., Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. Anadolu Hemsirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(3):188-194.

Cebeci, F. (2018). Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Çakmakçı, M. (2004). Sağlıkta Yeni Kalite Göstergesi Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar. Acıbadem Hemşirelik Dergisi. (7): 30-31.

Çelik, B., Karayurt, Ö. (2017). Ameliyata Bağlı Basınç Yarası ve Hemşirelik Bakımı, Türkiye Klinikleri Dergisi, 3(3): 176-180.

Çırpı, F., Doğan, MY., Kocabey, M. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3): 26- 34.

Çizen, A., Çolakoğlu, S., Taş, A. (2006). Anestezi Sırasında Uygulanan Hasta Pozisyonları, Haseki Tıp Bülteni, 44(1): 20 – 24.

Çobanoğlu, A. (2009). Ameliyathane Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Sağlık Çalışanı Güvenliği. İçinde Yavuz M, Özbayır T, Korkmaz FD, Kaymakçı Ş. (Ed.). 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı. İzmir: Meta Basım. 258.

Diane, G. (2010). Perioperative Care, Nursing The Surgical Patient, (Edited by Rosemary Pudner), Third Edition, Edinburgh London, 2-33.

Dirksen, SR.., Lewis SL., Bucher, L. ve ark. (2014). Medical Surgical Nursing-Assessment and Management of Clinical Problems, Perioperative Care, 9th Edition, USA, 333-357.

Dolgun, E. (2016). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Hasta Pozisyonları, Türkiye Klinikleri Dergisi, 2(2), 6-9.

Ellsworth, WA., Iverson, RE. (2006). Patient Safety In The Operating Room. Seminars in Plastic Surgery. 20 (4): 214-218

Ertem, G., Oksel, E., Akbıyık, A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme, Dirim Tıp Gazetesi,84(1): 1-10.

Eskici, V. (2013). Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Ameliyathane Hemşireliği ve Ameliyathane Ortamına Yönelik Düşüncelerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Eti Aslan, F., Kan Öntürk, Z. (2011). Güvenli Ameliyathane Ortamı; Biyolojik, Kimyasal, Fiziksel ve Psikososyal Riskler, Etkileri ve Önlemler, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4(1): 134-139.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide [online] 2015.http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-ulcer-stagescategories/Erişim Tarihi: 08.08.2015.

Gencer, ZE., Özkan, Ö. (2015). Basınç Ülserleri Sürveyans Raporu, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, (13): 26-30.

Göçmen, Z. (2003). Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı İçeriğine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

Gül, Ş. (2014). Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Basınç Ülseri Gelişiminin Önlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 54–61.

Gül, M. (2011). Ameliyathanelerde İnfeksiyon Kontrolü, 7. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 535-539.

Gürel, A. (2012). Ameliyathanede Hasta Güvenliğine İlişkin Ameliyathane Hemşiresinin Rolü. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. 411-422.

Heizenroth, P.A. (2015). Positioning The Patient for Surgery. Rothrock J.C. (Ed.). *Alexander's Care of The Patient in Surgery*. 15th Edition. Elsevier Health Sciences, Canada, 155-185.

Hughes, JS., Mandell, A. (2009). Oxford Handbook of Perioperative Practice, Patient Positioning for Surgery, Oxford University Press, 326-333.

Intepeler, ŞS., Caran, Mİ. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Hata Türleri Etki Analizi ve Bir Uygulama Örneği, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 8 (3): 32-42.

Kanan, N. (2007). III. Nöroşirurji Hemşireliği Kongresi: Güvenli Pozisyon Verme, Antalya.

Kanan, N. (2011). Nöroşirürji Ameliyathane Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları, İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, 19(3): 179-186.

Kanan, N. (2012). Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı, Cerrahi Hemşireliği I., Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N., (Eds.), Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, İSTANBUL, 301-330.

Kapıkıran, G., Bülbüloğlu, S., Eti Aslan, F. (2018). Ameliyathanede Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Medikal Hatalar ve İstenmeyen Olaylar, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 5(2):132-140.

Karacabay, K. (2015). Pozisyon Verme. İçinde Van Giersbergen, MY, Kaymakçı, Ş. (Eds.). Ameliyathane Hemşireliği. 1. Baskı, Akademisyen Kitabevi, 459-474.

Karadağ, M., Gümüşkaya, N. (2006). The İnsidence of Pressure Ulcers in Surgical Patients: A Sample Hospital in Turkey, Journal of Clinical Nursing. April, 15(4): 413-421.

Karadakovan, A., Eti Aslan, F., Özbayır, T. (2011). Ameliyat Dönemi Bakım, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 277-281.

Karagöz, S. (2000). Cerrahi Hemşireliği ve Etik, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (I) : 1-4.

Kavuklu, B., Yüksel, M. (2006). Genel Cerrahi'de Ameliyathane Uygulamaları, Güneş Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 29-34.

Korkmaz, F. (2011). Basınç Yarası Bakımında Topikal Negatif Basınç Terapisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 93-*102(Derleme)*

Knight, D. JW., Mahajan R.P. (2004). "Patient Positioning in Anaesthesia", Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, (4)5: 160-163.

Lawson, C., Predella, M., Rowden, A., Goldstein, J., Sistino, J.J., Fitzgerald, D.C. (2017). Assessing the Culture of Safety in Cardiovascular Perfusion: Attitudes and Perceptions. Sage Journals, USA, 32(7): 583-590. Erişim Tarihi: 07.03.2019 https://doi.org/10.1177/0267659117699056

LeMone, P., Burke, K. (2008). Nursing Care of Having Surgery. Medical-Surgical Nursing Critical Thinking in Client Care. 4th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, Volume 1, 53-83.

Macdonald, J.J., Washington S.J. (2012). Positioning The Surgical Patient, Clinical Anaesthesia, Elsevier LTD., USA. 528-532.

Makary, M.A, Mukherjee, A., Sexton, J.B., Syin, D., Goodrich, E., Hartmann, E. ve ark (2007). Operating Room Brifings and Wrong-Site Surgery. *Journal of the American College of Surgeons,* 204:236-243.

Morgan GE., Mikail MS. ve ark. (2002). Clinical Anesthesiology, 3th Edition, Mc Graw Hill Companies, USA, 893-901.

Nilsson, U. (2013). Intraoperative Positioning of Patients Under General Anesthesia and the Risk of Postoperative Pain and Pressure Ulcers, J Peri Anesthesia Nursing;28(3)3: 137-143.

NPUAP(National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP2007). http://www.npuap.org/pr2.htm Erişim Tarihi: 23.12.2008.)

O'connell, M.P. (2006). Positioning Impact On The Surgical Patient, Nursing Clinics of North America, Elsevier Saunders, USA, s.173-192.

Öğün, B. (2008). Ameliyathanelerde hasta güvenliğinin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof Dr. Fatma Eti Aslan), İstanbul.

Önler, E. (2010). Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine ilişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Önler, E., Akyolcu, A. (2009). Ameliyathanede Hasta Güvenliği. 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı. 249-250.

Özbayır, T. (2009). Ameliyat Sırası Uygulamalarında Kanıta Dayalı Öneriler. 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı. 38-42.

Özbayır, T. (2016). Cerrahi Süreç: Ameliyat Sırası Bakım ve Ameliyathane Hemşireliği. İçinde Eti Aslan F. (Ed.). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 386-394.

Philips, N. (2007). Operating Room Technique Barry and Kohn's, Positioning, Prepping and Draping the Patient, Printed in China, St. Louis, Missouri, 492-513.

Pudner, R., Gilmour, D. (2010). Perioperative Care; Nursing The Surgical Patient, Edinburgh London, 2-33.

Schoonhoven, L. ve ark. (2002). Risk Indicators For Pressure Ulcers During Surgery. Applied Nursing Research, 15:163-173.

Selimoğlu, E., Biçen, Y.H. (2009). Hizmet içi Eğitimin Kurum ve Çalışanlar Üzerine Etkileri. Paradoks, Sosyoloji ve Politika Dergisi, 5(1).

Sepit, D. (2008). Bası Yaraları - Basıdan Kaynaklanan Hasarların Önlenmesi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2008; 5 (2): 17-21. https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_5_2_17_21.pdf (Erişim Tarihi: 02.03.2019)

Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2009). Intraoperative Nursing Management. Textbook of Medical Surgical Nursing. Twelfth Edition: 457-458.

Sönmez, M., Yavuz, M. (2009). Ameliyathanede personel güvenliği. İçinde Yavuz M, Özbayır T, Korkmaz FD, Kaymakçı Ş. (Ed.). 6.Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı. İzmir: Meta Basım, 255-257.

Spruce, L.,Van Wicklin, S.A. (2014). Back To Basics: Positioning The Patient, AORN Journal, 100(3): 299-303.

Spry, C. (2005). Prevention of Injury-Positioning the Patient. Essentials of Perioperative Nursing, Third Edition, U.S.A., 131-154.

Stoelting, RK., Miller RD. (2010). Temel Anestezi, Güneş Tıp Kitapevi, Beşinci Baskı, 291-302.

Şahin, A., Eti Aslan, F. (2004). Ameliyathanede Hasta Güvenliği: Cerrahi Pozisyon Komplikasyonlarına Yönelik Önlemler, Çağdaş Cerrahi Dergisi, 18(3): 141-148.

Şahin, A. (2004). İntraoperatif Pozisyonlara Bağlı Komplikasyonların Önlenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Tallier, P.C., Choonoo, J.G. (2017). Perioperative Registered Nurses Knowledge, Attitudes, Behaviors, and Barriers Regarding Pressure Ulcer Prevention in Perioperative Patients, Applied Nursing Research, USA, (36):106-110.

Tan, G. (2004). Elektrocerrahi Hakkında Ne Biliyoruz?. İçinde: 2. Uluslararası Perioperatif Hemşirelik Kongresi Program ve Özet Kitabı, İstanbul, s.104-105.

Tayran, N. (2008). Cerrahi Alan Enfeksiyonlarından Korunma. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları: Sempozyum Dizisi No: 60: 181–192.

Tuncel, U., Özgenel, G.Y. (2005). Thermal Injury Due To the Electrosurgery, Ulusal Travma Dergisi, 11(1): 76-77.

Türk, S. (2015). Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Tütüncü, G., Çavdar, İ. (2019). Ameliyat Pozisyonları. İçinde G.T. Adaş, H.B. Katran (Eds.), A'dan Z'ye Ameliyathane, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 361-384.

Tweedy, J.T. (2005). Safety in Patient and Clinical Areas, Healthcare Hazard Control and Safety Management, 415-422.

Uçak, H. (2009). Ameliyathanede Yönetim ve Organizasyon&Ameliyathane Talimatları ve Protokolleri, Ankara, Ayrıntı Basımevi, 116-117.

Uzun, Ö. (2003). Cerrahide Etik, 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı, Ege Üniv. Basımevi, İzmir. 40-56.

Walton-Geer PS. (2009). Prevention of Pressure Ulcers in The Surgical Patient. AORN Journal, 89(3): 538-552.

Watson, DS., Rothrock, JC. (1999). Contemporary Issues. In: MH. Meeker, "Care of the Patient in Surgery". 11 th. Ed. St. Louis: Mosby; 1999: 1340-1341.

Wicker, P. ve O'neill J. (2010). Caring for The Perioperative Patient, Second Edition, USA, 356-363.

Yazar, K. (2016). Cerrahi Girişimlerde Ameliyat Masası ve Ameliyat Pozisyonları. İçinde Uçak, H. (ed.). Ameliyathanede Yönetim – Organizasyon & Cerrahi Uygulamalar. Genişletilmiş II. Baskı. Kongre Kitabevi, İzmir; 395-426.

Yıldırım A, Bakır S. (2000). Ameliyathane Hemşireliğinin Tarihi, Ameliyathane Hemşireliği. Özaşama Matbaacılık Ltd Şti. Ankara. 119-122.

http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/58/docs/makale1-58.pdf.Erişim tarihi:10.08.2015).

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5c803293f04c38.06627679 Erişim tarihi: 14.03.2019

http://www.diskapieah.gov.tr/dokumanlar/2017-1-donemameliyathane/standartlar.pdf. Erişim Tarihi: 03.03.2018

FORMLAR

FORM 1.ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Siz değerli ameliyathane hemşiresi meslektaşlarımın, cerrahi girişim sırasında hastaya güvenli ve etkili pozisyon verilmesindeki uygulamalarınızı, ameliyathanede pozisyon güvenliği açısından alınan önlemleri belirlemek ve gelecekte bu konuya yönelik alınabilecek önlemlere yol gösterici olmak amacıyla planladığımız bu araştırmaya ilginiz için teşekkür ederim.

Melek MUTLU
İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yükseklisans Öğrencisi

1. Yaşınız? ……
2. Cinsiyetiniz?
   ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Medeni durumunuz?
   ( ) Evli ( ) Bekar
4. Eğitim durumunuz? (Lütfen en son mezun olduğunuz okulun seçeneğini işaretleyiniz)
   ( ) Sağlık Meslek Lisesi ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans
5. Ameliyathanede toplam çalışma yılınız? ……..
6. Ameliyathane hemşireliği kursuna katıldınız mı?
   ( ) Evet ( ) Hayır
7. Hastaya güvenli pozisyon verme ile ilgili eğitim aldınız mı?
   ( ) Hizmet içi eğitim (HİE) programlarına katıldım ( ) Kursa katıldım
   ( ) İş arkadaşları/Meslektaş ilişkisi ile öğrendim
   ( ) Mezuniyet sonrası herhangi bir eğitim almadım

8. Çalıştığınız ameliyathanede sadece belli alanlara özgü ameliyatlara mı giriyorsunuz.

   ( ) Evet ( ) Hayır

9. Cevabınız Evet ise hangi alanlar: …….

10. Çalıştığınız ameliyathanede en sık kullandığınız pozisyon türü nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

    ( ) Supine ( ) Prone ( ) Lateral

    ( ) Litotomi ( ) Trendelenburg ( ) Diğer …….

11. Ameliyathanede hastaya pozisyon verirken hastalara ait aşağıdaki özelliklerden hangilerine dikkat edersiniz.

    ( ) Yaş

    ( ) Cinsiyet

    ( ) Beden Kitle İndeksi (BKİ)

    ( ) Cilt hasarı olup olmadığı

    ( ) Kronik rahatsızlıklar (diyabet, hipertansiyon, kardiak sorunlar vs)

    ( ) Cerrahi girişim süresi

    ( ) İmmünosüpresif /kanser tedavisi olup olmadığı

12. Hastaya güvenli pozisyon vermede kullandığınız herhangi bir güvenlik formu var mı?

    ( ) Evet

    ( ) Hayır

13. Hastanın ameliyat masasına transferinde uyguladıklarınızı işaretleyiniz.

    ( ) Hastanemizin nakil talimatını okudum.

    ( ) Hasta nakli konusunda eğitim aldım.

    ( ) Kullanılan transfer sedyeleri kenarlıklı olmalıdır.

    ( ) Kullanılan transfer sedyelerinde emniyet kilidi bulunmalıdır.

    ( ) Sedyeden ameliyat masasına hasta transferi en az 2 kişi ile yapılmalıdır.

14. Supine pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz.

    ( ) Hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır.

( ) Hasta düz olarak sırt üstü yatırılır.

( ) Baş vücut ile aynı çizgiye getirilir.

( ) Kollar yana alınır (eller vücuda doğru veya aşağıya doğru olmalı).

( ) Bir veya iki kol, kol tahtasına (90 dereceden daha az) uzatılır yada yanlara tespit edilir.

( ) Bacaklar düz, ayaklarla birlikte hafifçe ayrılır.

( ) Sırttaki basıyı azaltmak için bel ve diz altına yastık yerleştirilir.

( ) Servikal kıvrımı korumak için baş desteklenir.

( ) Topukların altına yastık/pozisyon jelleri konulur.

( ) Emniyet kemeri dizin 5 cm yukarısına yerleştirilir.

( ) Koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir.

15. Prone pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz.

( ) Hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır.

( ) Hastaya yüzüstü pozisyon verilir.

( ) Omuz başından kalça çıkıntısına kadar, iki geniş göğüs yastığı uzunlamasına yerleştirilir.

( ) Kadınlarda memelerdeki bası önlenir.

( ) Erkeklerde genital organlardaki bası önlenir.

( ) Baş simidi ile yüzeysel yüz sinirleri ve kan damarlarındaki bası ve gözlere olan bası önlenir.

( ) Kollar hastanın yanına yerleştirilir.

( ) Kollar hafifçe kıvrılarak öne doğru alınır.

( ) Emniyet kemeri dizin 5 cm yukarısına yerleştirilir.

( ) Koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir.

16. Lateral pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz.

( ) Hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır.

( ) Hastaya sol veya sağ yan pozisyon verilir.

( ) Kum torbaları, destekleyiciler veya vakum torbaları ile hasta yandan desteklenir.

( ) Altta kalan bacak kıvrılır, üstteki bacak düz uzatılır ve altına yastık yerleştirilir.

( ) Brakial pleksustaki basının azaltılması için ön koltuk altına küçük bir yastık yerleştirilir.

( ) Altta kalan kol sabit kol tahtasına uzatılır.

( ) Üstteki kol destek tahtasına yerleştirilir.

( ) Baş, baş simidi ile desteklenir.

( ) Emniyet kemeri kalça hizasından bağlanır.

( ) Koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir.

17. Litotomi pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz.

( ) Hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır.

( ) Hastaya önce supine pozisyonu verilir.

( ) Kalçaları masanın ayrılan kısmına yerleştirilir.

( ) İki saatten uzun sürecek cerrahi girişimler için varis çorabı giydirilir.

( ) Kalçaların hemen yanına bacaklıklar yerleştirilir.

( ) Bacaklıkların aynı yükseklikte ve açıda olmasına dikkat edilir.

( ) Bacaklık yüksekliği hasta bacağının uzunluğuna göre ayarlanır.

( ) Anestezi verildikten sonra bacaklar aynı anda iki kişi ile bacaklığa yerleştirilir.

( ) Popliteal siniri korumak için bacaklara destek konulur.

( ) Kollar masaya paralel olarak kol tahtasına yerleştirilir.

( ) Koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir.

( ) Cerrahi girişim sonrası hastanın bacakları orta çizgiye getirilir aynı anda iki kişi ile çok yavaş bir şekilde gövde hizasına yerleştirilir.

18. Trendelenburg pozisyonunda yaptığınız/gözlemlediğiniz uygulamalarınızı işaretleyiniz.

( ) Hastanın ameliyat masasına transferi doğru olarak yapılır.

( ) Hastaya önce supine pozisyonu verilir.

( ) Ameliyat masası baş aşağı gelecek şekilde ayarlanır.

( ) Aşırı trendelenburg için omuz destekleyicileri kullanılır.

( ) Emniyet kemeri dizin 5 cm yukarısına yerleştirilir.

( ) Koter plağı uygun bölgeye yerleştirilir.

19. Koter plağı yerleştirilirken sizce hangi noktalara dikkat edilmelidir.

( ) Kemikli yapılardan

( ) Yaralı dokulardan

( ) Metal implantlardan uzak bir bölgeye yerleştirilmelidir.

( ) EKG kablolalarına yakın olmamalıdır.

( ) Diğer .....

FORM 2.AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Araştırmacının Açıklaması:

"Ameliyathane Hemşirelerinin Hastaya Güvenli Pozisyon Vermedeki Rolleri ve Aldıkları Önlemler" başlıklı bu araştırma, ameliyathane biriminde çalışan hemşirelerin, hastaya güvenli pozisyon vermedeki rollerini, aldıkları önlemleri ve buna yönelik yapılabilecekleri belirlemek amacıyla planlandı. Bu araştırmanın amacı, ameliyathanede çalışan hemşirelerin cerrahi girişim sırasında hastaya güvenli pozisyon vermedeki rollerini ve aldıkları önlemleri belirlemektir. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Araştırmanın İstanbul il sınırları içerisinde Florence Nightingale Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ameliyathanelerinde yapılması planlandı. Bu araştırma, ameliyathanede çalışan hemşireler tarafından hastaya verilecek olan güvenli pozisyon açısından son derece önemlidir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu veriler kimlik belirtilmeden ameliyathane hemşireliği kurs içeriğinde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası size verilecektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için objektif olmanızı ve soruları boş bırakmamanızı rica ederiz.

Teşekkürler.

Araştırmacı: Melek MUTLU

Adres: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi
Şişli/İSTANBUL 34381
E- mail: elissangel@yahoo.com

Katılımcının Beyanı:

Araştırmacı Melek MUTLU tarafından, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı bildirilerek, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin itimatla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Melek MUTLU'yu hangi telefon ve adresten arayacağımı biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyetle ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:	Katılımcı ile görüşen araştırmacı:
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
Adres:	Adres:
Tel:	Tel:
İmza:	İmza:

ETİK KURUL KARARI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

Sayı :B30 2 75 T03090 00 /43660
Konu :

İstanbul ...../ ...../ .....

İ.Ü.Rektörlüğü
Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dekanlığına

01 Aralık 2011

İLGİ: 06.09.2011 tarihli, 412 sayılı yazınıza:

Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi **Yard.Doç.Dr.Nuray AKYÜZ'ün** danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğr. Melek MUTLU'nun** yürüteceği **" Ameliyathane Hemşirelerinin Hastaya Güvenli Pozisyon Vermedeki Rolleri ve Aldıkları Önlemler"** başlıklı Yüksek Lisans Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri **29 Kasım 2011** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Değerlendirme Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.
Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini arz ederim.

Eki:
1 dosya

Prof.Dr.Fatiş ALTINDAŞ
Dekan Yardımcısı ve Klinik Araştırmalar
Etik Değerlendirme Kurulu Başkanı

Not: Yanıtlarda yazımızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur.Tel(0212)4143000

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:B-10	Tarih:29 Kasım 2011
	Yard.Doç.Dr. Nuray AKYÜZ'ün danışmanlığında Yüksek Lisans Öğr. Melek MUTLU'nun sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Fatiş ALTINDAŞ	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	**Uzmanlık Alanı**	**Kurumu**	**Cinsiyet**	**İlişki ***	**Katılım ****	**İmza**
Prof. Dr. Fatiş ALTINDAŞ (Başkan)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK	İç Hastalıkları	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Psikiyatri	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Ahmet BELCE	Biyokimya	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Katılamıyor
Prof. Dr. Fahri ERDOGAN	Ortopedi ve Travmatoloji	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELiK	Genel Cerrahi	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Öner SÜZER	Tıbbi Farmakoloji	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Fatma Nuran ŞENEL BEŞE	Radyasyon Onkolojisi	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mustafa Şükrü ŞENOCAK	Bioistatistik	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ	Fizyoloji	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Mustafa AKSU	Hukukçu	İ.Ü. Hukuk Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Hatun Hanzade DOĞAN	Deontoloji	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Sibel ÖZMEN ÖZYAZGAN	Eczacı	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki ** :Toplantıda Bulunma

KURUM İZİNLERİ

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : B.30.2.İST.0.72.00.00/ 3765
Konu :

07.10.2011 • 61322

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakülteniz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Yard.Doç.Dr.Nuray AKYÜZ'ün danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Melek MUTLU'nun "Ameliyathane Hemşirelerinin Hastaya Güvenli Pozisyon Vermedeki Rolleri ve Aldıkları Önlemler" konulu çalışmayı Üniversitemiz Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yapabilmesinin uygun görüldüğü hakkında, adıgeçen Fakülte Dekanlığından alınan 29.09.2011 tarihli 35374 sayılı yazı ve eklerinin bir örneği ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Zeynep Çiğdem KAYACAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK: Yazı örneği ve ekleri (1 takım)

P. İ.Gör.
7.10.2011
İlgili ABD

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Gelen Kayıt No: 833
Gelen Tarih : 7.10.2011

10.10.2011

İ.Ü. Rektörlüğü Merkez Bina 34119 Beyazıt/İSTANBUL Telefon: 0 (212) 440 00 46 Faks: 0 (212) 440 00 48
e-posta: oidb@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ:www.istanbul.edu.tr

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

Konu:Melek Mutlu'nun
Sayı : çalış.hak.
Konu : 35376

İstanbul ...../ ...../ .....

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

29 Eylül 2011

İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Yard.Doç.Dr.NURAY AKYÜZ'ün danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden MELEK MUTLU'nun "Ameliyathane Hemşirelerinin Hastaya Güvenli Pozisyon Vermedeki Rolleri ve Aldıkları Önlemler" konulu çalışmayı Fakültemizde yapabilmesi hakkında adı geçen fakülte dekanlığından alınan 06.09.2011 tarihli, 413 sayılı yazı ve eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Eki:8

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ
Yazı İşleri ve
Genel Evrak Md
Gelen Evrak
Sayı : 54035

Prof.Dr.Özgün ENVER
Dekan

Not: Yanıtlarda yazımızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur.Tel(0212)4143000

ÖZEL
ŞİŞLİ
FLORENCE NIGHTINGALE
HASTANESİ

07.10.2011

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'ne

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi Melek MUTLU'nun "Ameliyathane Hemşirelerinin Hastaya Güvenli Pozisyon Vermedeki Rolleri ve Aldıkları Önlemler" konulu tez çalışmasının; sonuçlarının tarafımıza bildirilmesi talebi ile kurumumuzda uygulanması uygun görülmüştür.

Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü
Bahriye GAVAZ TOPALOĞLU

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN HASTAYA GÜVENLİ POZİSYON VERMEDEKİ ROLLERİ VE ALDIKLARI ÖNLEMLER

ORIJINALLIK RAPORU

%17	%14	%5	%13
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	www.acibademhemsirelik.com İnternet Kaynağı	%2
2	www.hacettepehemsirelikdergisi.org İnternet Kaynağı	%2
3	Submitted to Okan Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
5	www.icqh.net İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
7	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
8	acikerisim.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Melek	**Soyadı**	Çınarkök
Doğ.Yeri	Razgrat	**Doğ.Tar.**	24.08.1985
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	24818539606
Email	elissangel@yahoo.com	**Tel**	0 535 958 99 62

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu	2008
Lise	Pakize Narin Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Hemşire	Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2012 Ocak-Halen
2.	Hemşire	Şişli Florence Nightingale Hastanesi	2008 Ağustos-2011 Aralık

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	İyi	İyi	Orta	65.0	

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	72.885	72.706	70.611

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsof Office Programları (Word, Excel, Power Point)	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

İş Yeri Hemşireliği Sertifikası, Pedagojik Formasyon Eğitimi Sertifikası

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Fotoğraf çekmek, yürüyüş yapmak, seyahat etmek, tenis oynamak, kitap okumak.