

156236



T. C.  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AFYON İLİNDEKİ CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN HASTANIN PREOPERATİF DÖNEMDEKİ  
BAKIMI VE AMELİYATA HAZIRLIĞI HAKKINDA BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI

Zeynep YAVUZ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Sezgin YILMAZ

TEZ NO: 2004 – 018

2004 - AFYON

T. C.  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AFYON İLİNDEKİ CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN HASTANIN PREOPERATİF DÖNEMDEKİ  
BAKIMI VE AMELİYATA HAZIRLIĞI HAKKINDA BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI**

**Zeynep YAVUZ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Sezgin YILMAZ**

**TEZ NO: 2004 - 018**

**2004 - AFYON**

## KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği  
programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
**Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunması Tarihi: 09 / 02 / 2004

Yrd. Doç. Dr. Coşkun **POIÇAT**  
Üye

Yrd. Doç. Dr. Nedime **KÖŞGEROĞLU**  
Üye

Yrd. Doç. Dr. Sezgin **YILMAZ**  
Üye

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Zeynep YAVUZ'un "Afyon İlindeki Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hastanın Preoperatif Dönemdeki Bakımı ve Ameliyata Hazırlığı Hakkında Bilgi Düzeylerinin Saptanması" başlıklı tezi .... / .... / 2004 günü saat .....’ de Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

**Doç. Dr. Yüksel ARIKAN**  
Enstitü Müdürü

**ÖNSÖZ**

Araştırma konumun seçiminde rehberliğimi üstlenen ve çalışmam boyunca desteğini gördüğüm, değerli hocam Genel Cerrahi Anadilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Sezgin Yılmaz'a, tezin istatistiksel değerlendirmesinde yardımcı olan Halk Sağlığı Anadilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Hülya Ellidokuz'a , öncelikle gösterdikleri anlayış ve hoşgörüden dolayı aileme, tezimde bana destekleri ile yardımcı olan sevgili arkadaşlarıma, Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi, Afyon Devlet Hastanesi ve Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi ve Çocuk Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm meslektaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Zeynep YAVUZ



**İÇİNDEKİLER**

Kabul ve Onay	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Kısaltmalar Dizini	VII
Şekiller Dizini	VIII
Grafikler Dizini	IX
Tablolar Dizini	X
<b>ÖZET</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>3</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>5</b>
<b>2. ARAŞTIRMANIN AMACI</b>	<b>10</b>
<b>3. GENEL BİLGİLER</b>	<b>11</b>
3.1. Cerrahinin Sınıflandırılması	11
3.2. Cerrahi Hastalarında Risk Faktörleri	12
3.3. Cerrahinin Hasta Üzerindeki Etkileri	12
3.3.1. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması	12
3.3.2. Enfeksiyona Karşı Drencin Azalması	13
3.3.3. Vasküler ve Pulmoner Sistemin Bozulması	13
3.3.4. Organ Fonksiyonlarının Bozulması	14
3.3.5. Beden İmajının Değişmesi	14
3.3.6. Yaşam Tarzının Değişmesi	14
3.4. Günübürlük Cerrahi	14
3.5. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	17
3.6. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım	17
3.6.1. Psikolojik Hazırlık	19
3.6.2. Fizyolojik Hazırlık	20
3.6.2.1. Yaş	21
3.6.2.2. Ağrı	21
3.6.2.3. Beslenme Durumu	21
3.6.2.4. Sıvı-Elektrolit Dengesi	22

3.6.2.5. Enfeksiyon	23
3.6.2.6. Kardiyovasküler Fonksiyon	23
3.6.2.7. Pulmoner Fonksiyon	23
3.6.2.8. Renal Fonksiyon	23
3.6.2.9. Gastrointestinal Fonksiyon	24
3.6.2.10. Karaciğer Fonksiyonu	24
3.6.2.11. Endokrin Fonksiyon	24
3.6.2.12. Nörolojik Fonksiyon	24
3.6.2.13. Hematolojik Fonksiyon	25
3.6.2.14. Kullanılan İlaçlar	25
3.6.3. Yasal Hazırlık	25
3.6.4. Ameliyat Öncesi Eğitim	26
3.6.4.1. Derin Solunum Egzersizleri	28
3.6.4.2. Öksürük Egzersizleri	28
3.6.4.3. Dönme Egzersizleri	29
3.6.4.4. Ekstremitte Egzersizleri	29
3.7. Hastanın Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı	30
3.7.1. Cilt Hazırlığı	30
3.7.2. Gastrointestinal Sistem (GİS) Hazırlığı	33
3.7.3. Anestezi Hazırlığı	33
3.7.4. Yeterli Uyku ve İstirahatin Sağlanması	34
3.8. Hastanın Ameliyat Günü Hazırlığı	34
3.8.1. Premedikasyon	35
3.9. Hastanın Ameliyathaneye Gönderilmesi	36
<b>4. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>37</b>
4.1. Araştırmanın Şekli	37
4.2. Araştırmanın Yeri	37
4.3. Evren ve Örneklem Seçimi	37
4.4. Verilerin Toplanması	38
4.4.1. Anket Formunun Hazırlanması	38
4.4.2. Ön Uygulama	38
4.4.3. Anket Formunun Uygulanması	38

4.5. Verilerin Değerlendirilmesi	39
<b>5. BULGULAR</b>	<b>40</b>
<b>6. TARTIşMA</b>	<b>51</b>
<b>7. SONUÇLAR</b>	<b>66</b>
<b>8. ÖNERİLER</b>	<b>69</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>70</b>
<b>EK 1 (ANKET)</b>	<b>75</b>



**KISALTMALAR DİZİNİ**

A.D.H. : Afyon Devlet Hastanesi

A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesi : Afyon Kocatepe Üniversitesi

Rektörlüğü Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi

ark. : arkadaşları

BUN : Kan Üre Nitrojemi

CO<sub>2</sub> : Karbondioksit

GİS. : Gastrointestinal Sistem

IV : İntravenöz

NPN : Nonprotein Nitrojen

O<sub>2</sub> : Oksijen

S.S.K. : Sosyal Sigortalar Kurumu





**ŞEKİLLER DİZİNİ**

Şekil-1 (a-b) : (a) Derin solunum egzersizi, (b) ksrk egzersizleri	
(c-d) : Diyafragmatik solunum	29
Şekil-2 : Ekstremitte egzersizleri	30
Şekil-3 : Ameliyata yönelik cilt hazırlığı	32



**GRAFİKLER**

Grafik-1 : Hemşirelerin Yaş Dağılımları	40
Grafik-2 : Hemşirelerin Medeni Durumlarını Gösteren Dağılım	40
Grafik-3 : Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarını Gösteren Dağılım	41
Grafik-4 : Hemşirelerin Servis Deneyimini Gösteren Dağılım	41
Grafik-5 : Hemşirelerin Eğitim Düzeyini Gösteren Dağılım	42
Grafik-6 : Hemşirelere Hizmet İçi Eğitimi Veren Kişiyi Gösteren Dağılım	42
Grafik-7 : Hemşirelerin Bilimsel Organizasyonlara Katılımını Gösteren Dağılım	43
Grafik-8 : Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumları Gösteren Dağılım	43



**TABLolar**

Tablo-1: Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bilgi Puanlarının Dağılımı	44
Tablo-2: Hemşirelerin alıştıkları Kurumlara Göre Toplam Bilgi Puanlarının Dağılımı	44
Tablo-3: Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Yaş Durumlarına Göre Dağılımı	44
Tablo-4 : Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	45
Tablo-5: Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının ocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı	45
Tablo-6 : Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Daha nceki Servis Deneyimine Göre Dağılımı	45
Tablo-7: Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Hemşirelerin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	46
Tablo-8 : Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Hemşirelere Preoperatif Bakım ve Hazırlık Konusunda Hizmet İçi Eğitim Veren Kişiye Göre Dağılımı	46
Tablo-9 : Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Hemşirelerin Bu Konu Hakkında Bilimsel Organizasyonlara Katılımlarına Göre Dağılımı	47
Tablo-10 : Hemşirelerin Preoperatif Dönemde Hasta Bakımı ve Ameliyata Hazırlığına İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Dağılımı	47
Tablo-11 : Acil Olarak Gelen Hastaya Preoperatif Hazırlık Aşamasındaki Uygulamaların Uygun Seçeneğe Göre Dağılımı	48
Tablo-12 : Preoperatif Dönemde Hastanın Ameliyata Hazırlık ve Bakım Aşamasında Bilinmesi Gereken Sorulara Verilen Cevapların Uygun Seçeneğe Göre Dağılımı	49

## ÖZET

### **Afyon İlindeki Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Hastanın Bakımı ve Ameliyata Hazırlığı Hakkında Bilgi Düzeylerinin Saptanması.**

Araştırma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin preoperatif dönemdeki hastanın bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilgi düzeylerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmada, hemşirelerin bilgi eksikliklerini tespit ederek, bu konuda yapılması gereken hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesini sağlamak ve böylece cerrahi hastalarının bakım kalitesini yükseltmek amaçlanmıştır.

Araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Afyon Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi, Afyon Devlet Hastanesi ve Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi ve Çocuk Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan 78 hemşire üzerinde yapılmıştır. Bilgi toplama aracı olarak hazırlanan anket formu, araştırmacının kendisi tarafından hemşirelerle bire bir görüşülerek uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package of Science) programı kullanılmıştır. İstatistik analizinde t-Testi, Kruskal-Wallis Test ve Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Hemşirelerin bilgi puanları 100 puan üzerinden ortalama 77,6 puan bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin bilgi puanlarına etkileri istatistiksel olarak araştırılmış ve değerlendirme sonuçları tablolarda gösterilmiştir. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri olarak; yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, servis deneyimi olup-olmaması, konu ile ilgili hizmet içi eğitimi veren kişiye göre ve konu ile ilgili bilimsel organizasyonlara katılıp-katılmaması ele alınmıştır.

Hemşirelerin %71,8'i 30 yaşından küçük, %56,4'ü evli, %48,7'si çocuk sahibi, %64,1'inin servis deneyimine sahip olduğu, %39,7'sinin lisans mezunu, %51,3'ü hizmet içi eğitimi hemşireden aldığı, %15,4'ünün bilimsel organizasyonlara katıldığı saptanmıştır.

Araştırma grubumuza katılan hemşirelerin üniversite hastanesinde çalışmaları, bekar olmaları, lisans mezunu olmaları, hizmet içi programlarını kendi meslek gruplarından almaları ve konu ile ilgili bilimsel organizasyonlara katılma durumlarının bilgi puanını yükselttiği saptanmıştır.

Bilgi düzeyi düşük olan hemşirelerin ise çocuk sahibi olduğu, yaşlarının ve servis deneyiminin fazla olduğu saptanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** ameliyat, bilgi düzeyi, hemşirelik, preoperatif dönem, preoperatif hazırlık ve bakım



## SUMMARY

### **The Evaluation Of The Nurses Regarding The Preoperative Nursing And The Preparation Of The Patients To Operations At Surgical Clinics in Afyon.**

Research is planned in a descriptive way to investigate the nurses' level of knowledge regarding patient care and the process of getting the patient ready for the operation during preoperative stage. The aim is to find out the shortage of knowledge and then giving way to in-service education programs which therefore will hopefully enhance the quality of patient care at surgery clinics.

A total number of 78 voluntary nurses who are working surgery clinics within Afyon Kocatepe University - Ahmet Necdet Sezer Hospital, Social Insurances Association Hospital, Afyon State Hospital and Afyon Zübeyde Hanım Maternal and Pediatrics Hospital were involved in the survey. The questionnaire which was the only tool to collect data was applied by the researcher with the technique of interview. During the evaluation period of the collected data SPSS (Statistical Package of Science) program was used. The statistical analysis of the data consists of t-Test, Kruskal-Wallis Test and Mann Whitney U Test. The average score of the nurses was found out to be 77,6 %.

The effect of the nurses' background on the scores they achieved was analyzed statistically and the evaluation results were shown in tables. Among the descriptive qualifications of the respondent nurses, their age, education, marital status, number of children, experience, attendance to in-service education programs are questioned.

It was found out that 71,8 % of the nurses are below 30, 56,4 % are married, 48,7 % have children, 64,1 % have clinical experience, 39,7 % has BSc degree, 51,3 % have received in-service education from a nurse and 15,4 % have attended scientific organizations.

Also, it was found that the nurses' qualifications regarding that they work at the university hospital, they are single, they have BSc degree, they receive in-service education program on their own field and their interest in participating scientific organizations increase their level of knowledge scores.

In contrast, the nurses who scored less seemed to have children and their age and their experience were superior than the other group of nurses.

**Key words:** surgery, level of knowledge, nursing, preoperative stage, preoperative preparations and care



## 1. GİRİŞ

Dünyada her alanda gözlenen değişim ve gelişmeler doğal olarak sağlık bakımına ve hemşireliğe yansımaktadır (1).

Toplumdaki hızlı nüfus artışı, toplum gereksinimi doğrultusunda ortaya çıkmış olan hemşirelik mesleği kendi içinde, toplumun değişimine, gelişimine paralel olarak farklılaşmalar göstermektedir (2,3). Başlangıçta hemşireden yalnızca hasta olan bireyin bakımını ve rahatını sağlaması gibi toplum sosyal yapısının kadına yüklediği görevler beklenirken; modern toplumda bu beklentilere ek olarak çok farklı niteliklerde katılmıştır (2,4). Hemşirenin hasta ve sağlıklı bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarına yanıt bulabilmesi, meslek içi, meslekler arası iyi ilişkiler kurabilmesi, teknolojik girdileri kullanabilmesi, tüm mesleki birikimini en iyi şekilde sergileyebilmesi gibi entelektüel ve davranışsal becerileri göstermesi çağdaş toplumun beklentileri olarak sıralanabilir (2).

Dünya sağlık örgütü, sağlığı “sadece hastalık halinin olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır” şeklinde tanımlamıştır (5,6). Hastaya verilecek hizmette, hemşirenin hasta ile iyi bir iletişim kurması önemlidir (7). Hemşire ile hasta arasındaki ilişki gelişi-güzel ilişki değil, hasta bireyin davranışlarının anlaşılmasını, bireyin nasıl bir yardıma gereksinimi varsa onun karşılanmasını gerektiren bir ilişkidir (4). Etkileşimli iletişimin kullanımı hemşire-hasta ilişkisini güçlendirebilir, böylece hasta ve personele fayda sağlar (8-10).

Çağdaş sağlık sistemi içinde hemşireliğin amacı; sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması ve en kısa zamanda bağımsız duruma gelmesini sağlamak için gerekli bilgi, istek ve performansa kavuşmasına yönelik etkinlikleri kapsar (11). Hemşirelik; bütün sağlık kuruluşlarında ve toplumda her yaştaki bireylerin sağlık düzeyinin yükseltilmesi, iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve fiziksel-psikolojik problemleri olan bireylerin bakım gereksinimlerini kapsar (12). Kapsamlı hemşirelik bakımı anlayışı, hasta bireyin fizyolojik, psikolojik, ailesel, sosyo-ekonomik ve kültürel yönden bir bütün olarak ele alınmasıyla bakımın ona göre şekillenmesini içerir (11).



Modern toplumlarda ameliyat hastalıkların tedavisinde ve sağlık standartlarının yükseltilmesinde yaygın bir metod haline gelmiştir (9). Günümüzde cerrahi sürecin daha etkili ve daha az tehlikeli olmasına yönelik sürekli araştırmalar yapılmaktadır (13).

Ameliyat öncesi hazırlık, hastanın ameliyat olması kararının alındığı hasta-hekim iletişimi ile başlar, ameliyathane hemşiresine teslim edilmesi ile sonlanır (14,15). Hastanın cerrahi girişim kararının alınması, cerrahi servise kabul edilmesi ile başlayan ameliyat öncesi hazırlık devresinde hasta ile yakın temas içinde olan hemşire, hasta ve ailesini hayatlarında oluşan bu değişik dönemi olabildiğince rahat ve uyum içinde geçirmesinde etkin olabilecek kişilerden biridir (8,9). Hastanın duygularını açıklamada kendisini serbest hissetmesinin sağlanması, sormak istediklerini sorabilmesi için cesaretlendirilmesi, hasta ve ailesine güvenilir bir ortamda oldukları duygusunu verecektir (5).

Yakın zamana kadar hastaneye yatma nedenleri içinde oldukça küçük bir paya sahip olan cerrahi girişimler bugün artık sağlığın sürdürülmesi/yeniden kazanılması, yaşam süresinin uzatılması ve fiziksel imajda olumlu değişikliklerin oluşturulmasında etkin ve geçerli bir tedavi yöntemi olarak ele alınmaya başlanmıştır (11). Cerrahi yolla yapılacak tedavinin başarılı bir sonuca ulaşması istenilen ve beklenilendir (5). Cerrahi yöntemlerle tedaviden hastanın beklentileri, öncelikle hastalığın getirdiği ağrı ve acıdan kurtulmak, yaşam süresini uzatmak, normal yaşamına üretken ve sağlıklı bir biçimde en kısa zamanda dönebilmektir (5,9).

Cerrahi hastasının fiziksel ve psikolojik açıdan ameliyatın etkilerine karşı koyabilecek en iyi durumda ve çıkabilecek sorunlarla baş edebilecek şekilde hazırlanması; girişimin başarı oranı üzerinde, girişimin bilgi ve beceri ile gerçekleştirilmesi kadar etkilidir (16). Ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımının kusursuz ve nitelikli biçimde gerçekleştirilmesi de cerrahi girişimin başarısını etkileyen en önemli faktördür. Ameliyat işlemi cerrahi hastasının bütün olarak tedavi edilme sürecinin ancak bir bölümünü oluşturur. Ayrıca güvenilir tanı yöntemlerinin kullanılması, hastaların kesin ve doğru değerlendirilmesi de cerrahi girişimin başarı oranını önemli ölçüde artırır (11).

Hasta olmak ve hastaneye yatmak bireyin yaşamını birçok yönden etkiler, kaygı ve endişelerini artırır (17,18). Hastalık, hastaneye yatma ve özellikle ameliyat

olgusu bireyler tarafından sağlığa ve yaşama karşı bir tehlike olarak algılanan yıkıcı bir yaşam deneyimidir (19). Ameliyat, hasta üzerinde hem fizyolojik, hem de psikolojik etki bırakır (20). Tüm ameliyatlar, hasta ve ailesi için olumsuz bir yaşam deneyimidir. Bireyin hastanede yabancı bir ortamda olması, ailesi veya işinden ayrı kalması, tanıdığı insanlardan veya çevreden uzaklaşması sonucu oluşan iletişim kopukluğu ve hastanede uygulanan işlemler, hastalığın ya da ortamın getirdiği bağımlılık hasta bireyde stres yaratabilecek nedenlerden bazılarıdır (11,17). Hasta rolü ve hastalığın yarattığı bağımlılık, ağrı, bedendeki değişiklikler, beden kontrolünün kaybı, yabancı ve çoğu kez mekanik bir ortamda bulunma, günlük yaşamdan kopma gibi kayıplar ve sorunlar hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüklerine yönelik tehdit oluşturur, benlik saygılarını azaltır (6,9).

Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini; yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyim, yapılacak operasyon tipi, büyüklüğü etkiler ve hastadan hastaya değişiklik gösterir (1,10,15). Bilgi sağlamak, hastaların endişe seviyelerini, hastane yatış periyotlarını ve aldıkları bakım hakkındaki hasta şikayetlerini sürekli olarak azaltmıştır (8).

Çalışmalar anksiyetenin vücutta iyileşmeyi geciktiren biyokimyasal değişikliklere neden olduğu, bu nedenle ameliyat öncesi bireye verilen eğitimin anksiyeteyi azaltarak iyileşmeyi hızlandırdığını göstermektedir (21-23). Hastanın ameliyat öncesi dönemde psikolojik olarak hazırlığı kendisine duygusal bir destek sağlar, ameliyat sonrası dönemde anksiyete ve ağrı düzeyini, kullanılan analjezik sayısını ve dozunu azaltır, hastanede kalış süresini kısaltır, normal aktivitesine daha kısa sürede dönmesini sağlar (15).

Ameliyat olacak hastanın kendi içinde yaşadığı yoğun çatışmalar hastaların ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanan planlı bir ameliyat öncesi bakımla en aza indirilebilir (6).

Hastayı psikolojik ve fizyolojik yönden bir bütün olarak ele almanın yanı sıra, cerrahideki ekip işbirliğinin de hasta bakımına yansıdığı ve bakım bütünlüğünü etkilediği bilinen bir gerçektir (24,25). Yapılan çeşitli çalışmalarda, cerrahi ekibin hasta ile ilgili yeterli bilgi alış verişinde bulunması, ekip içinde hemşirenin iyi bir iletişim kurabilmesi, hemşire sayısı ve malzemenin istenilen düzeyde olması, hasta

bakım hizmetinde bütünlüğün sağlanmasına, bakım kalitesinin artırılmasına ve hemşirenin mesleki gelişimine önemli ölçüde katkı verdiği belirtilmektedir (11). Bu doğrultuda hemşirenin vereceği kapsamlı bakımın ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonları azalttığı, iyileşme sürecini hızlandırdığı ayrıca anksiyete, korku ve ağrı duygularını baş edilebilir duruma getirdiği yapılan çeşitli çalışmalarla saptanmıştır (6,26).

Ameliyat öncesi bakımda amaç; hasta bireyi gerek fiziksel gerekse psikolojik açıdan ameliyatın etkilerine karşı en iyi şekilde hazırlamak ve normal sağlığına kavuşmasını sağlamaktır (27,28). Ameliyat sonrası komplikasyonların en aza indirilmesi, hastanın kendi tedavisine istekle katılımı ve cerrahi girişim için maksimum güvenlik koşullarının sağlanması gibi konular ameliyat öncesi hasta bakım planının temel amacını oluşturur (5).

Özetle, cerrahi girişimler belli sorunları çözümlerken yeni sorunlar yaratabilir. Hastanın ortaya çıkabilecek sorunlarla baş edebilmesi iyi bir şekilde desteklenmesine bağlıdır (13).

Bir insanın denge sistemleri ne kadar yeterli olursa olsun ameliyat beden bütünlüğüne yöneliktir ve bu nedenle hastalarda gerilim yaratabilir. Ameliyat olan hastaların, ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeden iyileşmeleri iyi bir hemşirelik bakımı ile mümkün olabilir. Ancak bu konuda hemşirelerin iyi bir bakım verebilmeleri için yeterli bilgiye sahip olmaları ve bilgiyi uygulamaya aktarmaları ile gerçekleşebilir (29).

Toplumdaki yenilikleri ve gelişmeleri izleme, araştırma yapma, bunların sonuçlarından yararlanma, hemşirelik deneyimlerini paylaşma, yeni gelişmelere göre hemşirelik bakım standartlarını belirleme gibi fonksiyonlar hemşirenin mesleğine karşı olan sorumluluklarıdır. Hemşirenin bu sorumlulukları yerine getirebilmesi, öncelikle hemşirelik eğitiminde mesleki bilgi, beceri ve tutumların kazandırılmasına temellenir (3).

Hasta bakım kalitesinin artırılmasında bu sonuçlarla birlikte, hemşirelerin; eğitimle kazandığı bilgi ve uygulamalarının sürekliliğini sağlamaları hemşirelik mesleği ve sağlık alanındaki değişimleri ve gelişmeleri izlemeleri de gereklidir (11,30). Bu sonuçların belirleyici araştırmalar yapılarak değerlendirilmesi ve sonuçlarının meslek üyeleri ile paylaşılmasının mesleki gelişim ve bu gelişim

sonuçlarının hasta bakımına aktarılması açısından göz ardı edilmeyecek faydaları vardır (11).

Hemşireler hizmet, eğitim, danışma ve araştırma görevlerini tam olarak yerine getirebildikleri zaman profesyonel niteliklerini ortaya koyma ve benimsetme şansını elde edebileceklerdir. Profesyonel hemşirelerin amacı: “sağlığı korumak, geliştirmek, hastalara daha verimli, kaliteli hemşirelik bakımı vermek, insanımıza hak ettiği hizmeti en iyi biçimde sunmaktır”. Lisans düzeyinde eğitim alan hemşirelerimiz bu amaca ulaşabilecek en iyi niteliklere sahip hemşire grubunu oluşturmaktadır (31).



## 2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Cerrahi kliniklerinde uygulanan hemşirelik girişimleri temelinde, hastaların planlanan ameliyata hazırlanmaları, güvenli koşullarda girişimin sürdürülmesi ve sorunsuz bir ameliyat sonrası dönemin gerçekleştirilmesinde odaklanır (14).

Ameliyat öncesi dönemde hasta bakımı ve ameliyata hazırlığının, sayılan yararlarından dolayı hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde hasta bakımı ve ameliyata hazırlığına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek ve bu konudaki bilgi gereksinimlerini belirlemek, cerrahi hastalarına daha fazla yardımcı olmak amacı ile bu araştırma planlanmıştır.

Araştırma, Afyon İlindeki A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. Ve Arş. Hastanesi (Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi), Afyon S.S.K. Hastanesi (Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi), A.D.H. (Afyon Devlet Hastanesi) ve Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi ve Çocuk Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin; hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### 3. GENEL BİLGİLER

Ameliyat, muayene ve tanı yöntemleri ile tanı konulamayan direk açılıp görülmesi veya biyopsi alınması gereken hastaların teşhisi ya da obstrüksiyon, erozyon, ülser, tümör, perforasyon veya dışarıdan yaralanmalarda vücut bütünlüğünün bozulması durumlarında tedavi amacıyla yapılan tüm cerrahi işlemleri kapsar (11,13).

#### 3.1. Cerrahinin Sınıflandırılması

Cerrahiye sınıflandırmada; cerrahi girişimin amacı, hasta için taşıdığı risk ve aciliyeti esas alınabilir.

Cerrahi, tanı (diagnostik), bakıp görme (eksploratif), tedavi (küratif) ve semptomları azaltma (palyatif) amacıyla uygulanabilir.

\* **Tanı (Diagnostik):** Tahmin edilen tanıyı kesinleştirmek amacıyla yapılır, en bilinen örneği biyopsidir.

\* **Bakıp görme (Eksploratif):** Hastalığın genişliğini belirlemek ve tanıyı desteklemek amacıyla uygulanır. Örneğin eksploratif laparotomiyle, cerrah batını açarak batın bölgesini ve batındaki organları inceleyerek tanıyı kesinleştirir ve ameliyata ihtiyaç olup olmadığını belirler.

\* **Tedavi edici (Küratif):** Tahrip olmuş, hastalıklı ya da doğuştan (konjenital) bozuk olan doku ya da organın çıkarılması ya da onarılması amacıyla uygulanır.

\* **Ablatif cerrahi:** Hasta organın çıkarılmasıdır. Örneğin böbreğin çıkarılması (nefrektomi).

\* **Rekonstrüktif cerrahi:** Tahrip olmuş doku ya da organa, kısmen ya da tamamen eski orijinal görünümünün ve fonksiyonunun kazandırılmasıdır.

\* **Konstrüktif cerrahi:** Doğuştan bozuk olan organın görünüm ve fonksiyonunu düzeltmek amacıyla uygulanır. Örneğin, konjetinal yarık damağın plastik ameliyatı.

\* **Semptomları azaltma (Palyatif):** Esas sorun tedavi edilmez, semptomlar azaltılmaya çalışılır. Örneğin ameliyat edilemeyecek durumdaki bağırsak

kanserlerinde kolostomi açılması ya da aşırı ağrıyı azaltmak için hasta organın sinirinin kesilmesi (1,9,13,32).

### **3. 2. Cerrahi Hastalarında Risk Faktörleri**

Cerrahi risk, ameliyattan kaynaklanacak olan hasta olma ya da ölüm ihtimalidir (13). Hastanın genel sağlık durumu iyi ise risk durumu çok azdır (33).

Ameliyat olacak hastada cerrahinin risklerini etkileyen 4 genel faktör (13):

- \* Hastanın fiziksel ve emosyonel durumu
- \* Hastalığın süresi
- \* Cerrahi işlemin büyüklüğü
- \* Cerrahi ekibin başarısıdır.

Hastadan alınan anemnez ve yapılan laboratuvar tetkikleri ile muayene sonuçlarına bakılarak hastanın genel durumu düzeltildikten sonra, hasta ameliyata alınmalıdır (11).

### **3. 3. Cerrahinin Hasta Üzerindeki Etkileri**

Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkiler. Her ameliyat kendine özel sorunlar yaratabilir. Bunun yanı sıra ameliyatın hasta üzerinde bazı genel etkileri vardır. Bu etkiler; ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesidir (13).

#### **3. 3. 1. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması**

Ameliyata bağlı stres tepkisinin oluşmasında hem psikolojik hem de fizyolojik stresörler rol oynar (9,19). Ameliyata bağlı stres tepkisinin oluşmasında hem psikolojik (anksiyete, bilinmeyen korkusu gibi) hem de fizyolojik (kan kaybı, anestezi, hareketsizlik gibi) stresörler rol oynar (13,19). Stres tepkisinin büyüklüğü, stresörlerin büyüklüğü ile ilişkilidir.

Ameliyat için hastaneye yatmak, pek çok kişi için orta derecede stres yaratabilir. Ameliyat olmayı beklemek, ameliyat öncesi dönemde nöro-endokrin tepkinin gelişmesine neden olabilir ve bu durum hem fizyolojik olarak örneğin kalp



hızının artması, kan basıncının yükselmesi hem de psikolojik olarak iştahsızlık ve halsizlik gibi davranış değişikliği belirti ve bulgularıyla izlenebilir.

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

Stres tepkisi bedeni ameliyat travmasından korur. Bu tepkinin etkinliği ise, ameliyat olacak kişinin yaşı, fizyolojik ve psikolojik durumu ve stresin süresi ile ilişkilidir (13). Yaşlı, fizyolojik ve psikolojik sorunları olan ve uzun süre stres altında kalan kişiler ameliyat stresi ile iyi bir şekilde baş edemezler (33). Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastanın fizyolojik ve psikolojik olarak en iyi duruma getirilmesi önem kazanır. Uzun süre stres altında kalmak da stres tepkisini kötü yönde etkileyeceğinden, hemşire gerekli açıklamaları yaparak ve iyi bir bakım vererek hastanın ameliyat travmasıyla etkin bir şekilde baş edebilmesine yardımcı olmalıdır (13).

### **3. 3. 2. Enfeksiyona Karşı Direncin Azalması**

Bedenin mikroorganizmalara karşı ilk savunma hattını deri oluşturur (1,15). Deri sağlam olduğunda mikroorganizmalar bedene kolaylıkla giremez (13). Ameliyat, derinin oluşturduğu bu savunma hattını bozarak enfeksiyona neden olabilir (15). Sağlık ekibi üyeleri enfeksiyonu önleyici tedbirleri alsalar bile, ameliyat olacak hastalar için enfeksiyon riski daima vardır (13).

### **3. 3. 3. Vasküler Sistemin Bozulması**

Ameliyat sırasında dokuların kesilmesi kan damarlarının da kesilmesine neden olur. Kan kaybını azaltmak için büyük damarlar kesilmeden önce klemplenir. Tüm ameliyatlarda bir miktar kan kaybı olur. Kan kaybının en aza indirilmesi ya da kontrol edilmesi hemostaz olarak bilinir. Aşırı kan kaybı ameliyat sırasında ya da ameliyat sonrası dönemde şoka neden olabilir (9,13).



### 3. 3. 4. Organ Fonksiyonlarının Bozulması

Ameliyat sırasında organların ellenmesi (explore edilmesi), organ fonksiyonlarının geçici bir süre bozulmasına neden olabilir. Örneğin; batin ameliyatlarından sonra bağırsak hareketleri (peristaltizmi) bir süre durabilir (9,13).

### 3. 3. 5. Beden İmajının Değişmesi

Beden imajının oluşumu erken çocukluk döneminde başlayıp yaşam boyu devam eder. Beden imajı, çeşitli faktörlere dayalı bir benlik duygusudur. Bu faktörler:

- \* Dış görünüm,
- \* Bedene ilişkin iç duyular,
- \* Akrabaların, arkadaşların tepkileri ve
- \* Bedenin belli kısımlarına bireysel olarak verilen anlam ve önemdir (örneğin, göğüslerin kadınlık özelliği olması) (13).

Şekil bozukluğuna neden olan bir ameliyat ya da şekil bozukluğuna neden olmayıp psikolojik ya da sembolik önemi olan bir organın çıkarılması (örneğin, uterusun çıkarılması) beden imajında değişikliklere neden olabilir (9,13). Ameliyat beden imajında değişikliklere neden olacaksa ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaya danışmanlık hizmeti verilerek yardımcı olunmalıdır (13).

### 3. 3. 6. Yaşam Tarzının Değişmesi

Bazı ameliyatlar hastanın yaşam tarzında köklü değişikliklerin yapılmasını gerektirebilir. Örneğin, larenjektomi ameliyatı uygulanan bir öğretmen ya da bacağı ampute edilen bir şoförün yeni bir meslek edinmeleri gerekir (13).

## 3. 4. Günübirlik Cerrahi

Cerrahi girişim yapılan hastanın aynı gün hastaneye gelmesi ve 24 saatlik zaman dilimini tamamlamadan hastaneden evine gönderilmesi günübirlik cerrahi (day surgery) olarak algılanmalıdır (34).

Günübirlik cerrahide hastalara preoperatif hazırlık ve postoperatif bakımda daha fazla sorumluluk düşmektedir. Hemşireler hastaları taburcu ederken kendi bakımları ve sorumlulukları için hazırlamaları gerekmektedir. Bu nedenle günübirlik cerrahi hastalarına bakım veren hemşireler, hastaların tam olarak hazırlanmasında

üzerlerine önemli sorumluluklar almaktadır. Bu sistemde hastalara daha fazla bireysel bakım verilmektedir (35).

Preoperatif hazırlıkta ameliyat öncesi gereken testler için, hastalar ameliyattan en az bir hafta önce hastaneye çağrılıp bu testler yapılmalıdır. Bu ameliyatın son anda ertelenmesini önlemeye yardımcı olmaktadır (34,35).

Günübirlik cerrahi hastalarının ihtiyaçları hastaneye yatan hastalardan farklıdır ve bu açıdan bakılmalıdır. Çünkü günübirlik cerrahi hastalarının çoğu temelde sağlıklıdır ve hastanede çok az zaman geçirirler. Bu nedenle hastaların ve hemşirelerin beklentileri, rolleri değişmektedir. Günübirlik cerrahi hastası için tıbbi bakım bir gün içerisinde olmakla beraber, hastanın ameliyat sonrası iyileşmesi hastaneye yatan bir hasta gibi aynıdır.

Kendi kendine bakım aktiviteleri streslidir. Rutin yapılan işlemler hakkında bilgi, postoperatif işlemlerin tamamen anlaşılması ve sorumlulukların yerine getirilmesi, günübirlik cerrahinin sonuçlarını etkileyecektir (35).

Günübirlik cerrahide, hemşirenin bilgilendirme ve eğitimi tam olmalıdır. Özellikle hastanın psikolojik olarak hazır hale getirilmesinde temel görev hemşirelerindir (34). Günümüzde hasta eğitimini sağlamak profesyonel hemşireliğin sorumluluğu ve kaliteli hemşirelik bakımının temel bir parçasıdır (35,36). Mükemmel hemşirelik bakımını uygulama fırsatı hastanede kalmanın uzunluğuna bağlı değildir (35). Hastanede önceden alınan eğitim evdeki düzelmeye karşı güven artışına ve günübirlik cerrahiye olan eğilimi artırmaktadır (36).

Hastaların geçirecekleri ameliyatla ilgili bilgi sahibi olmaları en doğal hakları olmakla birlikte onların bilgilendirilmeleri sağlık hizmetinin kalitesi açısından da zorunludur (34). Hasta ve ailesine ameliyat günü yapılacak işlemler, ne giyeceği, ne getireceği, ameliyat sonrası hastanın eve taşınmasında yardımcı olacak aile bireylerinden birisi ile gelmesi, hastaneye ne zaman geleceği ve ameliyat saati bildirilmelidir (10).

Hekim hasta seçimi yaparken, kronik bir hastalığının bulunmamasını, hastanın çok yaşlı olmamasını, fizik durumunun uygun olmasını temel kriterler olarak görmektedir. Hastaya yakınları tarafından evde verilecek destek, ev-hastane arasındaki uzaklık, hasta ile yakın ilişki kurulabilmesi, çevre koşulları ve hastanın yakın ilişki kurabilecek kişilik yapısı bunlar arasında sayılabilir (34,35,37,38). Aynı

zamanda hastanenin lokal ve genel koşullarının bilinmesi de karar vermekte önemlidir. Hastayla yapılan ilk görüşme ile ameliyat arasındaki süre 12 haftayı geçmemelidir (34).

Günübirlik cerrahiye eğilimin temel nedenleri şunlardır:

- \* Hasta ekonomisi,
- \* Anestezi tekniği ve ilaçlarındaki gelişmeler,
- \* Cerrahi düşünce ve teknikteki gelişmeler,
- \* Hastanın evinin rahatlığını ve konforunu istemesi,
- \* Hastanın anksiyete duymaması,
- \* Ameliyat programının daha iyi ve kolay yapılabilmesi,
- \* Hastanın normal işine ve günlük aktivitesine erken dönebilmesi,
- \* Ülkenin genel sağlık giderlerindeki azalma,
- \* Hastane yatağının daha ciddi hastalara ayrılabilmesi,
- \* Nazokomiyal enfeksiyonlardan korunma (34,35,37,38).

Günübirlik cerrahide, yaşam minimal derecede bozulmuş, anksiyete azalmıştır (34,38). Hekim açısından mortalite ve morbiditeye yol açan, ekonomik giderleri artıran nazokomiyal enfeksiyon (hastane enfeksiyonu) oranındaki azalma önemlidir. Nazokomiyal enfeksiyondan korunmak için hastanede az yatmak ve girişime maruz (kateterler gibi) kalmamak önemlidir (34).

Preoperatif eğitim ile ilgili araştırmalarda, hastalarda daha az komplikasyon, hastanede kalış süresinin azaltılması, hasta memnuniyetinde artma, işe dönmenin daha çabuk olması gibi yararlarının olduğu tutarlı bir biçimde gösterilmiştir (35).

Anksiyete nedeniyle hastalara verilen bilgilerin bir kısmı unutulacaktır. Bu nedenle ameliyat ile ilgili talimatların değişik şekillerde sözel, görsel (filmler, slaytlar, video bantları) ve yazılı olarak verilmesi yararlıdır (34,35). Broşürdeki bu açıklamalar ile ilgili bilgiler hastaya imzalatıldığında bunu anladığı ve kabul ettiğini belirtir yasal bir form gibi kabul görmektedir (35).

Hastaların ve hasta ailelerinin bilgilendirilmesi anksiyetenin azaltılmasında etkili olduğu bildirilmektedir (36). Anksiyetesi giderilen hastanın; anlaması kolaylaşır, güven duygusu oluşur veya artar, ağrıyı daha az hisseder, genel ilaç gereksinimi azalır (34).

Taburcu olma planı hastayı ve aileyi hastane bakımından evdeki bakıma hazırlayan bir süreçtir. Taburcu etme planı kabulde başlar. Hastaya uygulanan ameliyatın tipi, premedikasyon kullanımı, kullanılan anestezi türü, hastanın taburcu olmak için hazır hale gelmesini etkileyen faktörlerdir (35).

Taburcu olacak hastaya ilaçların dozu, sıklığı ve yan etkilerinin belirtileri hakkında, ameliyatla ilgili ateş, enfeksiyon belirtileri, uzamış bulantı ve kusma, aşırı ve beklenmeyen kanama, zor idrar yapma, ağrı kesici ile geçmeyen ağrılar mutlaka kliniğe bildirilmesi gerektiği açıklanmalıdır (35,38).

Hastaya ve refakatçiye herhangi bir sorun olduğunda telefon edebileceği numara verilmelidir. Hastaya taburcu olduktan sonra uyacağı kurallar ile ilgili yazılı talimatlar verilmesi hasta ve ona bakan kişiye rahatlık sağlayacaktır.

Taburcu olan hastanın mutlaka yanında onu eve götüreceği ve ilk 24 saat ona bakım verecek bir refakatçisi olmalıdır. Hemşire hastayı taburcu olurken bu kişiye teslim etmelidir (35).

### **3. 5. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı**

Cerrahi kliniklerinde uygulanan hemşirelik girişimleri temelinde, hastaların planlanan ameliyata hazırlanmaları, güvenli koşullarda girişimin sürdürülmesi ve sorunsuz bir ameliyat sonrası dönemin gerçekleştirilmesinde odaklanır (14).

Hedefler;

- \* Hastanın servise adaptasyonunu sağlama,
- \* Hasta hakkında doğru ve ayrıntılı bilgi edinme,
- \* Ameliyat sonrası komplikasyonları önleme (1,14),
- \* Oluşan sistemik etkilerin tedavi ve bakımı, eksiklikleri giderme,
- \* Hastayı, hastalığı ve olabilecekleri konusunda bilgilendirme,
- \* İyileşmeyi destekleyecek hasta eğitimi,
- \* Tüm girişimlerde hasta katılımını sağlamadır (14).

### **3. 6. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım**

Amaç; hastanın psikolojik, fizyolojik ve sosyal açıdan olabileceği en iyi durumda ameliyat ile karşı karşıya gelmesini sağlamak, komplikasyon gelişmesini

engelleyerek kısa sürede bulunduğu topluma üretken bir biçimde geri dönmesine yardımcı olmaktadır (6,14,19,26).

Hemşirelik, bireylerin gereksinimlerini tanımaya, bunların karşılanmasına, bireyin fiziksel ve duygusal yönden bağımsızlaşmasına odaklanmıştır. Bu yüzden hastanın kendi başına yapabileceği hiç bir şeyi hemşire onun yerine ve onun için yapmaz. Ancak hasta bu gibi gereksinimlerini karşılayamayacak durumda ise, hemşire onun adına bu gereksinimlerin karşılanmasını sağlayacak hemşirelik girişimlerini uygular (7).

Ameliyat öncesi hazırlık, hastanın ameliyat olması kararının alındığı hasta-hekim iletişimi ile başlar, ameliyathane hemşiresine teslim edilmesi ile sonlanır (15,23). Cerrahi girişim kararı öncesi, hekim tarafından girişimin gerekliliği, uygulama biçimi ve olabilecekler konusunda hasta ve ailenin bilgilendirilmesi gerekir. Bu hastanın hem doğru karar almasını hem de uygulayıcılara güven duymasını sağlar (14).

Hasta, ameliyat öncesi tedavi ve bakım gereksinimine bağlı olarak, kliniğe ameliyattan birkaç gün önce yatırılabilir gibi birkaç hafta önce de yatırılabilir (9,27). Acil ameliyatlarda ve acil müdahale gerektiren durumlarda zamanın az olmasından dolayı bu hazırlıkların tümü uygulanamamaktadır (39).

Hemşirenin hasta ile görüşme yaparak ve hastayı gözleyerek elde edeceği veriler, preoperatif değerlendirmede; hastanın gereksinimlerinin saptanmasına, ameliyatın başarısına ve ameliyat sonrası bakım planının hazırlanmasına yardımcı olacaktır (1,16,33). Bakım planının hazırlanması, ameliyat riskinin ve postoperatif komplikasyonların azalmasına neden olur (32).

Hastanın cerrahi kliniğe yatırılması ile başlayan ameliyat öncesi hazırlık ve bakım dört yönden ele alınabilir:

- \* Psikolojik hazırlık,
- \* Fizyolojik hazırlık,
- \* Yasal hazırlık,
- \* Ameliyat öncesi eğitim (9,11,13,14,27).

### 3. 6. 1. Psikolojik Hazırlık

Psikolojik hazırlama ve hasta eğitimi, hastanın ameliyat deneyimi açısından önemlidir (40). Ameliyat hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır (10,19). Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir (16).

Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de, ameliyatın risklerinden korkarlar (6). Ameliyat öncesindeki anksiyete nedenlerinin en önemlilerinden birisi, bilinmeyen korkusudur (8,10). Bu dönemde hastalarda görülen diğer korkular arasında ameliyat sonrası ağrı, kanser olma ihtimali, organ kaybı, ölüm tehlikesi, anestezi tehlikesi, işini kaybetme, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma korkusu sayılabilir (23,41). Ameliyata ilişkin korkular her zaman ameliyatın büyüklüğü ile orantılı değildir. Ameliyatın küçük olması hastanın az korkmasını ya da korkmamasını gerektirmez (15).

Ameliyat olacak hastalar korkularını çeşitli davranışlarıyla ifade ederler; bazıları sakin ve içine kapalıdır, bazıları çocuk gibi bağımlı davranırlar ve bazıları hastalığını inkar edip belirti ve bulguları gizleyebilirler (16,27). Hemşire neyi gözlediğini ve gözlediklerinin ne anlama geldiğini bilmelidir. Yani hasta davranışlarının anlamını kavrayabilmelidir (7). Aşırı ameliyat korkusu önemli bir sorundur ve ameliyat öncesinde giderilmelidir. Hastanın korkularını açıklamasına fırsat verilmeli ve ameliyata ilişkin gerekli açıklamalar yapılarak hasta desteklenmelidir (11,16). Hemşirenin varlığı ve konuşmaları, bireyin sorunlarını anlamaya, gereksinmelerini tanımaya, karşılamaya ve baş etme davranışlarını geliştirmeye yöneliktir (7).

Hastanın anksiyete ve korkusu öğrenme yeteneğini, preoperatif eğitim ve prosedür sırasında yapılacak işbirliğini, operasyon öncesi ve sonrası anestezi miktarını etkiler (1).

Ameliyat öncesi dönemde psikolojik hazırlık:

- \* Anksiyeteyi gidermeye,
- \* Ameliyatta az anestetik, ameliyat sonrasında az analjezik kullanılmasına,
- \* Ameliyat sonrasında yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesine,
- \* Strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonların az salınmasına,

\* Ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olur.

Araştırmalar, psikolojik yönden iyi hazırlanan hastaların ameliyat travması ile daha iyi baş edebildiklerini, komplikasyonların daha az geliştiğini ve hastaların daha kısa sürede iyileştiğini göstermektedir. Preoperatif dönemde hastanede az kalmak; preoperatif anksiyeteyi, psikolojik ve fiziksel stresi ve postoperatif enfeksiyonları düşürür (16,24,39).

### 3. 6. 2. Fizyolojik Hazırlık

Hastaların fiziksel açıdan değerlendirilmeleri, hastalığın organizmada meydana getirdiği olumsuz etkileri, anestetik maddelerin eliminasyonu, ameliyat sonrası olabilecekleri belirleme ve tedavinin başarısı ile direkt olarak ilişkilidir (14). Ameliyat riskini en aza indirebilmek için hastanın genel sağlık durumu mümkün olan en iyi duruma getirilmelidir (11). Çünkü; cerrahi girişimin hasta üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler, hastalığın kapsamının yanı sıra hastanın genel sağlık durumuna da bağlıdır (14).

Fizyolojik Değerlendirme:

- \* Yaş,
- \* Ağrı,
- \* Beslenme durumu,
- \* Sıvı-elektrolit dengesi,
- \* Enfeksiyon,
- \* Kardiyovasküler fonksiyon,
- \* Pulmoner fonksiyon,
- \* Renal fonksiyon,
- \* Gastrointestinal fonksiyon,
- \* Karaciğer fonksiyonu,
- \* Endokrin fonksiyon,
- \* Nörolojik fonksiyon,
- \* Hematolojik fonksiyon,
- \* Kullanılan ilaç konusundaki bilgileri kapsar (1,9,16).



**3. 6. 2. 1. Yaş:** Çocuklar, gençler ve orta yaştaki erişkinler genellikle ameliyatı iyi tolere ederler, küçük bebekler ve yaşlıların ameliyat riski yüksektir (33).

Yaşlılar malnütrisyon ve dehidratasyona yatkın olduklarından yara iyileşmesi yavaştır (11). Bu nedenle, ameliyat öncesi dönemde yaşlı hastaların beslenme durumlarının ve sıvı-elektrolit dengelerinin düzenlenmesi ve sistemik bozuklukların kontrol altına alınması önem kazanır (16).

**3. 6. 2. 2. Ağrı:** Ağrı önemli bir fizyolojik belirleyicidir. Ağrının değerlendirilmesi ve izlenmesi başarılı ağrı kontrolünün ön koşuludur. Bunu yerine getirerek tedaviyi yönlendirecek kişi de ağrılı hastayı sürekli gözleme fırsatı olan hemşiredir. Hemşire, hastadan ağrının nasıl başladığını, nasıl azaldığını, ağrı düzenini tanımlamasını istemelidir. Ağrının tanımlanması kadar hastanın ağrıya tepkisinin de değerlendirilmesi önemlidir. Ülkemizde de ağrı kontrolü hekimin ilaç yazması, hemşirenin de analjezik uygulaması ile sınırlıdır (16,42). Ağrısı olan hastaya yapılacak hemşirelik müdahaleleri; rahatlama teknikleri, psikolojik destek, pozisyon, masaj, ilaç tedavisi, fizik terapisi, diğer sağlık personeli ile olan iletişim, hastaya sakin bir ortam sağlanması onu rahatlatır (9,18).

Postoperatif dönemde hasta kendini rahat, ağrısız ve konforlu hissetmek, ameliyatla ve postoperatif dönemle ilgili yeterli bilgilendirilmek ve hangi fiziksel konumda olduğunu bilmek ister. Tüm bu isteklerin gerçekleştirilebilmesi iyi bir preoperatif hazırlık ve postoperatif analjezi ile mümkündür (18).

Ağrısı kontrol altına alınmış hasta erken ayağa kalkacak dolayısıyla yatma ve hareketsizlik nedeniyle gelişebilen solunum ve dolaşım komplikasyonları görülmeyecek ya da az görülecek, iyileşme süresi hızlanacağı için hastanede kalış süresi kısılacak ve böylece hasta ve ülke ekonomisine katkısı olacaktır (39).

**3. 6. 2. 3. Beslenme Durumu:** Beslenme yara iyileşmesi, enfeksiyona karşı direnç, fiziksel ve psikolojik bilinç, vücut direnci, sıvı-elektrolit dengesi üzerine etkilidir (9). Hastanın ameliyat öncesi dönemdeki beslenme durumu, ameliyat riskinin belirlenmesinde önemlidir (11). Ameliyat öncesinde beslenmesi iyi olan hasta, ameliyat stresi ile daha kolay baş edebilir ve kısa sürede iyileşebilir (16). Ameliyat



öncesi dönemde beslenmeye ilişkin iki önemli sorun; protein, demir ve vitamin yönünden yetersiz beslenmiş olmak ve şişmanlıktır (15).

Şişman hastalar, ameliyat acil değilse, ameliyat öncesi dönemde normal kilolarına indirilmelidir. Şişman hastaların ameliyat riski yüksektir. Hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği ve diyabetes mellitus gibi metabolik sorunlar şişman hastalarda sık görülür (14,43). Şişman hastalarda yağ dokunun fazla olması, teknik açıdan güçlük oluşturur. Ameliyat yarası normalden daha geniş olur ve yara iyileşmesi gecikir (1). Bu nedenle ameliyat sonrası, insizyonel herni ve yara açılması riski yüksektir. Ayrıca şişman hastaların solunum adeleleri etkin fonksiyon göremediğinden, pulmoner komplikasyonlar da gelişebilir (10, 43).

Beslenme yetersizlikleri sıklıkla, kronik hastalığı olan, kanserli, ishal ve kusma gibi gastrointestinal sorunları bulunan ileri yaştaki hastalarda görülür (1). Bir hastanın diyeti, enerji ihtiyacını karşılamak ve yara yeri iyileşmesini kolaylaştırmak amacıyla ameliyat öncesi dönemde protein bakımından yüksek, karbonhidrat, vitamin ve yağ olarak da yeterli bir diyet olmalıdır (16).

Malnütrisyon, komplikasyonları, yara iyileşmesini, enfeksiyon oluşmasını, hastanede kalış süresini ve mortaliteyi önemli ölçüde artırır. Ciddi beslenme bozukluğu olan hastalar kısa süreli bir preoperatif nütrisyonla fayda görürler (32). Ağızdan alamayan hastalara total parenteral beslenme ya da enteral beslenme uygulanabilir. Besinler, parenteral beslenmede, IV (intravenöz) yolla; enteral beslenme de bir tüp aracılığıyla doğrudan gastrointestinal sisteme (GİS) verilir (16).

**3. 6. 2. 4. Sıvı-Elektrolit Dengesi:** Sıvı-elektrolit dengesi hücrelerin normal fonksiyonlarını sürdürebilmeleri yani yaşam için gereklidir. Bedendeki tüm sistemler sıvı-elektrolit dengesini sürdürecektir şekilde fonksiyon görerek sağlığı güvence altına alırlar (16).

Var olan sıvı-elektrolit yetersizlikleri, hipovolemi oluşumunu hızlandıracağından ameliyat öncesi dönemde giderilerek risk olasılığı engellenir (32). Bu nedenle, ameliyat öncesi dönemde sıvı-elektrolit dengesizlikleri kesinlikle düzeltilmelidir. Belirlenmesinde laboratuvar verileri yol gösterici olur. Ameliyat öncesi hastanın aldığı-çıkarıldığı takibi dikkatli yapılmalıdır (11,14).

**3. 6. 2. 5. Enfeksiyon:** Enfeksiyon ameliyat öncesi tedavi edilmelidir (1,43). Her enfeksiyon, basit bir soğuk algınlığı bile ameliyatı kötü yönde etkileyebilir. Ayrıca ameliyat yapılacak yer, enfeksiyonun drene olduğu lenf düğümlerine yakınsa, ameliyat sonrasında yara enfeksiyonu riski artar (32). Bu yüzden cerrah ve hemşire hapşırık, öksürük, boğaz yangısı, yüksek ateş ve deri lezyonları gibi bulguları enfeksiyon yönünden değerlendirmelidir. Gerek duyulursa ameliyat ertelenebilir (16).

**3. 6. 2. 6. Kardiyovasküler Fonksiyon:** Kardiyovasküler hastalık şüphesi olanlar, ameliyat öncesinde kan basıncı, nabız hızı ve ritmi, çarpıntı, yorgunluk, ödem, ekstremitelerde ısı ve renk değişimi, halsizlik ve nefes darlığı yönünden değerlendirilmelidir (1). Kardiyovasküler sorunu olan hasta ameliyat öncesi dönemde tedavi edilmelidir (16).

**3. 6. 2. 7. Pulmoner Fonksiyon:** Anfizem ve bronşektazi gibi pulmoner hastalıklar CO<sub>2</sub> ve O<sub>2</sub> değişimini engelleyerek ameliyat riskini artırır. Pulmoner enfeksiyonların gelişmesine neden olurlar (1,11).

Pulmoner fonksiyon bozukluklarını saptayabilmek için hasta; nefes darlığı, hırıltılı solunum, göğüs ağrısı ve öksürürken bol miktarda temiz ya da pürülan balgam çıkarması yönünden gözlenmelidir. Ayrıca hastanın sigara içme durumu, solunum alerjisi ve solunum enfeksiyonu da araştırılmalıdır (1,43).

Pulmoner fonksiyon bozukluğu olan hastalara ameliyat öncesi dönemde aerosol (sprey) tedavisi, postüral drenaj, antibiyotik uygulanabilir (16). Hastanın sigara içmesi yasaklanır ve ameliyat sonrası solunum komplikasyonlarını önlemek için derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretilir (39).

**3. 6. 2. 8. Renal Fonksiyon:** Ameliyat olacak hastanın renal fonksiyonu; sıvı-elektrolit dengesinin korunması ve artık ürünlerin bedenden atılabilmeleri için yeterli olmalıdır (1).

Renal yetmezlik, akut nefrit ve prostat hipertrofisi ameliyat riskini artırır. Yaşlı erkeklerde prostat hipertrofisi idrar akışını engelleyerek, üriner enfeksiyona neden olur (16).

Renal fonksiyonu değerlendirmek için hasta; sık idrar, dizüri ve anüri yönünden gözlenmeli, idrar tetkiki ve kan üre nitrojeni (BUN) ya da nonprotein nitrojen (NPN) testleri yapılır. Ayrıca idrarın kokusu ve görünümü (açık sarı, bulanık ya da kanlı) değerlendirilmelidir (1,11).

**3. 6. 2. 9. Gastrointestinal Fonksiyon:** Sıvı-elektrolit dengesizliklerinin büyük çoğunluğunu GİS'den kaynaklanması nedeniyle, ameliyat olacak hastanın GİS fonksiyonu yönünden değerlendirilmesi önemlidir (33). Hastanın kusması, kusmuğun kanlı ya da yeşil olması; bağırsak alışkanlıklarında değişiklik ve rektal yolla kanama olup olmadığı değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesi dönemde, GİS'e yönelik sorunlar tedavi edilmeli ve sıvı-elektrolit kayıpları varsa karşılanmalıdır (16).

**3. 6. 2. 10. Karaciğer Fonksiyonu:** Karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında, ilaçların detoksifikasyonunda ve pıhtılaşmada rol oynar (10). Ayrıca karaciğer fonksiyonları yetersizse, yara iyileşmesi gecikir ve enfeksiyon ihtimali artar. Karaciğerin, siroz gibi ciddi hastalık durumunda ameliyat riski önemli derecede artar (43). Bu hastalar genellikle zayıf ve kötü beslenmiş olduklarından ameliyat öncesinde, hastalara yüksek kalorili diyet, IV sıvılar ve vitaminler verilebilir (16).

**3. 6. 2. 11. Endokrin Fonksiyon:** Endokrin bezlerin fonksiyonu, özellikle tiroid bezin fonksiyonu, ameliyat riskini en aza indirmek için değerlendirilmelidir. Hipertiroidizm, ameliyat sırasında ve sonrasında tiroid krizine neden olabilir. Hipotiroidizm de ise anestezi sırasında hipotansiyon ve kardiyak arrest gelişebilir. Bu nedenle tiroid bezine ilişkin sorunlar preoperatif dönemde tedavi edilmelidir (16).

**3. 6. 2. 12. Nörolojik Fonksiyon:** Ameliyat öncesinde, nörolojik muayeneyle, hastanın kranial sinirleri, alt ve üst ekstremitte refleksleri, duyu refleksleri değerlendirilmelidir (1). Çünkü nörolojik değerlendirme hastanın ameliyat öncesi genel sağlık durumu hakkında fikir verir; anestetik ve analjezikler santral sinir sistemini etkileyeceğinden, bu ilaçlara karşı oluşabilecek reaksiyonların önceden saptanmasına izin verir (16).

**3. 6. 2. 13. Hematolojik Fonksiyon:** Tüm ameliyatlarda kan kaybı olur. Ameliyat, pıhtılaşma sorunu olan hastalarda kanama ve şok riskini önemli ölçüde artırır. Bu nedenle hasta hematolojik yönden dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir (16). Hastanın değerlendirilmesinde kanamaya yatkın olma, küçük travmalar ile oluşan ekimoz, hematoma, diş çekiminden ve tıraştan sonra aşırı kanama, burun kanaması, antikoagülan ilaç kullanma, anormal kanama zamanı ve protrombin zamanı ya da trombosit sayısı dikkate alınmalıdır (44). Ameliyat sırasında ve sonrasında kan transfüzyonu gerekebileceğinden yeterli miktarda kan hazır bulundurulmalıdır (33).

**3. 6. 2. 14. Kullanılan İlaçlar:** Ameliyat öncesinde hastanın tedavi amacıyla ya da kendi isteğine bağlı kullandığı ilaçlar pıhtılaşmayı etkileyerek ve anestetiklerle istenmeyen etkileşime girerek ameliyat riskini artırabilir (10).

Ameliyat olacak hastada sorun yaratabilecek ilaçların başlıcaları aşağıda verilmiştir (16,33):

- \* Antikoagülanlar; kanamaya neden olabilirler.
- \* Antibiyotikler; anestetiklerle etkileşerek istenmeyen etki oluşturabilirler.
- \* Tranklizanlar; kan basıncını düşürerek şoka neden olabilirler.
- \* Tiazid diüretikler; potasyum ve sıvı kaybına neden olabilirler.
- \* Steroidler; uzun süre kullanıldıysa, adrenal bezleri baskılayabilir. Stres durumunda yeterince steroid hormon salınmaz ve hastanın anestezi ve ameliyat stresi ile baş etmesi güçleşir. Yara yeri iyileşmesini geciktirir ve enfeksiyon riskini artırır.

Ayrıca hastanın, herhangi bir ilaca alerjisi olup olmadığı da öğrenilmelidir (10,25).

### **3. 6. 3. Yasal Hazırlık**

Hastanın ve kurumun yasal güvencesi olan ve hastanın kendisine uygulanacak girişimi kabul ettiğini gösteren ameliyat izin belgesinin ameliyattan önce alınması zorunludur (14). Ameliyat olacak her hastadan, ameliyat küçük bile olsa kesinlikle imzalı ameliyat izni alınmalıdır (33). Yazılı ameliyat izni hem hasta hem de sağlık personeli için yasal güvencedir. Ameliyat izni imzalatılmadan önce hastaya, ameliyat hakkında yeterli açıklama, gerekirse tablo ve şekillerden de yararlanılarak

yapılmalıdır (39,43). Ayrıca hastaya ameliyatın olası komplikasyonları, gelişebilecek şekil bozuklukları da söylenmelidir (16). Hasta, her hangi bir organı çıkarılacaksa da bilmelidir. Kısaca hasta, ameliyatta ve ameliyat sonrasında nelerle karşılaşacağını bilmelidir (11).

Erişkin hastalar bilinçleri açıksa, ameliyat izinlerini imzalayabilirler. Eğer hasta 18 yaşından küçükse, bilinci kapalı ise ya da psikiyatrik sorunları var ise hastadan sorumlu bir aile üyesinden ameliyat izini alınmalıdır (9,10). Ameliyat izin formunun imzalatılması hekimin sorumluluğundadır. Acilen ameliyat gereken hastalara yapılacak girişimler için mümkünse hasta yakınlarından izin belgesi alınır. Eğer hastanın yakınları yoksa, sorumlu cerrah hastanın yararına olacağı düşüncesi ile gereken girişimi yapar (32). Ameliyat izni, hastanın kalıcı kayıtlarından biridir. Hasta ameliyata alınmadan önce mutlaka kontrol edilmelidir. Hastanın izin belgesi dosyasına konulmalı ve iyi bir şekilde saklanmalıdır (1,19).

#### **3. 6. 4. Ameliyat Öncesi Eğitim**

Hasta eğitimi, hemşirelik bakımının bütünleyici bir parçasıdır (33). Hastanın iyileşmesi için olanakları ve optimal fonksiyon düzeyini sürdürmesine yardımcı olmak için hastanın öğrenim gereksinimlerini saptamak hemşirenin görevidir. Sağlık eğitim süreci hemşire ve hasta arasında dinamik bir etkileşimi içermektedir (18). Basit bir kelimenin açıklaması, hastanın korkusunu gidererek ciddi anksiyete gelişmesini önleyebilir. Hasta eğitiminde her hasta bir birey olarak ele alınmalıdır. Onun endişeleri, korkuları ve gereksinimleri doğrultusunda eğitim planlanmalıdır (15). Ameliyat öncesi dönemde hastaya; her aşama, tüm testler ve uygulamalar önceden açıklanmalıdır (20).

Hastanın hastalığına uyumu ve kendi kendine bakımını sağlamak için etkili bir eğitim programı planlanması ve uygulanması önem taşır (21). Ameliyat öncesi dönemde uygulanacak eğitim, yapılacak ameliyata ve hastanın durumuna göre farklılık gösterirse de, ameliyat olacak hastalara; derin solunum, öksürük, dönme ve ekstremitte eksersizleri öğretilmelidir (28). Hastanın bu konuda bilinçlendirilmesi, öneminin ve sorunları önlemede katkısının açıklanması, uygulamada kolaylık sağlar (9,14).

Hemşire sağlık eğitimi yaparak, hastayı soru sormaya veya duygularını ifade etmeye teşvik ederek, onun endişelerini azaltabilir ve güven duymasına yardım eder (8).

Yapılan araştırmalar, ameliyat öncesi dönemde iyi hazırlanıp, yeterli bilgi verilen hastaların, yeterli bilgi verilmeyen hastalara göre daha kısa sürede iyileştiklerini ve hastaneden daha çabuk taburcu olduklarını göstermiştir (16).

Hasta öğretiminde uyulması gereken ilkeler şunlardır (1,15,16,21,24,39).

- \* Cerrahın, hastaya ne kadar açıklama yaptığı öğrenilerek, hastada kuşkuya neden olacak farklı açıklamalar yapılmamalıdır.
- \* Gerektiğinden fazla bilgi verilmesi hastada anksiyeteye neden olabileceğinden, hastayla iyi bir görüşme yapılarak ne kadar bilgiye ihtiyacı olduğu belirlenmeli ve bu doğrultuda açıklama yapılmalıdır.
- \* Hastanın anlayacağı terimlerle açıklama yapılmalıdır.
- \* Hastaya bir kerede fazla bilgi verip bunaltmamak için öğretim kısa süreli ve sık aralıklı olmalıdır.
- \* Hastanın soru sorabilmesi için yeterli zaman ayrılmalıdır.
- \* Öğretimde görsel, işitsel araçlardan yararlanılmalıdır.
- \* Hastanın öğretilen yeni beceri ya da tekniği yaparak göstermesi istenmelidir.
- \* Hasta ailesi ya da yakınları ameliyat öncesi hazırlık ve eğitim aktivitelerine katılmalıdır.

Tek yazılı gereç kullanmak yerine sözel, yazılı gereçleri birlikte kullanmak daha yararlıdır. Çünkü, sözlü bilgiler unutulabilir (45). Yazılı bilgilendirmenin, istenildiğinde tekrar okunabilme avantajı varken sözlü bilgilendirmede hastaya soru sorma ve spesifik noktaları netleştirme şansı verir (8,26). Ayrıca okur-yazar hastalar yazılı kılavuzu okuyabilirler, gerek gördüklerinde istedikleri bölümlere geri dönüp bakabilirler. Böylece, ameliyat öncesi öğretim ile ilgili hemşirelerin bireysel özelliklerinden kaynaklanan hatalar önlenebilir ve hastalar kendi bakım sorumluluklarına katılabilirler (26).

Ameliyat öncesinde yapılan eğitimin etkinliği; ameliyat sonrasında hastanın kendi bakımına aktif olarak katılmasıyla ve sorun gelişmeksizin kısa sürede iyileşmesiyle değerlendirilebilir (16,24).



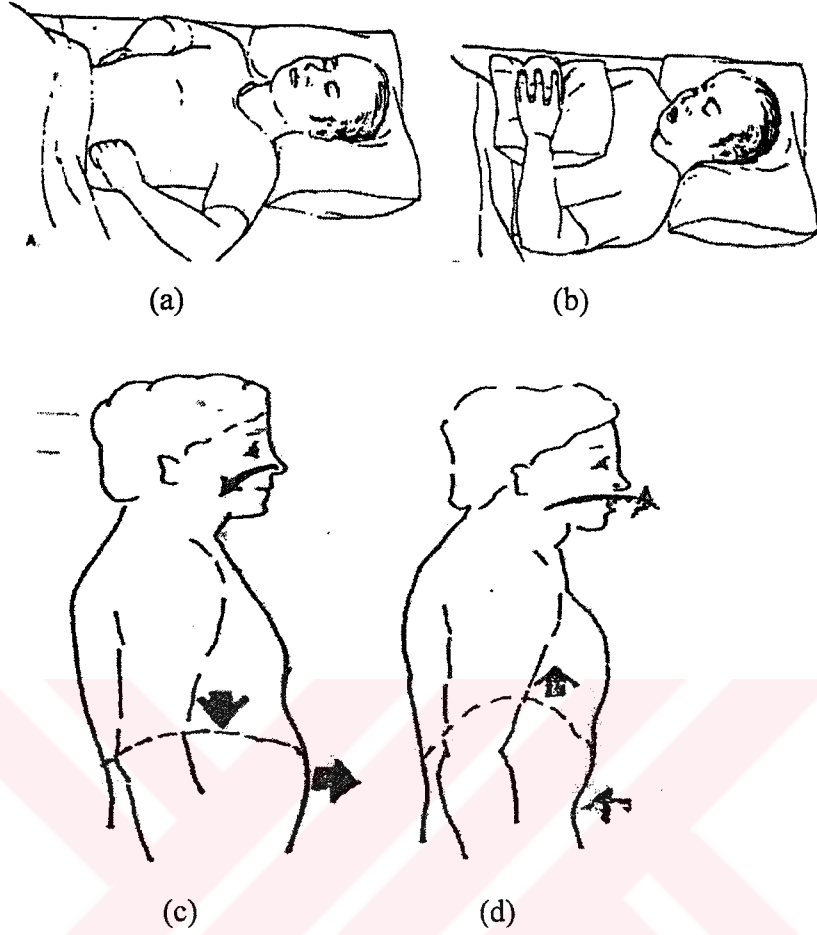
Ameliyat öncesinde hastaya derin solunum, öksürük ve ekstremitelerde egzersizlerinin öğretimi için en uygun zaman ameliyattan önceki günün öğleden sonrası ya da gecesidir (10,16,29). Açıklamalar ameliyattan birkaç gün önce yapılırsa hasta unutulabilir ya da ameliyattan hemen önce yapılırsa endişeli olduğu için dinlemeyebilir (29).

**3. 6. 4. 1. Derin Solunum Egzersizleri:** Derin solunum ve öksürük egzersizlerinin amacı, inhalasyon anesteziğinin elimine edilmesi, alveolar kollapsın önlenmesi, hava yollarını genişletip sekresyonların atılmasını sağlayarak, solunum komplikasyonlarını önlemektir (15,28). Ameliyat sonrasında hastalar için uygun solunum şekli diyafragmatik-abdominal solunumdur (16,28). Hastaya, bu solunumun nasıl yapılacağı gösterilmeli ve hastadan yaparak göstermesi istenilmelidir. Bu solunum hastaya şu şekilde açıklanabilir:

- \* Yatak kenarına oturun ya da sırt üstü uzanın ve dizlerinizi bükerek karın adalelerinizin gevşemesini sağlayın bu pozisyon akciğerlerinizin genişlemesine izin verir.
- \* Ellerinizi karın bölgesinin yan taraflarına, alt kaburgalar üzerine hafif bir şekilde yerleştirin.
- \* Karnınızın üst kısmı dışa doğru şişinceye kadar burnunuzdan derin ve yavaş nefes alın, nefesinizi üç saniye tutun. Karın adalelerinizi kasarak, havayı ağızınızdan yavaş bir şekilde ancak tam olarak verin (15,33).

Hastaya, solunum egzersizlerinin ameliyat sonrası dönemde sık aralıklarla yapılması gerektiği, saatte 5-10 kez yapılmasının uygun olacağı açıklanmalıdır (1,27).

**3. 6. 4. 2. Öksürük Egzersizleri:** Hasta, bu egzersizleri oturur ya da yatar pozisyonda iken yapabilir, önemli olan ameliyat yerinin desteklenmesidir. Bu amaçla küçük bir yastık ya da katlanmış havlu kullanılabilir (1). Hastaya ameliyat yerini nasıl destekleyeceği gösterilmelidir. Öksürük egzersizi için hastaya önce derin soluk alması, havayı ağızından çıkarırken öksürmesi söylenir. Derin soluk egzersizleri, öksürüğü uyaracağından, öksürük egzersizinden önce yapılmalıdır. Öksürük solunum ve abdominal kasların kullanılmasını sağlar. Derin solunum ve öksürük egzersizleri ameliyat sonrası solunum komplikasyonlarının gelişmesini önler (15,16,33).



Şekil-1 (a-b): Ameliyat öncesinde hastaya öğretilecek egzersizler.

(a) Derin solunum egzersizi, (b) Öksürük egzersizleri

(c-d): Diyafragmatik solunum. (c) Nefes al (karın dışarıda),

(d) Nefes ver (karın içeride) (Kaynak No: 16).

**3. 6. 4. 3. Dönme Egzersizleri:** Dönme egzersizlerinin amacı, kan dolaşımını hızlandırarak cilt bütünlüğünün korunmasını sağlamak, ameliyat sonrası solunum komplikasyonlarını önlemek ve ağrıyı azaltmaktır (27,28). Dönme, venöz dolaşımı geliştirir. Ameliyat öncesi dönemde, hastaya, karyola kenarlarını kullanarak bir yandan diğer yana dönmesi öğretilmelidir. Hastaya ameliyattan sonra saatte bir kez ya da iki saatte bir kez dönmesi söylenmelidir (16,29).

**3. 6. 4. 4. Ekstremitte Egzersizleri:** Ekstremitte egzersizlerinin amacı, ameliyat sonrası dönemde venöz dönüşü kolaylaştırmak, venöz stazı, tromboflebiti, derin ven



trombozu gibi dolaşım problemlerini önlemeye yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda ameliyat sonrasında gelişebilecek gaz ağrılarını da önler (16,33).

Hastalara, tüm eklemlerini özellikle kalça, diz ve ayak bileği eklemlerini hareket ettirmeleri ve ayaklarını çevirmeleri (sirküler hareket) söylenmelidir. Kasları kuvvetlendirmek için bacak kasları sıkılır, gevşetilir sonra dinlendirilir. Bu egzersizler her iki ayak için beşer kez olmak üzere günde en az dört kez yapılmalıdır (15,16,20). Ayrıca ameliyat sonrasında uygun olan en erken dönemde ayağa kaldırılmalıdır. Erken ayağa kalkmanın iyileşmeye etkisi vurgulanır. Mobilizasyon, ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesine yardımcı olur (15,28). Ameliyat sonrası erken ayağa kaldırma GİS hareketine, akciğer kapasitesinin genişlemesine, sekresyonun atılmasını, venöz dolaşımın kolaylaşmasını, eklemlerdeki sertliği önler. Hastayı rahatlatır. Hasta ilk ayağa kalktığı zaman yanında bulunup, yardımcı olunmalı ve hasta baş dönmesi gibi durumlar yönünden gözlenmelidir (1,27).



Şekil-2: Ekstremitte egzersizleri (Kaynak No: 16).

### 3. 7. Hastanın Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı

Ameliyattan önceki gece hastanın cilt hazırlığı, GİS hazırlığı, anestezi hazırlığı yapılır ve hastanın geceyi dinlenerek ve yeterince uyuyarak geçirmesi sağlanır (16).

#### 3. 7. 1. Cilt Hazırlığı

Ameliyat, derinin bütünlüğünü bozarak enfeksiyon şansını artırır. Bu nedenle cilt hazırlığı önemlidir. Cilt hazırlığıyla deri yüzeyindeki mikroorganizmaların sayıları azaltılarak, enfeksiyon gelişmesi önlenmeye çalışılır (20,33,43). Cilt hazırlığında cildin temizlenme şekline (yıkılarak ya da fırçalanarak), temizlikte kullanılacak antiseptiğe, kılların alınıp alınmamasına ve kılların alınmasında kullanılacak yöntem (tırış etme, makasla kesme ya da kıl dökücü krem kullanma) ilişkin görüş

farkları vardır. Bu nedenle hemşire çalıştığı klinikte ameliyat öncesi cilt hazırlığının nasıl yapılması gerektiğini bilmelidir (9,16).

Ameliyat öncesi kılların bir gece önceden jiletle tıraş edilmesi, tüy dökücü kremlerin kullanılması veya hiç tıraş edilmemesine göre çok daha fazla cerrahi alan enfeksiyonları riski taşımaktadır.

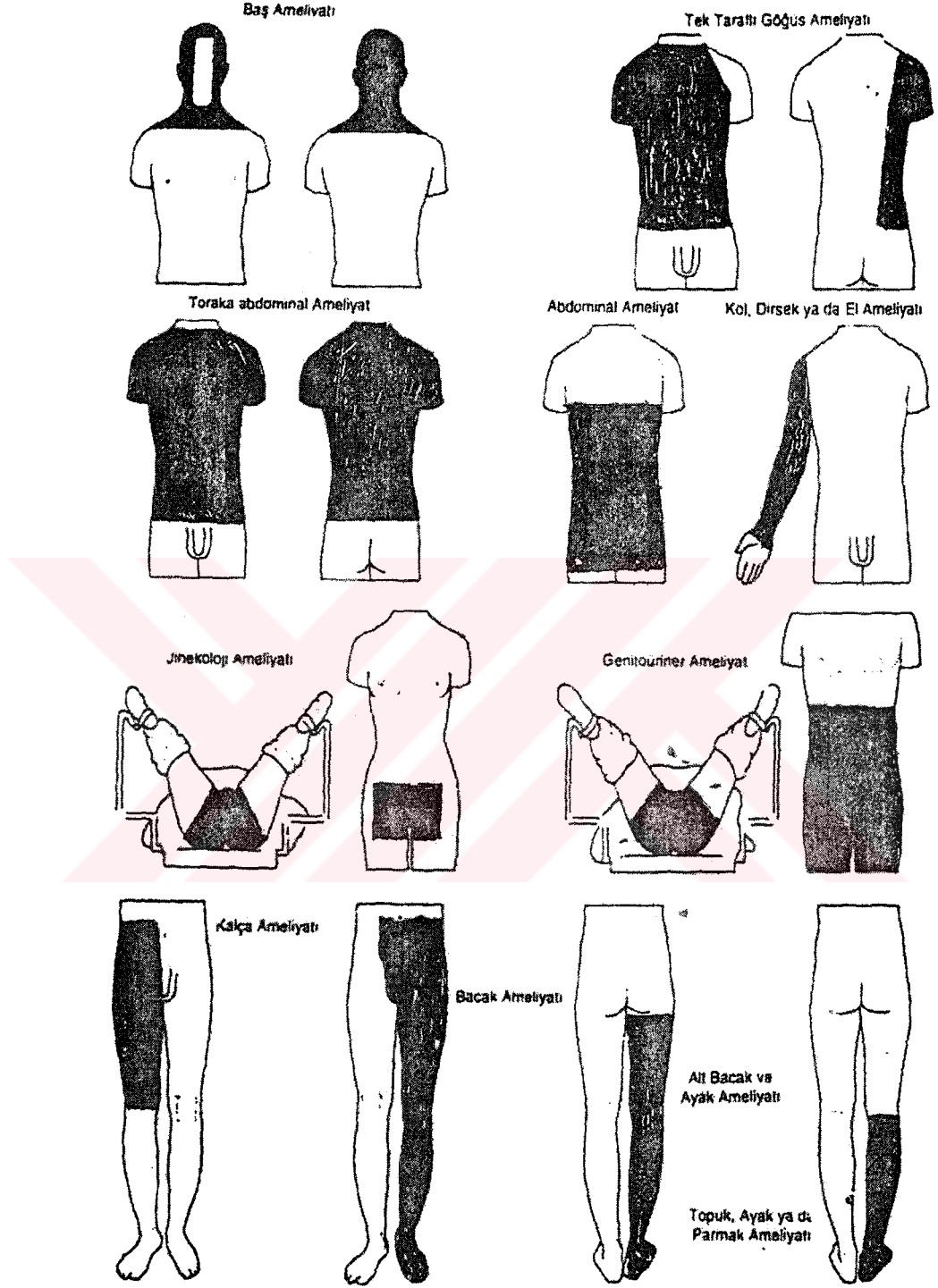
Bir çalışmada jiletle tıraş edilmiş hastalarda cerrahi alan enfeksiyonları %5,6 iken, tüy dökücü krem kullananlarda ya da hiç temizlik yapılmayanlarda bu oran %0,6 olarak bulunmuştur. Tıraşla cerrahi alan enfeksiyon riskinin artmasına neden olarak deride daha sonra bakteriyel çoğalma için odak olarak görev yapan mikroskobik kesikler gösterilmektedir.

Tıraşın ameliyattan hemen önce yapıldığında cerrahi alan enfeksiyon oranı % 3,1, ameliyattan 24 saat önce yapıldığında % 7,1, ameliyattan 24 saatten daha fazla süre önce yapıldığında % 20 oranında olduğu bildirilmektedir (46).

Ameliyat kapsamına ilişkin bölge hazırlığı ameliyata en yakın zamanda, deri bütünlüğünü bozmayacak şekilde yapılır (14). Cilt hazırlığı sırasında kesi olursa, enfeksiyon belirtileri görülürse kayıt edilmelidir. İyi bir deri hazırlığı yapılmadıysa enfeksiyon riski artar (32).

Hastaya genel banyo verilmeli, vücut durumu kontrol edilmeli, yara, çizik, apse vb. gibi enfeksiyona neden olabilecek durumlar ve enfeksiyon kaynakları gözlenip önlemler alınmalıdır (27).

Cilt hazırlığı yapılacak bölge, ameliyata göre farklılık gösterir (16).



Şekil-3: Ameliyata yönelik cilt hazırlığı. Gölge alanlar, kılların alınması gereken bölgeleri göstermektedir (Kaynak No:16).

### 3. 7. 2. GİS Hazırlığı

GİS hazırlığı anestezi sırasında kusma olasılığını ve mide, bağırsak ameliyatlarında bu sistemin açılmasından kaynaklanacak enfeksiyon olasılığını azaltmak amacıyla yapılır (11,16).

Hastaya genel anestezi uygulanacaksa, gece yarısından sonra (ameliyattan 6-8 saat öncesinden) besin ve sıvılar verilmez. Böylece hastanın ameliyat sırasında kusup aspirasyon pnömonisi gelişmesi önlenir (9,10). Hastaya besin ve sıvıların verilmemiş nedeni açıklanmalı ve diyetisyene de bildirilmelidir (33).

Beslenme bozukluğu olan hastalara IV yolla glikoz, protein, aminoasitler ya da plazma ameliyata alınıncaya kadar verilebilir (16,27).

Lavman, GİS ameliyatları, büyük abdominal, pelvik ve perineal bölge ameliyatları dışında rutin bir uygulama değildir. Belirtilen bu ameliyatlarda lavman uygulamasının amacı, periton boşluğunun dışkıyla kirlenmesini, kolonun yaralanmasını önlemek ve ameliyat alanının iyi görülmesine olanak sağlamaktadır (20,33). Lavman genellikle ameliyattan önceki gece uygulanır. Birden fazla lavman uygulanacağı zaman hasta yakın gözlem altında tutulur. Fazla sayıda lavman uygulanması sıvı-elektrolit dengesizliğine, ayrıca barsak ve rektal mukozanın tahriş olmasına neden olur (1,16).

Bazı durumlarda, gastrointestinal tüpler, mide ya da bağırsaklardaki sıvıları almak ve distansiyonu önlemek amacıyla ameliyattan önceki gece ya da ameliyat sabahı uygulanır. Bu tüpler genellikle karın ve GİS ameliyatlarından önce uygulanır (1).

### 3. 7. 3. Anestezi Hazırlığı

Ameliyat öncesi anesteziistin hastayı ziyaretinin amacı (16,39);

- \* Özellikle kardiyo-vasküler ve pulmoner sistemi değerlendirme,
- \* Hastanın sigara içip-içmediği,
- \* Hasta hakkında ayrıntılı bilgi edinme,
- \* Uygulanacak anestezi türünün seçimi ve hastanın buna katılımı,
- \* Gerekli ise bir sakinleştirici isteminde bulunmadır.

### 3. 7. 4. Yeterli Uyku ve İstirahatın Sağlanması

Ameliyat öncesi gecede hastanın rahat bir uyku uyuması sağlanmalıdır. Uyku ve dinlenme iyileşmeyi kolaylaştırır. Preoperatif dönemde hasta psikolojik ve fizyolojik olarak iyi hazırlanmışsa, ameliyattan önceki geceyi rahat geçirir (1,9).

- \* Fiziksel açıdan rahat, güvenli bir çevre,
- \* Gereksinimlerin karşılanması,
- \* Uygulamalar konusunda açıklamalar,
- \* Dinsel isteklerin yerine getirilmesi,
- \* Sedatif verilmesi,
- \* Gürültüyü en aza indirme,
- \* Yakınlarının ziyaretini sağlama, rahat ve sakin bir gece için gereklidir (1,16,33).

### 3. 8. Hastanın Ameliyat Günü Hazırlığı

Ameliyat sabahı hemşire hastayı duygusal ve fiziksel olarak ameliyata hazırlamalıdır. Duygusal hazırlıkta hastaya zaman ayırmalı, bilgi vermeli ve rahatlatmaya çalışmalıdır. Ayrıca hastanın yakınları ile görüşmesine izin verilmelidir (14).

Hemşire bu arada, hasta için yapılan ameliyat öncesi hazırlığı son kez kontrol eder ve hastanın soruları varsa yanıtlar (1,10,16,32).

- \* Hastanın yaşam bulgularını alır ve kayıt eder. Normal değerden önemli bir sapma varsa durum doktora bildirilmelidir.
- \* Cilt hazırlığı klinikte yapılmışsa kontrol edilir.
- \* Lavman, gastrointestinal tüp, IV sıvı uygulaması gibi özel istem varsa bunları uygular.
- \* Hastaya idrarını yapmasını söyler, gerekiyorsa idrar miktarını ve dansitesini kayıt eder.
- \* Hastaya dişlerini fırçalamasını, takma dişleri varsa bunları çıkarmasını söyler.
- \* Hastanın takıları varsa (yüzük, küpe, bilezik, saç tokası ve saat gibi) bunları çıkarmasını söyler.
- \* Kadın hastaların makyajı ve ojelerinin silinmesini sağlar.

- \* Hastanın ameliyat gömleğini ve istem varsa varis çoraplarını giymesine yardımcı olur.
- \* Hastanın aç olup-olmadığını kontrol eder.

### 3. 8. 1. Premedikasyon

Premedikasyonun amaçları; hastanın anksiyetesini azaltmak, farengial sekresyonu azaltmak, sedasyonu sağlamak, verilecek anestezi miktarını azaltmak ve bilinç kaybını kolaylaştırmak, anestezi ve ameliyatın etkisi olan ameliyat sonrası bulantı-kusmayı azaltmaktır (9,47).

Hemşire premedikasyonda kullanılan ilaçların dozlarını, veriliş yollarını, etki sürelerini ve istenmeyen etkilerini bilmelidir (47). Tüm ilaç uygulamalarında olduğu gibi bu ilaçların uygulamasında da 5 doğru ilkesine (doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru hasta, doğru zaman) uyulmalı. İlaçlar uygulandıktan sonra kayıt edilmelidir (10,16).

Ancak uygulama yerinin servis/ameliyathane olacağı kurumlar arasında farklılık gösterir. Ameliyattan 1-1.5 saat öncesi direktife uygun olarak yapılması ve hastanın güvenliğinin sağlanması hemşirenin sorumluluğundadır (14,27).

Premedikasyondan sonra karyolanın kıyılıkları konulmalı. Hastalara ilaçların etkisiyle baş dönmesi olabileceği için yardım istemeden kendi başına yataktan kalkmaması söylenmelidir (39,47).

Premedikasyonda kullanılan ilaçlar 4 tiptir (1,11,16,33).

- \* Sedatifler: Hastanın korku, endişe ve anksiyetesini gidermek ve verilecek anestezi miktarını azaltmak için verilir. İstenmeyen etkileri, özellikle yaşlı kişilerde oryantasyon bozukluğuna neden olmalarıdır. Aşırı dozda verildiğinde solunum depresyonu yapar. Başlıcaları Nembutal Sodium'dur.
- \* Trankilizanlar: Hastanın anksiyetesini azaltmak için verilir. Bu ilaçların istenmeyen etkileri baş dönmesi ve hipotansiyondur. Başlıcaları Diazepam'dır.
- \* Analjezikler: Ağrıyı gidermek, anksiyeteyi azaltmak ve sakinleştirmek amacıyla kullanılır. Solunum depresyonu, bulantı-kusma ve hipotansiyona neden olur. Başlıcaları Morfin Sülfat'tır.

\* Antikolinergikler: Trakea ve bronşlardaki sekresyon miktarını azaltarak solunum yollarının tıkanmasını önlemek amacıyla kullanılır. Fazla verildiğinde bradikardi, taşikardi, özellikle yaşlı hastalarda amnezi, halüsinasyon ve ağız kuruluğuna neden olur. Başlıcaları Atropin Sülfat'tır.

### **3. 9. Hastanın Ameliyathaneye Gönderilmesi**

Hasta ameliyathaneden çağrıldığında ameliyat gömleği giydirilir, sedyeye alınır, üzerine battaniye örtülür (20,47). Hastayla birlikte hastanın dosyası, hemşire gözlem kağıdı, röntgen filmleri, doktor istemi varsa sıvı ve ilaçlar gönderilir (25).

Hasta gittikten sonra, ameliyat yatağı yapılır. IV sıvı askısı, böbrek küvet, tansiyon aleti, aspiratör ve O<sub>2</sub> tüpü ya da manometresi hasta odasına getirilir ve aletlerin çalışıp çalışmadığı da kontrol edilir (16,32).

Bu arada hasta ve yakınlarına, hasta ameliyathanedeyken bekleyecekleri yer, ameliyatın yaklaşık ne kadar süreceği anlatılır (33). Ameliyattan sonra hastada hangi değişikliklerin olabileceği ve görünümünün nasıl olacağı (hastada IV mayi, nazogastrik tüp, göğüs tüpü ve pansumanların bulunabileceği) açıklanmalıdır. (9,20).



## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

### 4. 1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, cerrahi kliniklerinde çalışmakta olan hemşirelere anket uygulanarak hemşirelerin hastalanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilgi düzeylerini saptamak amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### 4. 2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesi, Afyon S.S.K. Hastanesi, A.D.H. ve Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi ve Çocuk Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışmakta olan hemşirelere Mayıs 2003 tarihinde uygulanmıştır.

Araştırmada alan olarak seçilen, A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesi, 170 kişilik yatak kapasitesine sahiptir. Bu yatak kapasitesinin 89'u cerrahi hastalara aittir. Hastanede 82 hemşire çalışmaktadır. 27 hemşire cerrahi klinikte çalışmaktadır ve 27 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır.

Afyon S.S.K. Hastanesi 301 kişilik yatak kapasitesine sahiptir. Bu yatak kapasitesinin 100'ü cerrahi hastalara aittir. Hastanede 72 hemşire çalışmaktadır. 11 hemşire cerrahi klinikte çalışmaktadır ve 10 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır.

A.D.H. 400 kişilik yatak kapasitesine sahiptir. Bu yatak kapasitesinin 200'ü cerrahi hastalara aittir. Hastanede 140 hemşire çalışmaktadır. 30 hemşire cerrahi klinikte çalışmaktadır ve 26 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır.

Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi ve Çocuk Hastanesi 202 kişilik yatak kapasitesine sahiptir. Bu yatak kapasitesinin 136'sı cerrahi hastalara aittir. Hastanede 71 hemşire çalışmaktadır. 23 hemşire cerrahi klinikte çalışmaktadır ve 15 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır.

### 4. 3. Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesi, Afyon S.S.K. Hastanesi, A.D.H. ve Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi ve Çocuk Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur. Evreni oluşturan hemşire sayısı 91'dir. Araştırmanın evreni aynı zamanda yaklaşık olarak araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın yöntemine ilişkin bilgi verildikten sonra



araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelere anket uygulanmıştır. Araştırma tarihinde izinli olan, anket formunu doldurmayı kabul etmeyen ve anket formunu eksik dolduran hemşireler araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırma 78 hemşire üzerinden yapılmıştır.

#### **4. 4. Verilerin Toplanması**

**4. 4. 1. Anket Formunun Hazırlanması:** Afyon İli cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla araştırmacı tarafından konuya ilişkin kaynaklardan yararlanılarak düzenlenen anket formu ile toplanmıştır.

Anket formu iki bölümden oluşmuştur. 1. bölümde; hemşirelerin yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma durumu gibi tanıtıcı özelliklerine ilişkin 7 soru, 2. bölümde; çoktan seçmeli olarak hazırlanmış 20 bilgi sorusu yer almaktadır. Anket toplam 27 sorudan oluşmaktadır.

**4. 4. 2. Ön Uygulama:** Anket formunun geçerliliğini belirlemek amacıyla, A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesinde çalışan ve araştırma kapsamına girmeyen 6 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anket formu yeniden düzenlenmiştir.

**4. 4. 3. Anket Formunun Uygulanması:** Araştırmanın yürütüleceği kurumlara araştırmada kullanılacak anket eklenerek bir dilekçe ile müracaat edilmiş ve izin alınmıştır.

Araştırma verileri Mayıs 2003 tarihinde Afyon İl Merkezi hastanelerin de çalışan toplam 91 cerrahi hemşire planlanarak başlatılmıştır. Anket formunu araştırma tarihinde izinli olan, anket formunu doldurmayı kabul etmeyen ve anket formunu eksik değerlendiren hemşirelerin araştırma kapsamına alınmaması nedeniyle toplam 78 hemşireye ulaşılmıştır.

#### 4. 5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayarda SPSS (Statistical Package of Science) programında gerçekleştirilmiştir.

İstatistik analizlerinde, gruplanmış deęiřkenlerin frekans ve yūzdelik deęerleri, sayısal deęiřkenlerin ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıřtır. Her bilgi sorusu toplam 100 puan ūzerinden deęerlendirilmek ūzere, her bir soruya 5 puan verilmiřtir.

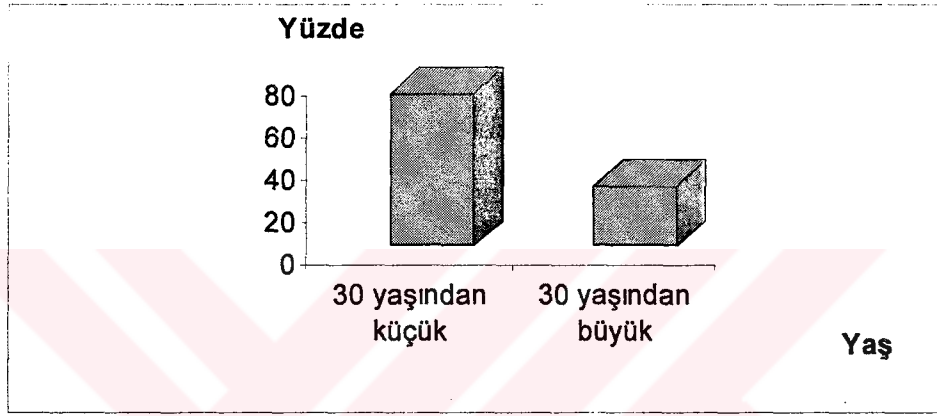
İstatistik analizinde t-Testi, nonparametrik test olan Kruskal-Wallis Test ve Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık dūzeyi “ $p < 0,05$ ” kabul edilmiştir.



## 5. BULGULAR

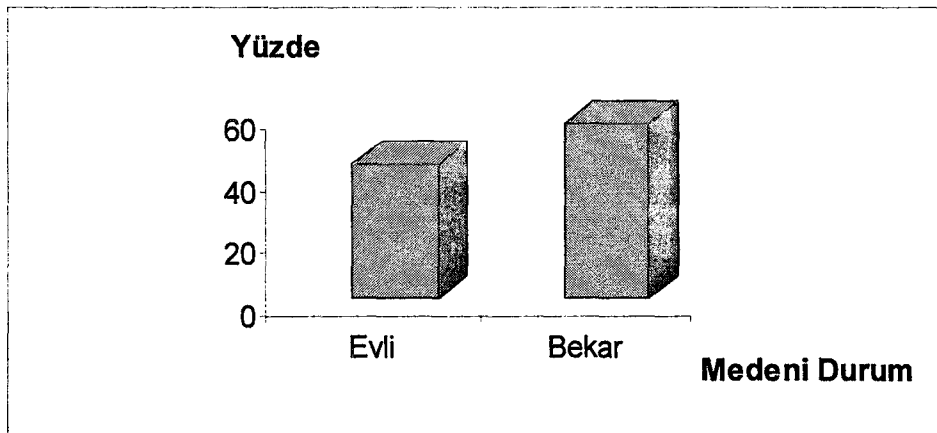
Bu bölümde, A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesi, Afyon S.S.K. Hastanesi, A.D.H. ve Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi ve Çocuk Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgular ve hastaların preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkındaki bilgi sorularına ait bulgular yer almaktadır.

Grafik-1: Hemşirelerin Yaş Dağılımları



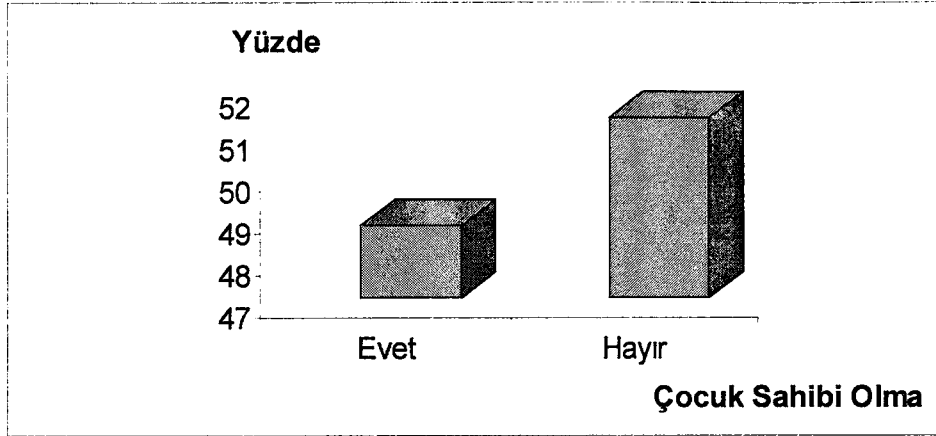
Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, hemşirelerin %71,8'i 30 yaşından küçük, %28,2'sinin ise 30 yaşından büyük olduğu görülmektedir.

Grafik-2: Hemşirelerin Medeni Durumlarını Gösteren Dağılım



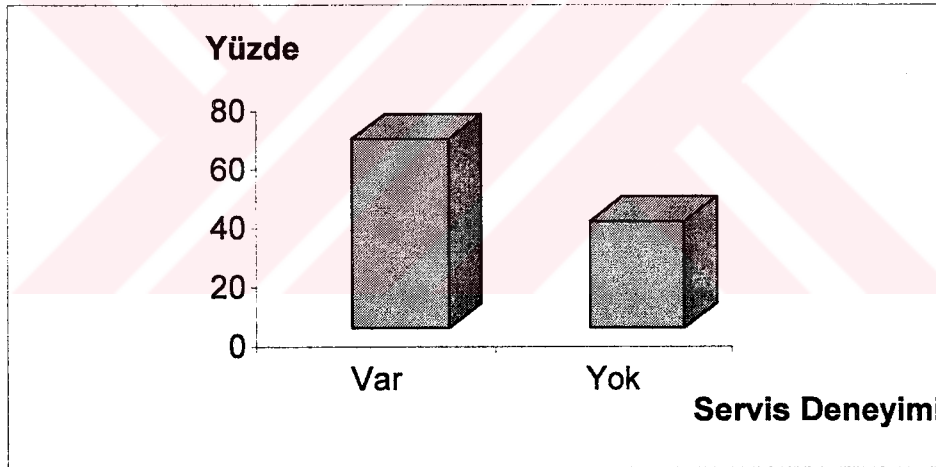
Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumuna göre dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %56,4'ünün evli ve %43,6'sının bekar olduğu görülmektedir.

Grafik-3: Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarını Gösteren Dağılım



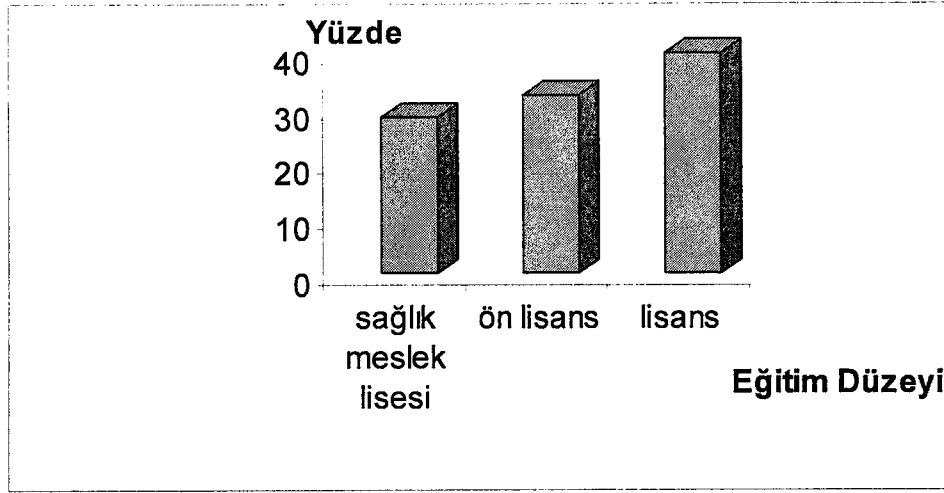
Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılım incelendiğinde, hemşirelerin %48,7'sinin çocuk sahibi olduğu ve %51,3'ünün çocuk sahibi olmadığı görülmektedir.

Grafik-4: Hemşirelerin Servis Deneyimini Gösteren Dağılım



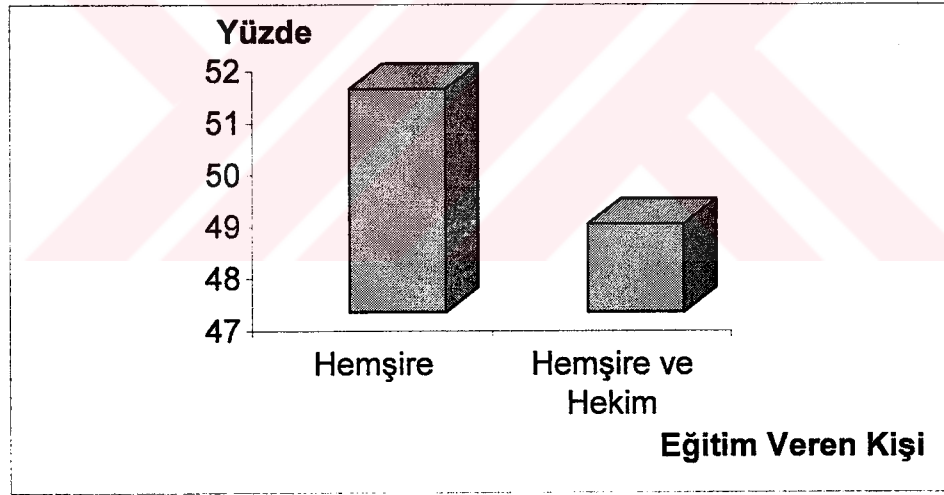
Araştırmaya katılan hemşirelerin daha önceki servis deneyimine göre dağılım incelendiğinde, hemşirelerin %64,1'inin servis deneyiminin olduğu ve %35,9'unun servis deneyiminin olmadığı görülmektedir.

Grafik-5: Hemşirelerin Eğitim Düzeyini Gösteren Dağılım



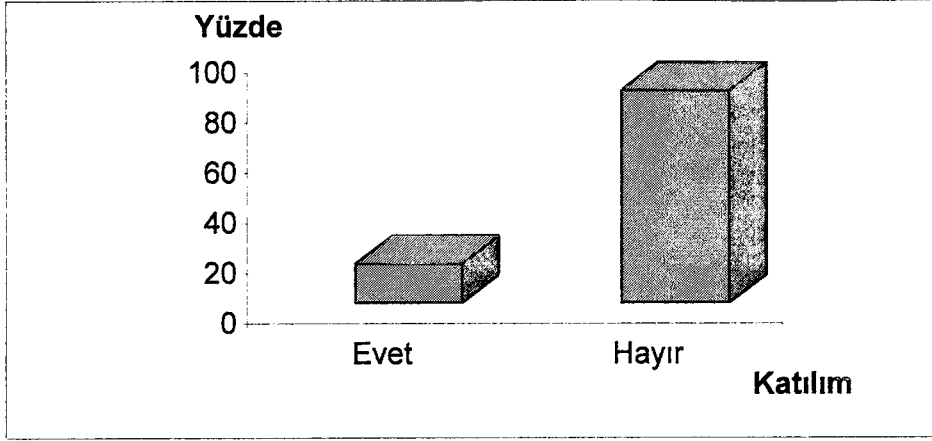
Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, %28,2'sinin sağlık meslek lisesi, %32,1'inin ön lisans, %39,7'sinin lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Grafik-6: Hemşirelere Hizmet İçi Eğitimi Veren Kişiyi Gösteren Dağılım



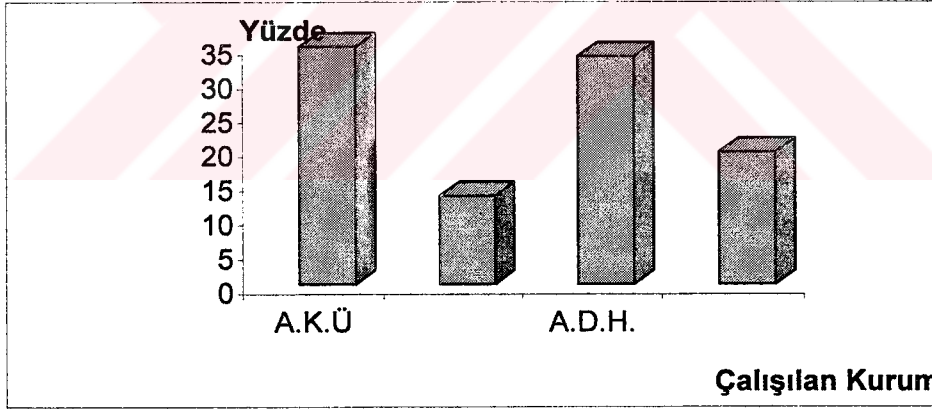
Araştırmaya katılan hemşirelere preoperatif bakım ve hazırlık konusunda hizmet içi eğitim veren kişiye göre dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin preoperatif bakım ve hazırlık konusunda hizmet içi eğitimi %51,3'ü hemşirelerden, %48,7'si hekim ve hemşireden aldığı saptanmıştır.

Grafik-7: Hemşirelerin Bilimsel Organizasyonlara Katılımını Gösteren Dağılım



Araştırmaya katılan hemşirelerin hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilimsel organizasyonlara (konferans, sempozyum, panel ve açık oturum gibi) katılımına göre dağılım incelendiğinde, hemşirelerin %15,4'ünün bilimsel organizasyonlara katıldığını, %84,6'sının bilimsel organizasyonlara katılmadığı görülmektedir.

Grafik-8: Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumları Gösteren Dağılım



Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %34,7'si A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesinde, %12,8'i Afyon S.S.K. Hastanesinde, %33,3'ü A.D.H.'nde, %19,2'si Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi ve Çocuk Hastanesinde çalışmakta olduğu görülmektedir.

Tablo-1: Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bilgi Puanlarının Dağılımı

	Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Puan	78	55.0	100.0	77.6	11.3

Araştırmaya katılan hemşirelerin hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilgi puanlarının dağılımı tablo 1’de gösterilmektedir. Bilgi düzeyi değerlendirilmesi toplam 100 puan üzerinden yapılmıştır. En düşük puan 55,0, en yüksek puan 100,0 iken ortalama puan 77,6’dır.

Tablo-2: Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Toplam Bilgi Puanlarının Dağılımı

Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlar	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	P*
A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesi	27	88.52	9.18	
Afyon S.S.K. Hastanesi	10	70.00	6.67	
A.D.H.	26	72.50	6.82	
Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi ve Çocuk Hastanesi	15	72.33	9.79	p<0.01

\* Kruskal-Wallis Test

Tablo 2’de araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre dağılımları gösterilmektedir. Bu tabloya göre 27 hemşire A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesinde çalışmaktadır. Bu grup 88,52±9,18 puan almıştır. 10 hemşire Afyon S.S.K. Hastanesinde çalışmaktadır. Bu grup 70,00±6,67 puan almıştır. 26 hemşire A.D.H.’nde çalışmaktadır. Bu grup 72,50± 6,82 puan almıştır. 15 hemşire Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi ve Çocuk Hastanesinde çalışmaktadır. Bu grup 72,33±9,79 puan almıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında bu fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo-3: Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Yaş Durumlarına Göre Dağılımı

Yaş	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	P*
30 yaşından küçük	56	80.44	11.91	
30 yaşından büyük	22	70.68	5.62	p<0.01

\* Mann - Whitney testi

Tablo 3’de hemşirelerin preoperatif dönemdeki bilgi puanlarının yaş durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan 30 yaşından küçük olan

hemşireler  $80,44 \pm 11,91$  puan, 30 yaşından büyük hemşireler  $70,68 \pm 5,62$  puan almışlardır. Gruplar arasında bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Tablo-4: Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	P*
Evli	44	73.86	11.91	
Bekar	34	82.64	5.62	$p < 0.01$

\* t - Testi

Tablo 4'te hemşirelerin preoperatif dönemdeki bilgi puanlarının hemşirelerin medeni durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Buna göre hemşirelerden evli olanlar  $73,86 \pm 11,91$  puan, bekar olanlar ise  $82,64 \pm 5,62$  puan almışlardır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında bu fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Tablo-5 : Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı

Çocuk Sahibi Olma	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	P*
Evet	38	72.10	9.19	
Hayır	40	83.00	10.78	$p < 0.01$

\* t - Testi

Tablo 5'de hemşirelerin preoperatif dönemdeki bilgi puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı görülmektedir. Buna göre çocuk sahibi olan hemşireler  $72,10 \pm 9,19$  puan, çocuk sahibi olmayan hemşireler ise  $83,00 \pm 10,78$  puan almışlardır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında bu fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Tablo-6: Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Daha Önceki Servis Deneyimine Göre Dağılımı

Servis Deneyimi	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	P*
Servis deneyimi var	50	77.30	11.43	
Servis deneyimi yok	28	78.39	11.47	$p > 0.05$

\* t - Testi

Hemşirelerin preoperatif dönemdeki bilgi puanlarının daha önce servis deneyimi olması durumuna göre dağılımı tablo 6'da gösterilmiştir. Hemşirelerden



servis deneyimi olanların bilgi puanı  $77,30 \pm 11,43$  ve servis deneyimi olmayanların bilgi puanı  $78,39 \pm 11,47$  bulunmuştur. Gruplar arasında bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Tablo 7: Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Hemşirelerin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	P*
Sağlık Meslek Lisesi	22	72.04	10.07	
Ön lisans	25	71.80	5.37	
Lisans	31	86.40	10.34	$p < 0.01$

\* Kruskal - Wallis Test

Tablo 7’de hemşirelerin preoperatif dönemdeki bilgi puanlarının hemşirelerin eğitim düzeyine göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerden sağlık meslek lisesi mezunları  $72,04 \pm 10,07$  puan, ön lisans mezunları  $71,80 \pm 5,37$  puan, lisans mezunları  $86,40 \pm 10,34$  puan almışlardır. Gruplar arasında bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Tablo-8: Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Hemşirelere Preoperatif Bakım ve Hazırlık Konusunda Hizmet İçi Eğitim Veren Kişiye Göre Dağılımı

Hizmet İçi Eğitim Veren Kişi	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	P*
Hemşire	40	81.25	12.59	
Hekim ve Hemşire	38	73.94	8.63	$p < 0.05$

\* t – Testi

Tablo 8’de hemşirelerin preoperatif dönemdeki bilgi puanlarının hemşirelere preoperatif bakım ve hazırlık konusunda hizmet içi eğitim veren kişiye göre dağılımı verilmiştir. Araştırmada hizmet içi eğitimi hemşirelerden alan hemşireler  $81,25 \pm 12,59$  puan almış, hizmet içi eğitimi hekim ve hemşireden alan hemşireler  $73,94 \pm 8,63$  puan almışlardır. Gruplar arasında bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Tablo-9: Hemşirelerin Preoperatif Dönemdeki Bilgi Puanlarının Hemşirelerin Bu Konu Hakkında Bilimsel Organizasyonlara Katılımlarına Göre Dağılımı

Bilimsel Organizasyonlara Katılım	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	P
Evet	12	84.58	9.87	
Hayır	66	76.43	11.25	p<0.03

\* Mann-Whitney Testi

Tablo 9’da hemşirelerin preoperatif dönemdeki bilgi puanlarının hemşirelerin bu konu hakkındaki bilimsel organizasyonlara (konferans, sempozyum, panel ve açık oturum gibi) katılımına göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerden bilimsel organizasyonlara katılan hemşireler 84,58±9,87 puan, bilimsel organizasyonlara katılmayan hemşireler 76,43±11,25 puan almışlardır. Gruplar arasında bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo-10: Hemşirelerin Preoperatif Dönemde Hasta Bakımı ve Ameliyata Hazırlığına İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Cevapların Dağılımı

		Sayı	%
Hasta yorulacağı için aktiviteleri engellenmeli	Doğru	70	89,7
	Yanlış	8	10,3
	Toplam	78	100.0
Hastanın diğer hastalar ile duygu paylaşımının önlenmesi	Doğru	45	57,7
	Yanlış	33	42,3
	Toplam	78	100.0
Hastanın daha önceden aynı veya benzer ameliyat geçiren, sağlığına kavuşmuş hastalarla görüşmesi engellenmeli	Doğru	75	96,1
	Yanlış	3	3,9
	Toplam	78	100.0
Hastanın beslenme yönünden problemleri giderilmeli	Doğru	34	43,6
	Yanlış	44	56,4
	Toplam	78	100.0
Hepsi	Doğru	42	53,8
	Yanlış	36	46,2
	Toplam	78	100.0
Ameliyata en yakın zamanda yapılmalı	Doğru	39	50,0
	Yanlış	39	50,0
	Toplam	78	100.0
Her hastaya rutin lavman yapılması	Doğru	49	62,8
	Yanlış	29	37,2
	Toplam	78	100.0
Hastaya ağrı eğitiminin ameliyat sonrası dönemde verileceğinin anlatılması	Doğru	51	65,4
	Yanlış	27	34,6
	Toplam	78	100.0
Premedikasyon zamanında yapılmalı ve sonra hasta idrar için tuvalete gönderilmeli	Doğru	51	65,4
	Yanlış	27	34,6
	Toplam	78	100.0
Hastanın dosyasını ve bütün tetkik sonuçlarını göndermeliyiz	Doğru	62	79,5
	Yanlış	16	20,5
	Toplam	78	100.0

Hemşirelerin preoperatif dönemde hasta bakımı ve ameliyata hazırlığına ilişkin bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların dağılımı tablo 10'da verilmiştir. Hemşirelerin %89,7'si "hasta yorulacağı için aktiviteleri engellenmeli" seçeneğini, %57,7'si "hastanın diğer hastalar ile duygu paylaşımının önlenmesi" seçeneğini, %96,1'i "hastanın daha önceden aynı veya benzer ameliyat geçiren, sağlığına kavuşmuş hastalarla görüşmesi engellenmeli" seçeneğini, %43,6'sı "hastanın beslenme yönünden problemleri giderilmeli" seçeneğini, %53,8'i "hepsi" seçeneğini, %50,0'ı "ameliyata en yakın zamanda yapılmalı" seçeneğini, %62,8'i "her hastaya rutin lavman yapılması" seçeneğini, %65,4'ü "hastaya ağrı eğitiminin ameliyat sonrası dönemde verileceğinin anlatılması" seçeneğini, %65,4'ü "premedikasyon zamanında yapılmalı ve sonra hasta idrar için tuvalete gönderilmeli" seçeneğini ve %79,5'i "hastanın dosyasını ve bütün tetkik sonuçlarını göndermeliyiz" seçeneğini işaretleyerek doğru cevap vermişlerdir.

Tablo-11 : Acil Olarak Gelen Hastaya Preoperatif Hazırlık Aşamasındaki Uygulamaların Uygun Seçeneğe Göre Dağılımı

Seçenekler		Sayı	%
Hemogram, kanama-pıhtılaşma zamanı ve kan grubu bakılması	Doğru	77	98.7
	Yanlış	1	1.3
	Toplam	78	100.0
Hastaya % 5 Dekstroz takılması	Doğru	4	5.1
	Yanlış	74	94.9
	Toplam	78	100.0
Hastanın takma dişleri çıkartılması	Doğru	77	98.7
	Yanlış	1	1.3
	Toplam	78	100.0
Hastanın makyajı, takıları çıkartılması	Doğru	74	94.9
	Yanlış	4	5.1
	Toplam	78	100.0

Acil olarak gelen hastaya preoperatif hazırlık aşamasında yapılan uygulamaların doğru ya da yanlış olarak cevap verilmesi istenen soruların yanıtları tablo 11'de verilmiştir. Hemogram, kanama-pıhtılaşma zamanı ve kan grubu bakılması sorusuna hemşirelerin %98,7'si "doğru" diyerek doğru yanıt vermiş, %1,3'ü "yanlış" seçeneğini işaretlemiştir.

Hastaya % 5 Dekstroz takılması sorusuna hemşirelerin %94,9'u "yanlış" diyerek doğru yanıt vermiş, %5,1'i "yanlış" seçeneğini işaretlemiştir.

Hastanın takma dişleri çıkartılmalı sorusuna hemşirelerin %98,7'si “doğru” diyerek doğru yanıt vermiş, %1,3'ü “yanlış” seçeneğini işaretlemiştir.

Hastanın makyajı, takıları çıkartılmalı sorusuna hemşirelerin %94,9'u “doğru” diyerek doğru yanıt vermiş, %5,1'i “yanlış” seçeneğini işaretlemiştir.

Tablo-12 : Preoperatif Dönemde Hastanın Ameliyata Hazırlık ve Bakım Aşamasında Bilinmesi Gereken Bilgilere Verilen Cevapların Uygun Seçeneğe Göre Dağılımı

Seçenekler		Sayı	%
Ameliyat öncesi hazırlık hastanın ameliyat olması kararının alındığı anda hasta-hekim iletişimi ile başlar	Doğru	63	80.8
	Yanlış	15	19.2
	Toplam	78	100.0
Ameliyata ilişkin korkular her zaman ameliyatın büyüklüğü ile orantılıdır	Doğru	18	23.1
	Yanlış	60	76.9
	Toplam	78	100.0
Ameliyat öncesi dönemde beslenme durumu iyi olan hasta kısa sürede iyileşir. Bu nedenle hastanın kilolu olması problem değildir	Doğru	2	2.6
	Yanlış	76	97.4
	Toplam	78	100.0
Ameliyattan 6-8 saat öncesi yiyecek alımı yasaklanır	Doğru	74	94.9
	Yanlış	4	5.1
	Toplam	78	100.0
Hastanın rahat ve sakin zaman geçirmesi için ziyaret saatleri kaldırılır	Doğru	35	44.9
	Yanlış	43	55.1
	Toplam	78	100.0
Hapşırık, öksürtük, boğaz yangısı, yüksek ateş ve deri lezyonları gibi bulguları enfeksiyon yönünden değerlendirilmelidir. Gerek duyulursa ameliyat ertelenmelidir	Doğru	76	97.4
	Yanlış	2	2.6
	Toplam	78	100.0

Preoperatif dönemde hastanın ameliyata hazırlık ve bakımında bilinmesi gereken bilgilere doğru ya da yanlış olarak verilen cevaplar tablo 12'de verilmiştir. Ameliyat öncesi hazırlık hastanın ameliyat olması kararının alındığı anda hasta-hekim iletişimi ile başlar sorusuna hemşirelerin %80,8'i “doğru” diyerek doğru yanıt vermiş, %19,2'si “yanlış” seçeneğini işaretlemiştir.

Ameliyata ilişkin korkular her zaman ameliyatın büyüklüğü ile orantılıdır sorusuna hemşirelerin %76,9'u “yanlış” diyerek doğru yanıt vermiş, %23,1'i “doğru” seçeneğini işaretlemiştir.

Ameliyat öncesi dönemde beslenme durumu iyi olan hasta kısa sürede iyileşir. Bu nedenle hastanın kilolu olması problem değildir sorusuna hemşirelerin %97,4'ü “yanlış” diyerek doğru yanıt vermiş, %2,6'sı “doğru” seçeneğini işaretlemiştir.

Ameliyattan 6-8 saat öncesi yiyecek alımı yasaklanır sorusuna hemşirelerin %94,9'u "doğru" diyerek doğru yanıt vermiş, %5,1'i "yanlış" seçeneğini işaretlemiştir.

Hastanın rahat ve sakin zaman geçirmesi için ziyaret saatleri kaldırılır sorusuna hemşirelerin %55,1'i "yanlış" diyerek doğru yanıt vermiş, %44,9'u "doğru" seçeneğini işaretlemiştir.

Hapşırık, ksrk, boğaz yangısı, yüksek ateş ve deri lezyonları gibi bulguları enfeksiyon yönünden değerlendirilmelidir. Gerek duyulursa ameliyat ertelenmelidir sorusuna hemşirelerin %97,4' "doğru" diyerek doğru yanıt vermiş, %2,6'sı "yanlış" seçeneğini işaretlemiştir.



## 6. TARTIŞMA

Afyon il merkezi hastaneleri cerrahi kliniklerinde çalışmakta olan hemşirelerin, hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilgi düzeyini saptamak amacı ile yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilgi puanlarının değerlendirilmesi toplam 100 puan üzerinden, en düşük puan 55,0, en yüksek puan 100,0 iken ortalama puan 77,6'dır (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre toplam bilgi puanları arasındaki fark incelendiğinde, A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesinde çalışan hemşireler, diğer kurumlarda çalışan hemşirelerden daha yüksek puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin %34,7'sinin A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesinde çalışmakta olduğu ve 88,52 puan aldıkları görülmüştür. Hemşirelerin %12,8'inin Afyon S.S.K. Hastanesinde çalışmakta olduğu ve 70,00 puan aldıkları görülmektedir. Hemşirelerin %33,3'ünün A.D.H.'nde çalışmakta olduğu ve 72,50 puan aldıkları görülmüştür. Hemşirelerin %19,2'sinin Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi ve Çocuk Hastanesinde çalışmakta olduğu ve 72,33 puan aldıkları görülmüştür (Grafik-8, Tablo 2).

Şelimen ve ark. çalışmalarında, düzenlenen hizmet içi eğitim programlarına katılım ile kurumların karşılaştırılmasında; özel ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarına katılım oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (30).

Haytural'ın çalışmasında, çalışma yılı 1-3 yıl olan genç ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta ile konuşmaya zaman ayırma yüzdesi daha yüksektir (4).

A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesinde çalışan hemşireler, diğer kurumlarda çalışan hemşirelerden daha yüksek puan almışlardır. Üniversite Hastanelerinin bir eğitim kurumu olması nedeni ile hemşirelerin eğitimine olumlu katkılarının olduğu, ayrıca bu kurumlarda daha fazla yüksek okul mezunu hemşirelerin çalışması, tıp alanındaki bilgilerin daha erken kullanım ortamı bulması bilgilerini artırıcı faktörler olarak gösterilebilir (48). Diğer kurumlarda çalışan

hemşirelerin puanlarının düşük bulunma nedenleri ise, hemşire başına düşen hasta sayısının çok olması, zaman yokluğu (örneğin sekreter görevini de hemşirenin yapması gibi), mesleki gelişim için yeterli yayın takip etmiyor olabilecekleri, preoperatif bakım ve hazırlık konusunda hemşirenin bilgi, deneyim ve becerilerinin eksikliği veya kendilerini bu konuda yeterli görmemeleri olabilir.

Hemşirelerin %71,8'i gibi büyük bir grubun 30 yaşından küçük olduğu saptanmıştır (Grafik 1). Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları ile bilgi puanları arasındaki fark incelendiğinde (Tablo 3); 30 yaşından küçük hemşire grubunun aldıkları puan (80,44), 30 yaşından büyük hemşirelerden (70,68) daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Kılınc'ın çalışmasında, %80,0'ını yaş ortalaması olarak 28 yaşından küçük hemşireler oluşturmaktadır (11). Sarıkaya'nın çalışmasında, %88,88'i gibi çoğunluğu yaş ortalaması olarak 18-29 yaş grubu hemşirelerin oluşturduğu saptanmıştır (27). Bu çalışma Kılınc'ın ve Sarıkaya'nın çalışması ile paralellik göstermektedir (11,27). Çalışmamızdaki hemşirelerin daha çok genç gruptan oluştuğu görülmektedir. Nedeni ise, meslek yaşamlarında hemşirelerin ileri yaşlarda daha az yoğun olan pasif çalışma alanlarına kaydıkları düşünülmektedir (27).

Çalışmamızdaki hemşirelerin %56,4'ü evli ve hemşirelerin %48,7'sinin çocuk sahibi olduğu saptanmıştır (Grafik 2-3).

Bekar hemşireler 82,64 puan, evli hemşireler ise 73,86 puan almışlardır (Tablo 4). Çocuk sahibi olmayan hemşireler 83,00 puan, çocuk sahibi olan hemşireler 72,10 puan almışlardır (Tablo 5) ve bu fark (medeni durumda-çocuk sahibi olma) istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Bu sonuç ile bekar hemşirelerin daha profesyonel çalıştığı düşünülebilir. Çünkü; bekar hemşirelerin yaşamlarında daha az probleme sahip olabileceğini, daha kaliteli ve verimli çalışabileceğini ve böylece kapsamlı hemşirelik bakımı sunabileceğini araştırmaya başlarken tahmin etmiştik. Çalışan evli bayanların özel yaşamındaki problemlerinin daha fazla olacağını tahmin ederek, özellikle çocuklarını bırakabileceği uygun kreş ya da bakıcı bulamamaları meslek yaşamındaki kaliteyi azaltabileceğini düşündürmektedir. Bu fikirden yola çıkarak beklendik bir sonuç elde ettiğimizi görmekteyiz.



Çalışmamızdaki hemşirelerin %35,9'unun daha önce servis deneyimi olmadığı ve ilk olarak cerrahi serviste göreve başladığı, %64,1'inin servis deneyimi olduğu saptanmıştır (Grafik 4).

Hemşirelerin servis deneyimi ile bilgi puanı arasındaki fark incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Servis deneyimi olan hemşireler 77,30, servis deneyimi olmayan hemşireler 78,39 puan almışlardır (Tablo 6). Bu sonuç daha önce servis deneyimi olmayan ve ilk olarak cerrahi serviste göreve başlamış olan hemşirelerin okuldan yeni mezun olmaları nedeni ile bilgilerini unutmadıkları ve hastaya yaptıkları uygulamaların amaçlarını bildiklerini düşündürmektedir. Fakat, sadece çalışma süresi değil, hemşirelerin hizmet içi eğitim programları ile bilgilerinin yenilenmesi ve sürekli kılınması çalışma yaşamında mesleğin iyi ve kaliteli sunulmasına yardımcı olacaktır. Düzenlenen hizmet içi eğitimin ve deneyimin birbirine paralel olarak olumlu yönde hemşirelerin bilgi puanlarına yansıtacağını düşünmekteyiz.

Karadeniz ve Atalay'ın çalışmasında, çalışma süresi arttıkça bilgilerin unutulduğu ve unutilan bilgilerin yenilenmesi ve geliştirilmesine ilişkin pek fazla istek ya da olanak olmadığı saptanmıştır (48).

Gökdoğan'ın çalışmasında, hemşirelerin çalıştıkları servise göre çalışma süreleri ile orantılı olarak, mesleki bilgi ve becerisinin de arttığı ve deneyim kazanmanın önemli olduğu belirtilmektedir (49). Bu çalışma Gökdoğan'ın çalışması ile paralellik göstermemektedir. Bu çalışmayı planlarken bizim bu konuya yönelik beklentimizde aynı yöndeydi, ancak çıkan sonuçlar düşüncemizi desteklemedi.

Çalışmamızdaki hemşirelerin eğitim düzeyi incelendiğinde; %28,2'si sağlık meslek lisesi, %32,1'i ön lisans ve %39,7'sinin lisans mezunu olduğu görülmektedir (Grafik 5). Kılınç'ın çalışmasındaki hemşirelerin %44,0'ı, Sarıkaya'nın çalışmasındaki hemşirelerin %58,33'ü ve Sucu'nun çalışmasındaki hemşirelerin %89,0'ının sağlık meslek lisesi mezunu olduğu belirtilmiştir (11,27,29).

Hemşirelerin eğitim düzeyi ile bilgi puanı arasındaki fark incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlık meslek lisesi mezunu hemşireler 72,04 puan, ön lisans mezunu hemşireler 71,80 puan, lisans mezunu hemşireler 86,40 puan almışlardır (Tablo 7). Mezun olunan okulun kişinin eğitimine önemli katkıları olduğu bir gerçektir. Eğitim düzeyi arttıkça



kavrama, eğitim, danışma, uygulama, sentez etme ve araştırma yeteneklerinde de artma olur ve eğitim düzeyi yüksek olan bireyin eğitime hazır bulunma düzeyi de yükselir (48). Eğitim düzeyleri ile aldıkları bilgi puanları arasında lisans mezunu hemşirelerin diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda, eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi puanının da yükselmesi bu görüşü desteklemektedir. Ayrıca eğitim ile alınan bilgiler hastayla paylaşılmıyorsa bu eğitimin değerinin önemli olmadığını düşünmekteyiz.

Eğitim, verimliliğin artırılmasını personelin niteliğini değiştirerek sağlar. Bu nitelik değişimlerini bilgi, beceri ve davranış değişiklikleri oluşturarak gerçekleştirir (2). Sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalarla iletişim kurma becerileri, hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmesinde başlıca rolü oynamaktadır (45).

Şelimen ve ark. çalışmalarında, lisans mezunu hemşirelerin %84,2'sinin hizmet içi eğitim programlarına katıldığı, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin %57,3'ünün hizmet içi eğitim programlarına katıldığı belirlenmiştir (30). Oysa, meslek lisesi mezunu hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarına daha çok katılarak mesleki bilgilerini geliştirmeleri gerektiğini düşünmekteyiz.

Fadıloğlu ve ark. çalışmalarında, hastalara düşünceleri sorulduğunda hemşirelerin görev ve çalışmaları konusunda bilgili oldukları ve hemşirenin eğitim düzeyinin yüksekokul düzeyinde olması gerektiğini düşündüklerini bildirmişlerdir (12). Bu düşüncelere katılmaktayız.

Kılıç'ın çalışmasında hemşirelerin mezun oldukları okulların bilgi, uygulama ve toplam puan üzerine önemli bir etkisi olmadığı bulunmuştur (11). Kılıç'ın çalışması araştırmamızın sonuçları ile uyum göstermemektedir. Çalışmamızdaki sonuçlara göre lisans mezunu hemşireler daha yüksek puan almışlardır. Biz mesleğin lisans mezunu hemşireler ile sürdürülmesinin önemini, eğitimin kişiyi geliştirdiğini ve bu sonuçla eğitimde standardizasyonunun önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Mesleki eğitimin niteliği ve içeriği yetişecek elemanların hem mesleğin, hem de toplumun onlardan beklentilerini karşılamalarında anahtar roldedir. Hemşirelerin bu mesleki performansı sergileyebilmeleri için ise yeterli bilgi ve beceriyle donatılmış olmaları, iyi iletişim kurabilme, teknolojik ve bilimsel ilerlemeleri mesleklerine uyarlayabilme, mesleki bilgisini yenileyebilme, bireyin fizik, psikolojik

ve sosyal yönden onun gereksinimlerine yanıt verebilmek gibi niteliklere sahip olarak yetiştirilmeleri gerektiği belirlenmiştir. Bu düzeyde entelektüel ve davranışsal yeterliliği gösterebilmeleri için de hemşirelik eğitiminin üniversite düzeyinde verilmesi Avrupa ülkelerinde de benimsenmiştir. Araştırmalar üniversite mezunu hemşirelerin mesleksi beceri ve bilgiyi uygulamada daha başarılı olduklarını göstererek bu görüşü desteklemektedir (2).

Çalışmamızdaki hemşirelerin %51,3'ü hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı konusunda hizmet içi eğitimi hemşireden, %48,7'si hekim ve hemşireden almıştır (Grafik 6).

Hemşirelerin hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı konusunda hizmet içi eğitimi veren kişiye göre bilgi puanı arasındaki fark incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hizmet içi eğitimi hemşireden alan hemşireler 81,25 puan almışlar, eğitimi hekim ve hemşireden alan hemşireler 73,94 puan almışlardır (Tablo 8). Eğitimin tüm mesleki yaşam boyunca sürmesi düşüncesi temel meslek eğitimi sırasında aşılıp, mezuniyet sonrası da hizmet içi eğitim programlarıyla sürekli eğitim sağlanarak desteklenmelidir. İyi planlanıp organize edilen ve desteklenen hizmet içi eğitim programları, hemşirelik uygulamalarını bağımsız, yaratıcı ve eleştirici düşünme becerileri ile donatabilecek düzeyde hemşirelere düzenlenirse, hemşirelerin bilgi ve becerilerini daha etkin kullanarak, hastanın gereksinimlerini karşılamada profesyonel bir yaklaşım kullanabilecekleri ve böylece hemşirelik bakım kalitesinin daha iyi olacağını düşünmekteyiz. Bu düşünceden yola çıkarak oldukça beklendik sonuç elde ettiğimizi görmekteyiz.

Şelimen ve ark. çalışmalarında, hemşirelerin öğrenim durumları ile hizmet içi eğitim konularının verilmesini uygun gördükleri birimler; lisans mezunu hemşirelerin %86,8'inin eğitim koordinatörlüğü, ön lisans mezunlarının %66,4'ünün meslekte uzmanlaşmış kişilerce, her bir grubun yaklaşık %10'unun ise hekimler tarafından eğitilmek istedikleri saptanmıştır (30).

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %15,4'ü hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı konusunda bilimsel organizasyonlara katıldığı, %84,6'sının katılmadığı görülmektedir (Grafik 7). Buradaki orana bakıldığında çalışan hemşirelerin bu gibi organizasyonlara katılım yönünden yeterince

desteklenmediği görülmektedir. Bunun nedenleri ise personel yetersizliği, maddi imkansızlıklar veya kurum politikası olabilir.

Hemşirelerin hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı konusunda bilimsel organizasyonlara katılımına göre bilgi puanı arasındaki fark incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $P<0,05$ ). Bilimsel organizasyonlara (konferans, sempozyum, panel ve açık oturum gibi) katılan hemşireler 84,58 puan almış, bilimsel organizasyonlara katılmayan hemşireler 76,43 puan almışlardır (Tablo 9). Hemşirelerin tıp ve teknolojinin gelişimine paralel olarak mesleki açıdan kendilerini geliştirmeleri ve buna göre kapsamlı hemşirelik bakımını gerçekleştirebilmeleri için, mezuniyet sonrası da yayın izlemeleri, bilimsel organizasyonlara katılmaları, meslekle ilgili bilgilerini yenilemeleri, gelişen yeni durumları izlemeleri gerekir (11). Çalışmayı planlarken bizim bu konuya yönelik beklentilerimizde bu doğrultuda idi. Çalışmamızda da bilimsel organizasyonlara katılan hemşirelerin bilgi puanının yüksek olması bu görüşü desteklemektedir.

Temel eğitimde kazanılan bilgilerin zamanla unutulması veya kullanılmaz hale gelmesi sadece hemşireyi ve hizmet verdiği bireyi değil tüm toplumu etkileyen bir sorundur. Hemşirenin profesyonel gelişimini gerçekleştirebilmesi için konferans, sempozyum, seminer, panel, açık oturum, hizmet içi eğitim, bilgi ve görgüyü arttırmayı amaçlayan seyahatler ve bilimsel organizasyonlar gibi bilginin üretildiği ve sunulduğu bilimsel faaliyetlere aktif katılımları ile mümkün olacaktır (3).

Şelimen ve ark. çalışmalarında, hemşirelerin öğrenim durumları ile bilimsel organizasyonlara katılımları incelendiğinde; lisans mezunu hemşirelerin %64,9'unun, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin %28,3'ünün bilimsel organizasyonlara katıldıkları saptanmıştır (30).

Ekizler'in çalışmasında, klinisyen hemşirelerin bilimsel faaliyetlere katılımlarının ve mesleki yayınları izleme durumlarının yetersiz olduğu saptanmıştır (3).

Hemşirelerin cerrahi kliniklerde uygulanan hemşirelik bakımı hedeflerini bilme düzeylerine bakıldığında, (%89,7) hastanın kendi bakımına katılmasının olumlu yönlerini bilmektedirler (Tablo 10). Ameliyat sonrası erken ayağa kaldırma GİS hareketini, akciğer kapasitesinin genişlemesini, sekresyonun atılmasını, venöz

dolaşımın kolaylaşmasını ve eklemlerdeki sertliği önler. Hastayı rahatlatır (1). Hasta psikolojik olarak kendini iyi ve değerli hisseder, kendine güveni gelişir. Böylece bireyin kendi bakımına katılmasının iyileşme ve komplikasyonlar üzerine olan olumlu etkisini hemşirelerin bildiklerini söyleyebiliriz.

Hemşirelerin (%57,7) preoperatif dönemdeki bakım ve hazırlık aşamasında hastaya verilen eğitimin amacını bilmektedirler (Tablo 10). Hasta eğitimi, hemşirelik bakımının bütünleyici bir parçasıdır (33). Hastanın iyileşmesi için olanakları ve optimal fonksiyon düzeyini sürdürmesine yardımcı olmak için hastanın öğrenim gereksinimlerini saptamak hemşirenin görevidir (18). Ameliyat öncesi dönemde uygulanacak eğitim, yapılacak ameliyata ve hastanın durumuna göre farklılık gösterirse de, ameliyat olacak hastalara; derin solunum, öksürük, dönme ve ekstremite eksersizleri öğretilmelidir (28). Egzersizlerinin amacı, inhalasyon anesteziyelerinin elimine edilmesi, alveolar kollapsın önlenmesi, hava yollarını genişletip sekresyonların atılmasını sağlayarak, solunum komplikasyonlarını önlemek, kan dolaşımını hızlandırarak cilt bütünlüğünün korunmasını sağlamak, ağrıyı azaltmak, ameliyat sonrası dönemde venöz dönüşü kolaylaştırmak, venöz stazi, tromboflebiti, derin ven trombozu gibi dolaşım problemlerini önlemeye yardımcı olmaktır. Aynı zamanda ameliyat sonrasında gelişebilecek gaz ağrılarını da önler (15,16,27,28,39). Ameliyat olmak üzere cerrahi kliniklere yatan hastaların beklentisi başarılı bir ameliyattan sonra herhangi bir komplikasyon gelişmeden en kısa sürede eski sağlığına ve yaşantısına geri dönmektir. Preoperatif dönemdeki hasta bakımının en önemli noktası hasta eğitimidir. Hastanın sorunsuz bir ameliyat sonrası geçirmesini ve kaybedilen değerlerin erken kazanılmasını sağlayacaktır. Böyle bir yaklaşım, hastanın işbirliği yapmasına, tedaviye katılımına ve iyileşme sürecinin hızlanmasına yardımcı olacaktır. Hasta bakımındaki amacı bilmemek eğitimin neden ve niçin yapıldığının bilinmediğini düşündürmektedir. Ameliyat sonrası hastada gelişecek komplikasyonların önlenmesinde, kaliteli bakım verilmesi, hastanede yatış süresinin kısalması ve ekonomik maliyetin daha az olmasında eğitim önemlidir. Günümüz koşullarında teknolojinin ilerlemesi ve eğitim düzeyinin yükseltilmesi ile bu oranın daha yüksek olması beklenmektedir.

Özbayır'ın çalışmasında, planlanmış ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası hastaların vital kapasitelerini artırdığı ve bundan dolayı solunum

problemlerinin önleendiği saptanmıştır ve ameliyat öncesi planlı eğitim uygulanan hastalardan oluşan grup da, ameliyat sonrası ilk 72 saatte uygulanan analjezik sayısının daha az olduğu bildirilmiştir (28).

Yapılan çalışmalar preoperatif dönemde eğitim alan hastaların eğitim almayanlara oranla anestezide daha az sorun yaşadığı, ameliyat sonrası komplikasyonun daha az görüldüğü ve bu hastaların daha hızlı iyileştiklerini göstermiştir (6).

Araştırmalar sonucunda, özel bilgi verilen hastaların postoperatif ağrılarının hızlıca düştüğü, anksiyetelerinin azaldığı ve ağrının azalmasından hastaların memnun oldukları bildirilmiştir (50).

Yılmaz'ın çalışmasında, ameliyat öncesi dönemde yazılı öğretim kılavuzu kullanılarak planlanmış öğretim yapıldığında ve hastalar ameliyat öncesi ve sonrası hemşire izlem formları ile sistemli izlendiğinde, ameliyat sonrası dönemde komplikasyon görülme oranının azaldığı, hastaların aldıkları hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyetlerinin arttığı ancak, yatış sürelerinde bir farkın olmadığı saptanmıştır (26). Araştırmalar hasta eğitiminde hem yazılı hem de sözlü bilgilerin birlikte kullanılmasının önemini ortaya koymaktadırlar (1,26).

Kılınç'ın çalışmasında, hemşirelerin ameliyat öncesi öğretilmesi gereken egzersizler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları bildirilmektedir (11). Köşgeroğlu ve ark. ameliyat öncesi ve sonrası hastaların bilgi gereksinimlerini planlamaya yönelik yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi dönemde hastaların bilgi kaynağı olarak ilk sırada aynı ameliyatı geçiren hastalardan, ikinci sırada hekimden, üçüncü sırada hemşirelerden yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Bu da ameliyat öncesinde hemşirelerin hastalara eğitici rollerini kullanmadıklarını göstermesi açısından önemlidir (51). Sucu'nun çalışmasında, hemşirelerin hasta eğitimi gibi önemli bir konuyu bilmedikleri saptanmıştır. Hemşirelerin bu konuda bilgilerinin olmaması, okulda bu konu üzerinde yeterince durulmamış olabileceği, çalıştıkları kliniklerde konu ile ilgili hizmet içi eğitim programlarına yeterince yer verilmemiş ya da bu konuda bilgilerinin uygulamaya aktarmadıklarından unutmuş olabilecekleri belirlenmiştir (29). Bizde bu görüşe katılmaktayız.

Hemşirelerin hastanın ameliyata psikolojik olarak hazırlığını bilme düzeylerine bakıldığında, (%96,1) hemşirelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip



oldukları saptanmıştır (Tablo 10). Ameliyat olmak üzere hastaneye yatan bireyin alıştığı çevreden, sevdiklerinden uzak olması, kendisine yabancı bir ortamda bulunması ve ameliyat stresi nedeni ile hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir (15,16,19). Bireyselleştirilen veya hasta merkezli bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, ilişkiler sırasında da bir güvenin kurulmasına neden olmaktadır (45).

Ameliyat öncesi dönemde psikolojik olarak iyi hazırlanmayan hastalar, ameliyat stresine uyum gösteremezler, buna bağlı olarak komplikasyonlar gelişebilir ve hastanın iyileşmesi gecikebilir (16). Hasta ile kurulan iletişim onun duygularını, düşüncelerini, gereksinimlerini ifade etmesini kolaylaştırmalıdır. Bu nedenle hastanın söylediği ve yaptığı şeylerden dolayı kınanmadığı, küçümsenmediği, söylediklerinin dinlendiği, haklarına saygı duyulan bir yaklaşım uygulandığı düşünülmektedir.

Hastaları ameliyata ya da stresli invaziv girişimlere hazırlamak için geliştirilen müdahaleler, genellikle hastanın korkusunu, endişesini ve stresini azaltmayı, bilgilendirme ve psikolojik tedaviyi geliştirmeyi hedef alır (41).

Literatürde acil gelen hastanın, ameliyat öncesi dönemin kısıtlılığı içinde etkili ve kapsamlı bir bakım sağlamasını zorlaştırdığı bildirilmektedir (40). Başka bir çalışmada, daha iyi hasta bakımı sağlamak için ameliyat öncesi ekip üyelerinin hastayı ameliyatın psikolojik ve fiziksel etkilerine hazırlamak için birlikte çalışmalarını gerektiği bildirilmektedir (24).

Fadıloğlu ve ark. çalışmalarında, %66 oranında hemşirelerin hastaya tedavi dışında zaman ayırmadığı tespit edilmiştir (12). Haytural'ın çalışmasında hemşirelerin, hastanın sorunları üzerine konuşma ve psikolojik yaklaşımda hasta ile mesleki ilişki kurma yüzdesinin düşük olduğu (%26) saptanmıştır (4). Fadıloğlu ve Haytural'ın çalışması bizim çalışmamız ile paralellik göstermemektedir.

Bölükbaş'ın çalışmasında hastaların ameliyat öncesi devrede hemşirelerden beklentileri ilgi, güleryüz, hoşgörü ve anlayış gibi duygusal ihtiyaçların karşılanması olarak saptanmıştır (6).

Kılınç'ın çalışmasının, çalışmamız ile benzer yönde olduğu görülmektedir. Kılınç'ın çalışmasında da hastaya yapılan işlemler hakkında bilgi verildiği saptanmıştır (11). Burada hemşirelerin bireyin sorunlarını anlamaya,

gereksinmelerini tanımaya, karşılamaya ve hastanın baş etme davranışlarını geliştirmeye yönelik uygulanan işlemin hasta için yapıldığının farkında olduklarını, buna göre iş merkezli değil hasta merkezli çalıştıklarını ve hastayı sadece hastalığı ile değil fiziksel, psikolojik ve sosyal yönü ile bir bütün olarak ele alıp hastaya saygı gösterilmesi gerektiğinin farkında ve bilincinde oldukları, profesyonel bir hemşirelik bakımı uyguladıklarını düşünmekteyiz. Böyle bir yaklaşım hastanın işbirliği yapmasına, tedaviye katılmasına ve iyileşme sürecinin hızlanmasına yardımcı olacaktır.

Hemşirelerin hastanın ameliyata fiziksel olarak hazırlanmasını bilme düzeylerine bakıldığında, (%43,6) beslenmenin önemli olduğunu bilmektedir (Tablo 10). Ameliyatın başarısı ve ameliyat sonrası iyileşme, beslenme durumuyla doğrudan ilişkilidir (9,15). Ameliyat öncesinde beslenmesi iyi olan hasta, ameliyat stresi ile daha kolay baş edebilir ve kısa sürede iyileşebilir (11,14,16). Hasta vücudunun enerji ve besin depoları, ameliyat öncesi oral alımın kesilmesi ve diyet kısıtlamaları sonucu daha kısıtlıdır. Hasta ameliyat ile fiziksel olarak ne kadar iyi karşılaşırsa, ameliyat ve ameliyat sonrası komplikasyonların oluşma olasılığı o kadar az olacaktır. Fakat hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeyleri yeterli değildir. Hemşirelerin hastaya istedik ve kapsamlı bakım verebilmeleri için hastayı iyi tanımaları, hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir.

Hemşirelerin hastayı ameliyata yasal hazırlıktaki amacı bilme düzeylerine bakıldığında, (%53,8) hastadan ve hasta yakınlarından gelebilecek suçlamaya karşı hastaneyi, doktoru, hemşireyi kısacası tüm ekibi ve yine hastayı istemediği bir ameliyattan korumak olduğunu bilmektedir (Tablo 10). Yasal hazırlıktaki bilgi eksikliği direk olarak bu konu ile hemşirelerin değil, hekimlerin hasta ile görüşmesi nedeni ile olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin hastanın cilt hazırlığının en uygun ne zaman yapıldığını bilme durumuna bakıldığında, (%50,0) ameliyata en yakın zamanda yapılmalı cevabını vermişlerdir (Tablo 10). Bu bilgi düzeyi yeterli değildir. Fakat bunun sebebi hastanelerde uygulanan farklı politikalar olabileceği düşünülse de hemşirenin ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek yara yeri enfeksiyonu gelişme riskini iyi bir cilt hazırlığı ile en aza indirilebileceğini bilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Ameliyat kapsamına ilişkin bölge hazırlığı ameliyata en yakın zamanda, deri bütünlüğünü

bozmayacak şekilde yapılır (14). İyi bir deri hazırlığı yapılmadıysa enfeksiyon riski artar (32).

Tıraş ameliyattan hemen önce yapıldığında oran %3,1, ameliyattan 24 saat önce yapıldığında %7,1, ameliyattan 24 saatten daha fazla süre önce yapıldığında %20 oranında olduğu bildirilmektedir (46).

Hemşirelerin hastanın ameliyat öncesi akşamı hazırlığını bilme düzeylerine bakıldığında, (%62,8) hastaya rutin lavman yapılmaması gerektiğini bilmektedir (Tablo 10). Fakat bu oran yeterli değildir. Lavman, GİS ameliyatları, büyük abdominal, pelvik ve perineal bölge ameliyatları dışında rutin bir uygulama değildir (1,9,16). Bu sonuç bize hemşirelerin hastanın tanısını, doktor orderını yeterince dikkatli incelemeyeceğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin hastanın ameliyat öncesi gecede eğitimi bilme düzeylerine bakıldığında, (%65,4) hastaya ağrı eğitiminin ameliyat öncesi dönemde verileceğini bilmektedir (Tablo 10). Ameliyat sonrası ağrısı az olan hasta kendi bakımına daha rahat katılır ve mobilize olur. Böylece iyileşmenin daha çabuk olmasına neden olabilir. Bu da hastanede kalış süresinin kısalmasını ve maliyetin düşmesini sağlayacaktır. Ayrıca, ağrısının önlenmesi ya da yeterince giderilmesi hastanın hakkıdır. Bu oranın yüksek olmama nedeni olarak ağrı ile ilgili çalışmaların çok fazla olmaması, hemşirelerin eğitim müfredatında ağrı ile ilgili konuların yeterince anlatılmamış, çalışma ortamında konu ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının yeterince düzenlenmemiş ve ağrı kontrolünde hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarını tam uygulamamaları nedeni ile olabileceği düşünülmektedir.

Kocaman yaptığı çalışma sonucuna göre, ağrı ile ilgili verilen eğitimin hasta probleminin çözümü için hemşirelere gerekli duyarlılığı kazandırdığı, ağrı değerlendirmesinin daha gerçekçi yapıldığını düşünmektedir (42).

Karadeniz ve Atalay'ın çalışması, araştırmaya katılan hemşirelerin ağrı, ağrılı hastayı ele alışları, yaklaşımları, ağrıyı etkileyen etmenler ve ağrıyı oluşturan nedenlere ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını göstermiştir (48).

Hemşirelerin hastanın ameliyat günü sabahı bakım ve hazırlığını bilme düzeylerine bakıldığında, (%65,4) premedikasyon ve yan etkilerini bildikleri görülmektedir (Tablo 10). Bu oranın hastane politikasına göre premedikasyonların serviste yapılıp yapılmamasından etkilendiği düşünülmektedir. Çünkü kullanılan



bilgi tekrar da edilmiyorsa unutulacağı nedeni ile, hemşireler premedikasyon uygulamadıkları için bu konuyu tam olarak bilemedikleri düşünülmektedir. Premedikasyonun amaçları; hastanın anksiyetesini ve farengial sekresyonu azaltmak, sedasyonu sağlamak, anestezi ve ameliyatın etkisi olan ameliyat sonrası bulantı-kusmayı azaltmak, verilecek anestezi miktarını azaltmak ve bilinç kaybını kolaylaştırmaktır (9,10,47). Bu nedenle premedikasyon zamanında yapılmalıdır erken ya da geç yapılması premedikasyon uygulama amaçlarını engellemiş olur.

Aygın ve ark. çalışmasında, cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi premedikasyon uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, premedikasyon uygulamalarında ve hemşirelik bakımında eksikler olduğu saptanmıştır (47).

Sucu'nun çalışmasında hemşirelerin %85'i premedikasyonun sadece sedasyon amacı ile yapıldığını, diğer etkilerini düşük oranda bildikleri saptanmıştır (29).

Kılınç'ın çalışmasında, %50'ye yakın hemşire grubunun premedikasyon ilaçlarının yan etkilerini bilmedikleri bildirilmektedir (11).

Hemşireler hastayı ameliyathaneye naklederken gönderilmesi gereken malzemeleri (%79,5) bilmektedirler (Tablo 10). Bu sonuç çok iyi olmamasına rağmen yeterli görülebilir.

Hemşireler acil olarak gelen hastayı ameliyata hazırlarken, (%98,7) hemogram, kanama-pıhtılaşma zamanı ve kan grubuna bakılması gerektiğini bilmektedirler (Tablo 11). Hemşireler preoperatif, intraoperatif ve postoperatif değerlendirme için hemogramı dikkatle incelemelidir (44). Kan tetkiklerinin bilinmesi, hastanın kan volümü, kanamaya yatkınlığı ve savunma hücreleri yani bağışıklık sistemi hakkında bilgi verecektir ki bu da yara yeri iyileşmesi açısından önemlidir (29). Bu laboratuvar testlerini iyi bir şekilde algılamak, kaliteli bir bakım sağlamak için gereklidir (44). Kan grubu ve hemoglobulin tayini cerrahi girişim uygulanacak her hastada gereklidir. Bu sonuç bize hemşirelerin hastanın ameliyatta kanama ile ilgili bir probleminin olabileceği riskini bildiklerini düşündürmektedir.

Hemşireler acil gelen hastayı ameliyata hazırlarken, (%94,9) % 5 Dextroz takılmaması gerektiğini ve (%98,7) takma dişlerin çıkartılması gerektiğini bilmektedirler (Tablo 11). Acil olarak gelen hastada Diabetes Mellitus hastalığı gibi

hastalıkların olabileceği nedeni ile yapılan tahlillerin sonucunu görmeden hastaya dextroz takılmamalıdır. Hemşirelerin, takma dişin entübasyon sırasında sorun yaratabileceğini bildiklerini düşünmekteyiz. Çünkü; takma dişler anesteziğin ameliyat sırasında hastayı uyuturken maskeyi güvenli bir şekilde uygulamasına engel olur.

Sucu'nun çalışmasında hemşirelerin %74'ü hastanın takma dişlerinin çıkartılması gerektiğini bilmektedir (29).

Hemşireler (%94,9) acil olarak gelen hastanın uygun bir zamanda makyajı ve takılarının çıkartılması gerektiğini bilmektedirler (Tablo 11). Takılar ameliyat esnasında dolaşımı engelleyebilir, enfeksiyona neden olabilir ve aynı zamanda takıların çıkarılması ile kişisel eşyaların kaybolması önlenmiş olur. Metal takılar ise elektrik akımı ileterek hastada yaralanmalara neden olabilir. Hastaların tırnaklarının siyanoz açısından gözlenebilmesi içinde ojenin de çıkarılması gerekmektedir. Bu da bize hemşirelerin hastanın makyajı olması nedeni ile tam genel durumunu değerlendirmenin zor olacağını bildiğini düşündürmektedir.

Sucu'nun çalışmasında hemşirelerin %72'si takılarını, %82'si ojenin çıkarılması gerektiğini bildikleri saptanmıştır (29).

Hemşireler (%80,8) ameliyat öncesi hazırlığın hastanın ameliyat olması kararının alındığı anda hasta-hekim iletişimi ile başladığını bilmektedirler (Tablo 12). Hastanın cerrahi girişim kararının alınması, cerrahi servise kabul edilmesi ile başlayan ameliyat öncesi hazırlık devresinde hasta ile yakın temas içinde olan hemşire, hasta ve ailesini hayatlarında oluşan bu değişik dönemi olabildiğince rahat ve uyum içinde geçirmesinde etkin olabilecek kişilerden biridir (8,9). Bu dönemde hasta durumunun iyi bir şekilde değerlendirilebilmesi, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ortaya çıkabilecek sorunlara ilişkin verilerin toplanmasına bağlıdır. Bu veriler, hasta dosyasından, laboratuvar testlerinden, hasta yakınlarından ve hasta ile yapılan görüşmelerden elde edilebilir (1,16).

Hemşireler (%76,9) ameliyata ilişkin korkuların her zaman ameliyatın büyüklüğü ile orantılı olmadığını bilmektedirler (Tablo 12). Ameliyat hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır (10,19). Ameliyatın küçük olması hastanın az korkmasını ya da korkmamasını gerektirmez (6,15). Bu nedenle hastanın kendisini ifade etmesine izin

verilir. Aşırı ameliyat korkusu önemli bir sorundur ve ameliyat öncesinde giderilmelidir. Hastanın korkularını açıklamasına fırsat verilmeli ve ameliyata ilişkin gerekli açıklamalar yapılarak hasta desteklenmelidir (11,16). Hemşirenin varlığı ve konuşmaları, bireyin sorunlarını anlamaya, gereksinmelerini tanımaya, karşılamaya ve baş etme davranışlarını geliştirmeye yöneliktir (7).

Hemşireler (%97,4) ameliyat öncesi dönemde hastanın fazla kilolu olması nedeni ile problem yaşayabileceğinin farkındadırlar (Tablo 12). Şişman hastalar, ameliyat acil değilse, ameliyat öncesi dönemde normal kilolarına indirilmelidir. Şişman hastaların ameliyat riski yüksektir (10,32). Hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği ve diyabetes mellitus gibi metabolik sorunlar şişman hastalarda sık görülür (16). Şişman hastalarda yağ dokunun fazla olması, teknik açıdan güçlük oluşturur. Ameliyat yarası normalden daha geniş olur ve yara iyileşmesi gecikir (1,14). Bu nedenle ameliyat sonrası, insizyonel herni ve yara açılması riski yüksektir. Ayrıca şişman hastaların solunum adeleleri etkin fonksiyon göremediğinden, pulmoner komplikasyonlar da gelişebilir (10,11).

Hemşireler (%94,9) ameliyattan 6-8 saat öncesi yiyecek alımının yasaklanması gerektiğini bilmektedir (Tablo 12). Hastaya genel anestezi uygulanacaksa, gece yarısından sonra (ameliyattan 6-8 saat öncesinden) besin ve sıvılar verilmez (33,39). Böylece hastanın ameliyat sırasında ve sonrasında kusup aspirasyon pnömonisi gelişmesi önlenir (1,20). Hemşirelerin hastanın oral kısıtlamasını doktorun istemine göre yapması nedeni ile bu oranın yüksek bulunduğunu düşünmekteyiz. Fakat hastaya neden aç kalması gerektiğinin anlatılması hemşirenin sorumluluğundadır.

Kılınç'ın çalışmasında, hemşirelerin %96'sı GİS hazırlığını bilmektedir (11). Kılınç'ın çalışması bizim çalışmamız ile uyum göstermektedir.

Literatür çalışmasında hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde hastayı süre olarak çok fazla aç bıraktıkları bildirilmektedir (52). Sucu'nun çalışmasında hemşirelerin %64'ünün hastaların ameliyat öncesi aç bırakılma nedenlerini bildikleri saptanmıştır (29). Literatür ve Sucu'nun çalışması bizim çalışmamız ile benzerlik göstermemektedir.

Hemşireler (%55,1) hastanın ameliyat öncesi rahat ve sakin zaman geçirmesi için ziyaret saatlerinin kaldırılmaması gerektiğini bilmektedirler (Tablo 12). Uyku ve

dinlenme iyileşmeyi hızlandırır (32). Bu nedenle çok önemlidir. Fakat ziyaret saatleri de kaldırılmamalıdır. Toplumumuzun gelenek ve göreneklerine göre aile yapısı önemlidir. Hasta birey, ailesinden ve yakınlarından destek beklemektedir. Bu nedenle hastanın yaşamında en önemli destek kaynağının ailesi olduğu gerçeği göz önüne alınarak, ailesinin bakımına katılması birey için pozitif etki yaratacağı ve hastanın evde bakım görevini ailenin yapacağı düşünüldüğünde hasta yakınlarının hasta ile olan iletişiminin devamı sağlanmalıdır. Ayrıca ziyaretçiler hastanın dış dünya ile olan iletişimini sürdürmede yardımcı olmaktadır. Bu nedenle hastane politikasına göre ziyaretçi saatleri hasta yakınlarına bildirilerek yardımcı olunmalıdır.

Tüm ameliyatlar hasta ve ailesi için olumsuz bir yaşam deneyimidir (5,17). Literatürde de preoperatif bakım sürecinde hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını değerlendirmenin önemi bildirilmektedir (53).

Yardakçı'nın çalışmasında, hastaların %77'si her gün ziyaret edilmek ve %54'ünün ziyaret zamanında 15-30 dakika süre ile ziyaret edilmek istedikleri bildirilmiştir (19).

Kılınç'ın çalışmasında, hemşirelerin %80'i hastanın ameliyat öncesi akşamı uyku ve dinlenmesinin sağlanmasını ifade etmektedirler (11).

Gökdoğan'ın normal uyku, doğal veya tedaviye bağlı uyku problemlerine ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerine ilişkin çalışmasında, hemşirelerin bilgi düzeyinin orta düzeyde olduğu bildirilmektedir (49). Gökdoğan'ın çalışması bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Hemşireler (%97,4) hapsirik, öksürük, boğaz yangısı, yüksek ateş ve deri lezyonları gibi bulguları enfeksiyon yönünden değerlendirmeli ve gerek duyulursa ameliyatın ertelenmesi gerektiğini bilmektedirler (Tablo 12). Enfeksiyon ameliyat öncesi tedavi edilmelidir (1). Her enfeksiyon, basit bir soğuk algınlığı bile ameliyatı kötü yönde etkileyebilir. Ayrıca ameliyat yapılacak yer, enfeksiyonun drene olduğu lenf düğümlerine yakınsa, ameliyat sonrasında yara enfeksiyonu riski artar (16,32).

## 7. SONUÇLAR

Bu araştırma Afyon ili merkezindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde görev yapan hemşirelerin hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilgi düzeylerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve hazırlanan anket formu ile Afyon merkezindeki 4 hastanede (A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesi, Afyon S.S.K. Hastanesi, A.D.H. ve Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi ve Çocuk Hastanesinde) çalışan 78 hemşire üzerinde uygulanmıştır.

\* Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin; %71,8'i 30 yaşından küçük, %56,4'ü evli, %48,7'si çocuk sahibi, %64,1'inin servis deneyimine sahip olduğu, %39,7'sinin lisans mezunu olduğu, %51,3'ü hizmet içi eğitimi hemşireden aldığı, %15,4'ünün bilimsel organizasyonlara katıldığı saptanmıştır.

\* Araştırmaya katılan hemşirelerin hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilgi puanları; en düşük 55,0 puan, en yüksek 100,0 puan iken ortalama 77,6 puandır.

\* Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre toplam bilgi puanları arasındaki fark incelendiğinde, yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). A.K.Ü. Rektörlüğü A.N.S. Uyg. ve Arş. Hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerin daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

\* Hemşirelerin yaşları ile bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hemşirelerin yaş oranları artıkça bilgi düzeyleri azalmıştır.

\* Hemşirelerin medeni durumu ile bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bekar hemşirelerin bilgi düzeyleri daha yüksek saptanmıştır.

\* Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumu ile bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin, çocuk sahibi olanlara oranla bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

\* Hemşirelerin servis deneyimi ile bilgi puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Servis deneyimi artıkça hemşirelerin bilgi düzeyleri azalmıştır.

\* Hemşirelerin eğitim düzeyi ile bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Eğitim düzeyi yükseldikçe hemşirelerin bilgi düzeylerinde de artış olduğu görülmüştür ve lisans mezunu hemşirelerin bilgi puanları daha yüksek bulunmuştur.

\* Hemşirelerin bilgi puanları ile hizmet içi eğitimi veren kişi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hemşireler hizmet içi eğitimi kendi meslek grubundan aldıklarında bilgi puanlarının olumlu yönde etkilendiği görülmektedir.

\* Hemşirelerin konu ile ilgili bilimsel organizasyonlara katılımı ile bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hemşirelerin mesleki açıdan gelişimlerini gerçekleştirebilmeleri için bilimsel organizasyonlara katılımları önemlidir ve bu katılımlar hemşirelerin bilgi düzeylerini pozitif yönde etkilediği saptanmıştır.

\* Hemşirelerin %89,7'sinin cerrahi kliniklerde uygulanan hemşirelik bakımı hedeflerini yeterli düzeyde bildikleri görülmektedir.

\* Hemşirelerin %57,7'sinin preoperatif dönemde hastaya verilen eğitimin amacını bilmektedir. Günümüz koşullarında bu oranın tatmin edici değildir.

\* Hemşirelerin %96,1'inin preoperatif dönemdeki hastanın psikolojik olarak hazırlığını yeterli düzeyde bildiği saptanmıştır.

\* Hemşirelerin %43,6'sının preoperatif dönemde beslenmenin fiziksel hazırlıkta hasta için önemli olduğu hakkındaki bilgi düzeylerinin istendik düzeyde olmadığı belirlenmiştir.

\* Hemşirelerin %53,8'i hastadan ameliyattan önce yasal olarak izin alınmasındaki amacı bilmemektedirler.

\* Hemşirelerin %50,0'sinin ameliyattan önce hastanın cilt hazırlığının neden ve ne zaman yapıldığı hakkındaki bilgileri istendik düzeyde değildir.

\* Hemşirelerin %62,8'i ameliyat öncesi akşamı rutin lavman yapılmaması gerektiğini bilmektedirler.

\* Hemşirelerin %65,4'ü hastaya ağrı eğitiminin ameliyat öncesi dönemde verilmesi gerektiğini bilmektedirler.

\* Hemşirelerin %65,4'ü premedikasyon ve yan etkilerini bilmektedirler.

\* Hemşirelerin %79,5'inin hastayı ameliyata naklederken gönderilmesi gereken malzemeleri yeterli düzeyde bildikleri saptanmıştır.



\* Hemşirelerin %98,7'sinin acil olarak gelen hastaya ameliyat öncesi hemogram, kanama-pıhtılaşma zamanı ve kan gurubu bakılması gerektiğini bilme düzeyleri çok yüksek bulunmuştur.

\* Hemşirelerin %94,9'u acil olarak gelen hastayı ameliyata hazırlarken %5 Dekstroz takılmaması gerektiğini bilmektedirler.

\* Hemşirelerin %98,7'sinin hastayı ameliyata hazırlarken takma dişlerinin çıkartılması gerektiğini bilme düzeyleri istendik düzeyde bulunmuştur.

\* Hemşirelerin %94,9'u ameliyattan önce hastanın makyajı ve takılarının çıkarılması gerektiğini bilmektedirler.

\* Hemşirelerin %80,8'u ameliyat öncesi hazırlığın hastanın ameliyat olması kararının alındığı anda hasta-hekim iletişimi ile başladığını bilmektedirler.

\* Hemşirelerin %76,9'u ameliyata ilişkin korkuların her zaman ameliyatın büyüklüğü ile orantılı olmadığını bilmektedirler.

\* Hemşirelerin %97,4'u ameliyat öncesi dönemde hastanın fazla kilolu olması nedeni ile problem yaşayabileceğinin farkındadırlar.

\* Hemşirelerin %94,9'u ameliyattan 6-8 saat öncesi yiyecek alımının yasaklanması gerektiğini bilmektedirler.

\* Hemşirelerin %55,1'i hastanın ameliyat öncesi rahat ve sakin zaman geçirmesi için ziyaret saatlerinin kaldırılmaması gerektiğini bilmektedirler.

\* Hemşirelerin %97,4'ü hastanın enfeksiyon belirtileri yönünden değerlendirilmesi gerektiğini bilmektedirler.



## 8. ÖNERİLER

\* Bu hizmet içi eğitim programlarının kapsamı içinde ameliyat öncesi dönemde hastaya öğretilmesi gereken tüm egzersizler ve bunların hasta üzerindeki etkilerinin anlatılması ve hemşirelerin ihtiyaç duydukları konuların üzerinde durulması.

\* Bu konudaki hizmet içi eğitim programlarının cerrahi hemşireliğinde deneyimli, uzmanlaşmış hemşirelerin ya da konusunda uzmanlaşmış akademisyen hemşirelerden danışmanlık alınması.

\* Hizmet içi eğitim programlarının düzenli olarak sürekliliğinin sağlanması ve denetlenmesi.

\* Hizmet içi eğitim programlarını hemşirelerin daha iyi öğrenmeleri ve uygulamaya aktarmaları için, hemşirelerin motivasyonu, iş doyumunu ve işe bağlılığını arttıracak çalışmaların üst yönetim tarafından düzenlenmesi.

\* Hemşirelerin hasta merkezli bakım verebilmeleri için kliniklerdeki hemşire sayısının artırılması.

\* Hemşirelerin mesleki gelişimleri için bilimsel organizasyonlara katılımlarına destek olunması.

\* Evli hemşirelerin çocuklarını bırakabileceği kuruma özel kreşlerin oluşturulması.

\* Lisans ve Lisansüstü düzeyde eğitilmiş hemşirelerin sayısının artırılması.

## KAYNAKLAR

- 1- Mishler, Mary, A., (1995)., Interventions Perioperative Clients., In: Ignatavicius Donna D., Workman, Linda, M., Mishler, Mary, A., (eds)., *Medical Surgical Nursing: A Nursing Process Approach*. (2nd Edition)., (Vol:1)., W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- 2- Atay, M., (1996)., Eğitimin Hemşirelik Üzerine Etkisi. *Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 12, 2.
- 3- Ekizler, H., (1997)., Klinisyen Hemşirelerin Bilimsel Etkinliklere Katılımları ve Yayınları İzleme Durumlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 4, 9-1.
- 4- Haytural, H., Atalay, M., (1992)., Hemşirelerin Bağımlı-Bağımsız İşlevlerinden En Çok Hangilerini Yerine Getirdiklerinin Saptanması. *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri-1990*. Ege Üniversitesi Basımevi., İzmir.
- 5- Kılıç, S., (1994)., Cerrahi Hastasının Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımına İlişkin Beklentileri. *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*.
- 6- Bölükbaş, N., (1992)., Ameliyat Olacak Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. *Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 8, 21-2.
- 7- Özcan, A., (1996)., Hemşirelikte Kişiler Arası İlişkiler. *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişimi*. Saray Tıp Kitapevleri., İzmir.
- 8- Walker, J. A., (2002)., Emotional and Psychological Preoperative Preparation in Adults. *Br J Nurs*. 11, 567-8.
- 9- Delarose, T. A., (1992)., Perioperative Nursing. In: Craven Ruth F., Hirnle Constance J. (eds)., *Fundamentals of Nursing Human Health and function*. J.B. Lippincott Company., Philadelphia.
- 10- Litwack, K., (2000)., Nursing Management Perioperative Patient., Litwack K. (ed)., *Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems*. (5th edition)., (Vol: 1)., Mosby., New Mexico.
- 11- Kılınç, G., (1995)., Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama Düzeyleri. *Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.

- 12-Fadıloğlu, Ç., Işık, A., Özbayır, T., Altuğ, Özsoy, S., Saruhan, A., Sarıkaya, A., (1992)., Hastaların Hemşireleri Değerlendirmesi. *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri-1990*. Ege Üniversitesi Basımevi., İzmir.
- 13-Erdil, F., (2001)., Temel Kavramlar., Erdil F. (Ed)., *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, (4. Baskı). Aydoğdu Ofset., Ankara.
- 14-Aksoy, G., (1998)., Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Hemşirelik Bakımı., In: Aksoy G. (ed)., *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. Birlik Ofset LTD. ŞKT., İstanbul.
- 15-Karayurt, Ö., (1997)., Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*.
- 16-Erdil, F., (2001)., Ameliyat Öncesi (Preoperatif) Hemşirelik Bakımı., Erdil F. (Ed)., *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, (4. Baskı). Aydoğdu Ofset., Ankara.
- 17-Günaydın, N., Oflaz, F., Bostancı, T., Çalışkan, K., (1997)., Planlı Ameliyat Olacak Hastaların Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu, I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu*, (1. Baskı). Ege Üniversitesi Basımevi., İzmir.
- 18-Çetin, N., (2000)., Hasta Kontrolü Analjezi Yöntemine İlişkin Verilen Hasta Eğitiminin Postoperatif Ağrının Giderilmesine Etkisinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- 19-Yardakçı, R., (2001)., Ameliyat Öncesi Dönemde Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*.
- 20-Çakırcalı, E., (2000)., Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hastanın Hazırlığı ve Bakımı. *Hasta Bakımı Ve Tedavisinde Temel İlke Ve Uygulamalar*, (3. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri LTD. ŞKT., İzmir.
- 21-Candan, Y., Özşaker E., Kaymakçı Ş., (2003)., Cerrahide Hasta Eğitimi. *Ulusal Cerrahi Kongresi / Antalya-2002*. Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir.
- 22-Karadağ, M., (1999)., Ayaktan Cerrahi Uygulamalarında Hasta Eğitimi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **3**, 27-2.

- 23- Akkaş, A., (1996)., Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. *Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı.*
- 24- Hughes, S., (2002)., The Effects of Giving Preoperative Information. *Nurs Stand.* 16, 33-7.
- 25- Lett, R., Watson, S., (2003)., The Surgical Patient. Dobson, M., Fisher, R., (eds)., *Surgical Care at The District Hospital.* World Health Organization., London.
- 26- Yılmaz, M., (2000)., Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı.*
- 27- Sarıkaya, A., (1984)., Hemşirelerin Hastanın Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. *Bilim Uzmanlığı Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- 28- Özbayır, T., (1988)., Ameliyat Öncesi Solunum Egzersizlerinin Ameliyat Sonrası Solunum Fonksiyon Testlerine, Alınan Analjezik Sayısına, Hastanede Kalış Süresine Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- 29- Sucu, G., (1991)., Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hasta Bakımına İlişkin Bilgileri. *Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı.*
- 30- Şelimen, D., Gürkan, A., Erdim, A., Akgün, M., Akbal, Y., Bülbül, S., (1998)., Cerrahi Hemşirelerine Uygulanan Hizmet İçi Eğitim Programlarının İncelenmesi. *VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Uluslararası Katılımlı)-1998.* GATA Hemşirelik Yüksek Okulu., Ankara.
- 31- Pektekin, Ç., (1998)., Vazgeçilmez Sağlık Elemanı Olarak Hemşire. *Hemşirelik Forumu.* 1, 71-2.
- 32- Weisenborn, Stephanie, A., (1989)., The Surgical Client., Potter, Patricia, A., Perry, Anne, G., (eds)., *Fundamentals of Nursing.* (2nd edition)., The C.V. Mosby Company., Baltimor.
- 33- Blais, K., (2000)., Perioperative Nursing., Kuzier, B., Erb, G., Jean, Berman, A., Burke, K. (eds)., *Fundamentals of Nursing.* (6th edition)., Prentice Hall Health., California.

- 34- Yılmaz, R., (2003)., Outpatient Surgery., *Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Sektörünü (Panel ve bildirileri) Kongre Kitabı -2002.*, Ege Üniversitesi Basımevi., İzmir.
- 35- Yavuz M., (2003)., Günübürlük Cerrahide Hemşirelik Bakımı., *Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Sektörünü (Panel ve bildirileri) Kongre Kitabı - 2002.*, Ege Üniversitesi Basımevi., İzmir.
- 36- Lancaster, K. A., (1997)., Patient Teaching in Ambulatory., *Nurs Clin North Am.*, 32 (2): 417-27.
- 37- Gezer N., (2001)., Günübürlük Ortopedik Cerrahi Hastalarına Verilen Taburcu Eğitiminin Etkinliğinin İncelenmesi., *Yüksek Lisans Tezi*, İzmir.
- 38- Boyacı, M., (2003)., Çocuk Cerrahisinde Günübürlük Olgulara Yönelik Geliştirilen Hemşirelik Bakım Standartlarının Aile Anksiyetesini Azaltmaya Etkisi., *Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği.*, İstanbul.
- 39- Rodgers, Sheila, E., (1999)., The Patient Facing Surgery., Alexander, Margaret, F., Fawcett, Josephine, N., Runciman, P. J. (eds)., *Nursing Practice Hospital and Home The Adult*. Churchill Livingstone., China.
- 40- Fortner, P. A., (1998)., Preoperative Patient Preparation: Psychological and Educational Aspects. *Semin Perioper Nurs.* 7, 3-9.
- 41- O'Halloran, C. M., Altmaier, E. M., (1995)., The Efficacy of Preparation For Surgery and İnvative Medical Procedures. *Patient Education and Counseling.* 25, 9-6.
- 42- Kocaman, G., Karayurt, Ö., Özmen, D., (1997)., Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Ağrı Kontrolü Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı)-1993*. İstanbul Üniversitesi Basımevi., İstanbul.
- 43- Dağoğlu, T., (2002)., Cerrahi Hastada Ameliyat Öncesi Hazırlıkta Temel Prensipler. Kalaycı G., (eds)., *Genel Cerrahi-1*. Nobel Tıp Kitap Evleri., İstanbul.
- 44- George-Gay, B., Parker, K., (2003)., Understanding the Complete Blood Count With Differential. *J Perianesth Nurs.* 18, 96-2.

- 45- Walker, J., Brooksby, A., McInerney, J., Taylor, A., (1998)., Patient Perceptions of Hospital Care: Building Confidence. *Faith and Trust, Journal of Management*. **6**, 193.
- 46- Baksan, S., (2000)., Cerrahi Alan İnfeksiyonlarında Risk Faktörleri. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*. **4**, 233-4
- 47- Aygün, D., Atasoy, I., (2001)., Hemşirelerin Premedikasyona İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Uygulamalarının Belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu*. **5**, 65, 3-4.
- 48- Karadeniz, G., Atalay, M., (Eds.), (1992)., Hemşirelerin Ağrıya Ve Ağrısı Olan Hastalara Yaklaşımları Konusunda Bilgilerinin Saptanması. *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri-1990*. Ege Üniversitesi Basımevi., İzmir.
- 49- Gökdoğan, F., (1992)., Normal Uyku, Doğal Veya Tedaviye Bağlı Uyku Problemlerine İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri-1990*. Ege Üniversitesi Basımevi., İzmir.
- 50- Sjoling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., Asplund, K., (2003)., The İmpact of Preoperative İnformation on State Anxiety, Postoperative Pain and Satisfaction With Pain Management. *Patient Educ Couns*. **51**, 169-76.
- 51- Köşgeroğlu, N., Özkaya, H. G., Elçioğlu, Ş. Ö., (1994)., Hastaların Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Bilgi Gereksinimleri. *Türkiye Organ Nakli İkinci Bilimsel Kongre Kitabı-8-9 Kasım 1994*. Ankara.
- 52- Dean, A., Fawcett, T., (2002)., Nurses' Use of Evidence in Pre-operative Fasting. *Nurs Stand*. **17**, 33-7.
- 53- Paavilainen, E., Seppanen, S., Astedt-Kurki, P., (2001)., Family İnvolvement in Perioperative Nursing of Adult Patients Undergoing Emergency Surgery. *J Clin Nurs*. **10**, 230-7.

**EK (ANKET)**

Sevgili meslektaşlarım Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Anabilim Dalı Yüksek Lisans ikinci sınıf öğrencisiyim. Halen tez aşamasındayım. “Afyon İlindeki Cerrahi Kliniklerde çalışan Hemşirelerin Hastanın Preoperatif Dönemdeki Bakımı ve Ameliyata Hazırlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerini Saptama”ya yönelik bir araştırma yapmaktayım. Araştırmama katılıp, yardımcı olduğunuz için şimdiden teşekkür ederim.

**ZEYNEP YAVUZ**



### Anketin Uygulandığı Hastane :

#### BÖLÜM I :

1. Kaç yaşındasınız ? a) 30 Yaşından küçük b) 30 Yaşından büyük
2. Medeni durumunuz ? a) Bekar b) Evli
3. Çocuğunuz var mı? a) Evet b) Hayır
4. Hangi okuldan mezunsunuz ?  
a) Sağlık meslek lisesi b) Ön lisans c) Lisans d) Kurs ile
5. Daha önce cerrahi servis deneyiminiz var mı? a) Evet (Var) b) Hayır (Yok)
6. Hemşirelere “hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve hazırlığı” konusunda hizmet içi eğitimi veren kişi aşağıdakilerden hangisidir ?  
a) Hemşire b) Hekim ve Hemşire
7. Hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında konferans, sempozyum, panel ya da açık oturum gibi bilimsel organizasyonlara katıldınız mı ?  
a) Evet b) Hayır

#### BÖLÜM II :

1. “Cerrahi kliniklerinde uygulanan hemşirelik bakımı temelde, hastanın planlanan ameliyata hazırlanması, güvenli koşullarda girişimin sürdürülmesi ve sorunsuz bir ameliyat sonrası dönemin gerçekleştirilmesine odaklanır”. Buna bağlı olarak aşağıdakilerden hangisi hedeflerimizden biri olamaz?  
a) Hasta hakkında doğru ve ayrıntılı bilgi edinilmeli.  
b) Hasta, hastalığı ve ameliyatı hakkında bilgilendirilmeli.  
c) Hastanın ameliyat sonrası rahat ve istirahati sağlanmalı.  
d) Hasta yorulacağı için aktiviteleri engellenmeli.
2. Aşağıdakilerden hangisi preoperatif dönemde bakım ve hazırlık aşamasında hastaya eğitim verirken amacımız değildir?  
a) Hastanın psikososyolojik yönden ameliyata hazırlanması.  
b) Hastanın fizyolojik yönden ameliyata hazırlanması.  
c) Hastanın diğer hastalar ile duygu paylaşımının önlenmesi.  
d) Ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi.

3. Hastanın ameliyata psikolojik olarak hazırlanmasında hemşirenin yapacağı davranışlardan hangisi yanlıştır?
- Hastanın korku ve endişelerinin neler olduğunu anlamak için onun ile iletişime girmeli korku ve endişelerini öğrenmeli.
  - Her hastanın tek birey olduğunu düşünerek onu anlamaya çalışmalı, hoşgörülü davranmalı ve güven vermeli.
  - Hastanın daha önceden aynı veya benzer ameliyat geçiren, sağlığına kavuşmuş hastalarla görüşmesi engellenmeli.
  - Preoperatif dönemde hastanın, uygun zamanlarda ailesi ile görüşmesi sağlanmalı.
4. Aşağıdakilerden hangisi hastanın ameliyata fiziksel olarak hazırlanmasında en önemli maddedir?
- Hastanın beslenme yönünden problemleri giderilmeli.
  - Hastanın kullanmakta olduğu ilaçlar varsa bildiği gibi kullanmasına izin verilmeli.
  - Hastaya genel vücut bakımı evinde banyo yaptığı için verilmemeli.
  - Hastanın problemi yoksa düzenli olarak vital bulguları ölçülmemeli.
5. Preoperatif dönemde hastaya ameliyat izin belgesinin imzalatılması ile yasal olarak amacımız aşağıdakilerden hangisidir?
- Hastadan gelebilecek suçlamaya karşı doktor ve hastane personelini korumak.
  - Hastayı istemediği ameliyattan korumak
  - Hasta yakınlarından gelebilecek suçlamaya karşı doktor ve hastane personelini korumak.
  - Hepsi
6. Ameliyat öncesi hastanın cilt hazırlığı en uygun ne zaman yapılmalıdır?
- Hasta istediği zaman yapmalı.
  - Ameliyattan bir gün önce yapılmalı.
  - Hasta hastaneye yatmadan evinde yapmalı.
  - Ameliyata en yakın zamanda yapılmalı.
7. Ameliyat öncesi gecede, hastanın bakımı ve hazırlığında aşağıdakilerden hangisinin yapılması yanlıştır?
- Hastanın anestezi hazırlığının yapılması.
  - Hastanın ameliyattan önceki gece saat 24'ten sonra aç bırakılması.
  - Her hastaya rutin lavman yapılması.
  - Hastanın uyumasının ve dinlenmesinin sağlanması.
8. Hastanın ameliyat öncesi gecede bakım ve hazırlığı eğitimi içinde aşağıdakilerden hangisi yer almaz?
- Derin solunum ve öksürme egzersizlerinin anlatılması.
  - Yatakta dönme ve yataktan kalkma egzersizlerinin yaptırılması.
  - Hastaya ameliyat sonrası üzerinde serum, diren ve sondanın olabileceğinin anlatılması.
  - Hastaya ağrı eğitiminin ameliyat sonrası dönemde verileceğinin anlatılması.

9. Aşağıdakilerden hangisi ameliyat günü sabahı hastanıza verdiğiniz bakım ve hazırlıklardan biri değildir ?

- a) Hastanın vital bulguları alınmalı, kayıt edilmeli ve anormal bir durum varsa doktora bilgi verilmeli.
- b) Daha önce yapılan preoperatif hazırlık kontrol edilmeli, eksiklikler varsa düzeltilmeli.
- c) Ağız hijyeni verilmeli, takma dişleri var ise çıkartılmalı ve saklanmalı.
- d) Premedikasyon zamanında yapılmalı ve sonra hasta idrar için tuvalete gönderilmeli.

10. Hastanızı ameliyathaneye nakletme işleminde hasta ile birlikte neleri göndermeliyiz?

- a) Ameliyatta kullanılacak malzemeler ve varsa protezini göndermeliyiz.
- b) Hastanın varsa lensini ya da gözlüğünü göndermeliyiz.
- c) Hastanın dosyasını ve bütün tetkik sonuçlarını göndermeliyiz.
- d) Hastanın takma dişlerini göndermeliyiz.

Acil olarak gelen hastaya preoperatif hazırlık aşamasında yapılan uygulamaların doğru olanlarına "D" harfini, yanlış olanlarına "Y" harfini yerleştiriniz.

- 11. ( ) Hemogram, kanama-pıhtılaşma zamanı ve kan grubu bakılmalı.
- 12. ( ) Hastaya % 5 Dekstroz takılmalı.
- 13. ( ) Hastanın takma dişleri çıkartılmalı.
- 14. ( ) Hastanın makyajı, takıları çıkartılmalı.

Preoperatif hazırlık aşamasında aşağıda verilen bilgilerin doğru olanlarına "D" harfini, yanlış olanlarına "Y" harfini yerleştiriniz.

- 15. ( ) Ameliyat öncesi hazırlık, hastanın ameliyat olması kararının alındığı anda hasta- hekim iletişimi ile başlar.
- 16. ( ) Ameliyata ilişkin korkular her zaman ameliyatın büyüklüğü ile orantılıdır.
- 17. ( ) Ameliyat öncesi dönemde beslenme durumu iyi olan hasta kısa sürede iyileşir. Bu nedenle hastanın kilolu olması problem değildir.
- 18. ( ) Ameliyattan 6-8 saat öncesi yiyecek alımı yasaklanır.
- 19. ( ) Hastanın rahat ve sakin zaman geçirmesi için ziyaret saatleri kaldırılır.
- 20. ( ) Hapşırık, öksürük, boğaz yangısı, yüksek ateş ve deri lezyonları gibi bulguları enfeksiyon yönünden değerlendirilmelidir. Gerek duyulursa ameliyat ertelenmelidir.